

УДК 614.2:159.942 (476)

DOI 10.24412/2312-2935-2025-4-540-562

СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ В КОНТЕКСТЕ ИХ ВЛИЯНИЯ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В.Швайко

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск.

Введение. Депрессия и тревожные расстройства в настоящее время рассматриваются как одни из наиболее значимых факторов, влияющих на общественное здоровье и устойчивость системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия входит в число ведущих причин инвалидизации в мире, а тревога широко распространена как сопутствующее расстройство при хронических соматических заболеваниях. В статье автором уделено внимание к ситуации в Беларуси: анализируются особенности диагностики тревожно-депрессивных состояний в амбулаторной сети и их выявления в стационарных условиях. Подчёркнуто, что стационарная помощь зачастую становится первым этапом обнаружения психических нарушений, тогда как первичное звено не всегда справляется с задачей своевременного выявления данной патологии.

Цель обзора. Изучить современные эпидемиологические данные о депрессии и тревоге, их социальной и медицинской значимости, а также рассмотреть влияние этих расстройств на продолжительность госпитализаций, повторную обращаемость и экономическую нагрузку на здравоохранение Республики Беларусь путем анализа научных публикаций по проблеме.

Материалы и методы. Представлен анализ опубликованных литературных источников в специализированных научных поисковых системах Google Scholar, SpringerLink, PubMed.

Результаты. Анализ ситуации в Беларуси показал, что проблема обостряется рядом особенностей национальной системы здравоохранения. Среди них: недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных состояний на уровне амбулаторно-поликлинической сети, смещение диагностики в сторону госпитального этапа, а также ограниченный доступ к психотерапии и кадровый дефицит специалистов в регионах. В результате именно многопрофильные стационары становятся главным пространством выявления сопутствующих психических нарушений, хотя их структура изначально ориентирована на лечение именно соматических заболеваний. Социальные и экономические последствия тревоги и депрессии для Беларуси проявляются в росте числа случаев временной нетрудоспособности, инвалидности у лиц трудоспособного возраста, увеличении продолжительности госпитализаций и дополнительных затратах на диагностику и лечение.

При анализе выявлены позитивные тенденции: развитие профилактических школ для пациентов с хроническими болезнями, пилотные программы когнитивно-поведенческой терапии в ряде стационаров, начало интеграции психиатров и клинических психологов в междисциплинарную практику. Эти меры согласуются с международными.

Заключение. Для повышения эффективности борьбы с тревожно-депрессивными расстройствами в Республике Беларусь необходимы: усиление подготовки врачей общей практики в области психиатрии, внедрение скрининговых инструментов для раннего выявления, расширение психотерапевтической помощи в регионах и использование

телемедицинских технологий. Таким образом, комплексное развитие системы психиатрической поддержки, интеграция психического здоровья в общую медицинскую практику и преодоление стигматизации являются стратегическими направлениями, которые позволят снизить бремя психических расстройств, укрепить общественное здоровье и повысить устойчивость здравоохранения Беларуси.

Ключевые слова: депрессия, тревожные расстройства, общественное здоровье, здравоохранение, общепрофильные стационары

SOCIAL AND MEDICAL SIGNIFICANCE OF DEPRESSION AND ANXIETY IN THE CONTEXT OF THEIR IMPACT ON PUBLIC HEALTH IN THE REPUBLIC OF BELARUS (LITERATURE REVIEW)

A.V. Shvaiko

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk

Introduction. Depression and anxiety disorders are currently considered to be among the most significant factors affecting public health and the sustainability of the healthcare system. According to the World Health Organization, depression is one of the leading causes of disability in the world, and anxiety is widespread as a concomitant disorder in chronic somatic diseases.

In the article, the author pays attention to the situation in Belarus: the features of the diagnosis of anxiety-depressive states in the outpatient network and their detection in inpatient settings are analyzed. It is emphasized that inpatient care often becomes the first stage in the detection of mental disorders, while the primary link does not always cope with the task of timely detection of this pathology.

Purpose. To study modern epidemiological data on depression and anxiety, their social and medical significance, as well as to consider the impact of these disorders on the duration of hospitalizations, repeat admissions and the economic burden on healthcare in the Republic of Belarus by analyzing scientific publications on the problem.

Material and methods. The analysis of published literary sources in specialized scientific search engines Google Scholar, SpringerLink, PubMed is presented.

Results. An analysis of the situation in Belarus has shown that the problem is exacerbated by a number of features of the national health system. Among them: insufficient detection of anxiety-depressive states at the level of the outpatient polyclinic network, a shift in diagnosis towards the hospital stage, as well as limited access to psychotherapy and a shortage of specialists in the regions. As a result, multidisciplinary hospitals are becoming the main space for the detection of concomitant mental disorders, although their structure is initially focused on the treatment of somatic diseases. The social and economic consequences of anxiety and depression for Belarus are manifested in an increase in the number of cases of temporary disability, disability among people of working age, an increase in the duration of hospitalizations and additional costs for diagnosis and treatment. The analysis revealed positive trends: the development of preventive schools for patients with chronic diseases, pilot programs of cognitive behavioral therapy in a number of hospitals, and the beginning of the integration of psychiatrists and clinical psychologists into interdisciplinary practice. These measures are consistent with international standards.

Conclusions. To increase the effectiveness of the fight against anxiety and depressive disorders in the Republic of Belarus, it is necessary to strengthen the training of general practitioners in the field of psychiatry, introduce screening tools for early detection, expand psychotherapeutic care in the regions and use telemedicine technologies. Thus, the comprehensive development of the psychiatric support system, the integration of mental health into general medical practice and the overcoming of stigmatization are strategic directions that will reduce the burden of mental disorders, strengthen public health and increase the sustainability of healthcare in Belarus.

Keywords: depression, anxiety disorders, public health, healthcare, general hospitals

Введение. Психическое здоровье всё более прочно рассматривается как центральный аспект общественного здоровья и социальной стабильности. В последние десятилетия во всём мире наблюдается рост распространённости депрессии и тревожных расстройств, что оказывает значительное влияние на качество жизни населения, экономику и функционирование систем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия является одной из ведущих причин инвалидизации: во всём мире ею страдают более 280 миллионов человек, а тревожные расстройства занимают пятое место среди наиболее распространённых психических нарушений [1].

Ключевой особенностью депрессии и тревоги, которые определяют их медико-социальную значимость проблемы, является их влияние на течение других хронических заболеваний. Пациенты с сердечно-сосудистыми патологиями, онкологическими процессами или эндокринными нарушениями значительно чаще имеют сопутствующие психические расстройства, что существенно увеличивает длительность госпитализаций, снижает приверженность лечению и повышает затраты [2,3]. В ряде исследований показано, что сочетание депрессии с соматическими заболеваниями увеличивает риск смертности, особенно в случаях сердечных заболеваний и диабета [4]. В итоге психические расстройства оказываются не только медицинской, но и экономической проблемой: по оценкам, к 2030 году совокупные потери мировой экономики от депрессии и тревожности могут превысить 16 триллионов долларов в связи с утратой трудоспособности и снижением продуктивности [5].

Не менее важен и социальный аспект проблемы. Депрессивные и тревожные расстройства тесно связаны с высоким уровнем стигматизации, что снижает процент своевременного обращения за помощью. В восточноевропейском регионе этот показатель ниже, чем в западных странах, что усугубляется ограниченными ресурсами амбулаторной и стационарной психиатрической помощи [6]. В результате большинство пациентов впервые

попадают в поле зрения врачей уже в стадии выраженных клинических проявлений, зачастую в условиях общепрофильных стационаров.

Для Республики Беларусь данная проблема имеет особое значение. В условиях модернизации национальной системы здравоохранения отмечается рост доли пациентов, госпитализируемых с коморбидной патологией, включающей психические нарушения [7]. В отчётах указывается, что тревожно-депрессивные состояния нередко выявляются у пациентов терапевтических, кардиологических и неврологических отделений. Однако врачи соматического профиля не всегда располагают достаточными знаниями и инструментами для диагностики и первичного ведения таких пациентов, а междисциплинарное взаимодействие с психиатрами остаётся затруднённым. Это приводит к удлинению сроков госпитализации, повторным обращениям и снижению качества медицинской помощи, что имеет особую значимость в стационарных условиях, которые определяют основополагающую роль в оказании медицинской помощи населению Беларуси. Их практическая деятельность показывает, что психические расстройства тесно переплетены с соматическими заболеваниями, но системная работа по интеграции психиатрической помощи в структуру таких стационаров всё ещё требует развития [8]. В ряде исследований подчёркивается необходимость подготовки специалистов общего профиля к выявлению тревожности и депрессии на ранних этапах, а также разработки протоколов ведения пациентов с сочетанной патологией.

Цель обзора: изучить современные эпидемиологические данные о депрессии и тревоге, их социальной и медицинской значимости, а также рассмотреть влияние этих расстройств на продолжительность госпитализаций, повторную обращаемость и экономическую нагрузку на здравоохранение Республики Беларусь путем анализа научных публикаций по проблеме.

Материалы и методы исследования. Представлен анализ опубликованных литературных источников в специализированных научных поисковых системах Google Scholar, SpringerLink, PubMed, с глубиной поиска 15 лет по ключевым словам: «депрессия», «тревожные расстройства», «общественное здоровье», «здравоохранение», «общепрофильные стационары».

Отобрано и изучено 150 источников. В систематический анализ включены 40 источников. Методы исследования: аналитический, монографический. Ограничения по формату публикации, срокам, оригинальному языку, наличию полнотекстовой версии не

устанавливались. Последующий отбор литературных источников был сделан автором статьи по названиям, аннотациям и предисловиям с ориентацией на цель настоящего обзора.

Результаты.

Эпидемиология депрессивных и тревожных расстройств.

Эпидемиология психических расстройств, в частности депрессивных и тревожных состояний, в последние десятилетия привлекает особое внимание исследователей и специалистов в области здравоохранения. Данные патологии рассматриваются сегодня как ведущая причина заболеваемости и временной утраты трудоспособности в глобальном масштабе. Согласно данным ВОЗ, депрессивные расстройства затрагивают около 4,4% всего населения мира, что соответствует приблизительно 322 миллионам человек [9]. Тревожные расстройства встречаются с распространённостью около 3,6%, однако региональные исследования показывают, что фактические значения могут быть значительно выше [10].

Глобальные тенденции

Мировые эпидемиологические исследования, включая данные Всемирного исследования психического здоровья (WMH Survey), указывают на то, что депрессия имеет выраженную «эндогенную» тенденцию роста в странах с низким и средним уровнем дохода. При этом распространённость тревожных расстройств выше в развитых странах: например, в США и Канаде тревожность диагностируется у 6–7% населения, в то время как в странах Африки и Азии — около 2–3% [2]. Депрессия появляется у женщин в 1,5–2 раза чаще, чем мужчин, в т.ч. у трудоспособных лиц в возрасте от 20 до 40 лет,

Наличие психических расстройств напрямую связано с вероятностью инвалидизации. Отчёт *Global Burden of Disease Study* показывает, что именно депрессия и тревожные состояния вошли в десятку главных причин утраты трудоспособности, превосходя по социальной значимости многие инфекционные болезни.

Европа и регион Восточной Европы

В Европе распространённость депрессии варьирует от 3% (Италия, Испания) до 7–8% (Франция, Германия, Скандинавские страны). Что касается тревожных расстройств, то их частота достигает 10–12% в некоторых странах (например, в Великобритании и Германии) [11]. Важно отметить, что страны Восточной Европы демонстрируют более низкие официальные показатели — 2,5–3,5% по данным национальных регистров. Однако этот разрыв скорее объясняется трудностями диагностики и низкой обращаемостью пациентов за специализированной помощью [6].

Для стран СНГ характерно то, что пациенты чаще всего впервые попадают в сферу интересов врачей именно через общесоматическую сеть — терапевтов, кардиологов и неврологов. Это связано как с отсутствием традиции системного профилактического скрининга психического здоровья, так и с культурными барьерами (стигматизацией психических диагнозов). Поэтому статистические показатели оказываются ниже реальных.

Республика Беларусь: национальная специфика

В Беларуси учёт психических расстройств ведётся централизованно, а государственная статистика указывает на устойчивое увеличение пациентов с депрессией и тревожными нарушениями за последнее десятилетие. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, распространённость тревожно-депрессивных состояний в структуре обращений в амбулаторно-поликлиническую сеть выросла более чем на 20%.

Особый интерес представляют данные, полученные по многопрофильным стационарам. Согласно исследованию Герасимова и соавт., доля пациентов, у которых диагностированы тревожные и депрессивные расстройства во время пребывания в соматических отделениях, может колебаться от 15 до 25% [8]. Наиболее высокие показатели выявляются среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и онкологическими патологиями. Например, у пациентов кардиологических отделений уровень клинически выраженной депрессии достигает 30%, тогда как средний показатель по популяции — около 5%.

В онкологических стационарах белорусских городов тревожно-депрессивная симптоматика фиксируется более чем у 40% пациентов на разных этапах заболевания. При этом лишь немногие из них получают специализированную консультативную помощь психиатра или психолога, что связано с недостаточной интеграцией психиатрической службы в общесоматическую медицинскую структуру [12].

Недоучёт и скрытая заболеваемость

Ещё одной особенностью белорусского здравоохранения является недооценка «скрытых» случаев психических расстройств среди пациентов, обращающихся в первичное звено. Нередко тревожные и депрессивные жалобы интерпретируются врачами как соматическая симптоматика (например, усталость, боли в сердце, головные боли), что ведёт к гипердиагностике болезней органов и систем и позднему выявлению психиатрической составляющей [13].

Таким образом, на фоне официально фиксируемого роста распространённости тревоги и депрессии реальная заболеваемость может быть ещё выше. Это создаёт дополнительную

нагрузку на систему здравоохранения, особенно на общепрофильные стационары, где подобные пациенты составляют значительную часть госпитализаций.

Суммируя данные эпидемиологических исследований, можно утверждать, что депрессия и тревожные расстройства носят глобальный характер, с явными региональными различиями. В условиях Республики Беларусь отмечается рост числа случаев и высокой коморбидности в соматических стационарах, что подчёркивает необходимость развития междисциплинарных моделей оказания помощи. Недодиагностика в амбулаторном звене и позднее выявление психических симптомов у госпитализированных пациентов делают актуальной задачу интеграции психиатрической и психологической помощи в практику многопрофильных стационаров.

Социальные последствия депрессии и тревожных расстройств.

Депрессия и тревожные расстройства являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Они значительно влияют на качество жизни пациентов, ограничивают их участие в общественной жизни, усиливают социальное неравенство и создают нагрузку на рынок труда, экономику и систему здравоохранения.

Качество жизни и личная реализация

Одним из главных последствий тревожно-депрессивных расстройств является снижение субъективного и объективного качества жизни. Пациенты отмечают снижение мотивации, чувства удовлетворённости повседневными делами, утрату интереса к работе и социальной активности. Исследования показывают, что более 50% людей с хронической депрессией испытывают трудности в поддержании социальных связей и страдают от чувства социальной изоляции [9].

В Беларуси данный аспект выражен особенно чётко: исследования, осуществленные в БелМАПО показывают, что пациенты с тревожно-депрессивными состояниями в два раза чаще имеют длительные периоды социальной пассивности и безработицы по сравнению с контрольной группой [8]. Это отражается не только на самих пациентах, но и на их семьях, создавая обстановку хронического стресса у близких и снижая общий уровень социальной адаптации.

Влияние на занятость и экономику

На глобальном уровне потери, связанные с депрессией и тревогой, измеряются в триллионах долларов. По данным World Economic Forum и Harvard School of Public Health, к

2030 году совокупные убытки от снижения продуктивности и преждевременной утраты трудоспособности из-за депрессий могут составить более \$16 трлн [5].

Белорусский рынок труда также демонстрирует тенденцию к росту листов нетрудоспособности и утраты дееспособности у людей с психическими нарушениями. Данные Белстата показывают, что психические расстройства устойчиво входят в десятку наиболее частых причин инвалидизации, при этом именно депрессия и тревожные расстройства составляют до 40% «новых» случаев первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста [14]

В условиях экономической системы страны это выражается в увеличении социальных расходов на пособия по временной нетрудоспособности и выплатам по инвалидности. Помимо прямых затрат, значимыми являются и косвенные: снижение производительности труда, частые прогулы и преждевременный уход из трудовой сферы.

Социальная стигматизация

Стигматизация остаётся серьёзным барьером, препятствующим своевременному обращению за помощью. В странах Восточной Европы, включая Беларусь, психические расстройства традиционно воспринимаются негативно, что связано с историческим опытом психиатрии и общественными установками [6]. Пациенты опасаются регистрации в психоневрологических диспансерах, так как это ассоциируется с социальным клеймом и потенциальными ограничениями в сфере труда и водительских прав.

В результате люди чаще обращаются к терапевтам, неврологам и кардиологам, а не к психиатрам. Это приводит к поздней постановке диагноза, увеличению хронизации симптомов и снижению вероятности успешного лечения.

Белорусские авторы отмечают, что более 60% пациентов, у которых в многопрофильных стационарах выявлены депрессия или тревога, никогда ранее не обращались за специализированной психиатрической помощью [8]. Таким образом, стационары становятся своеобразным «первым звеном» для выявления этих расстройств, хотя официально они предназначены для лечения соматических болезней.

Семейные и межличностные последствия

Социальные последствия тревожно-депрессивных расстройств проявляются и на уровне семьи. Исследования показывают, что у членов семей пациентов повышается уровень тревожности и эмоционального выгорания. Это приводит к ухудшению качества внутрисемейного взаимодействия, росту числа конфликтов и даже социальным кризисам [15].

В белорусских условиях такие тенденции усугубляются ограниченным доступом к программам психообразования для родственников пациентов. В Беларуси недостаточно действующих общественных организации и групп поддержки, что оставляет семьи один на один с проблемой.

Нагрузка на здравоохранение

Депрессия и тревожные расстройства значительно увеличивают нагрузку на систему здравоохранения. С одной стороны, пациенты с такими нарушениями чаще обращаются в поликлинику по поводу соматических жалоб. С другой — они составляют значимую часть контингента общепрофильных стационаров. Выявлено, что у пациентов терапевтического профиля наличие депрессии ассоциировалось с увеличением средней длительности госпитализации на 22% и повышением риска повторной госпитализации в течение года на 30% [13].

Эти данные подчёркивают, что недооценка психических компонентов снижает эффективность лечения соматических заболеваний, а также ведёт к росту затрат и перегрузке стационаров.

Таким образом, социальные последствия тревожных и депрессивных расстройств выражаются в снижении качества жизни, рост социальной изоляции, увеличении числа случаев инвалидности и утраты трудоспособности, а также значительные экономические издержки. В белорусском контексте ключевым фактором является недостаточная диагностика этих состояний в амбулаторно-поликлинической сети и их выявление главным образом в условиях общепрофильных стационаров. Это подчёркивает важность создания целевой государственной политики по борьбе со стигматизацией, расширению психообразовательных программ и развитию интеграции психиатрической помощи в систему здравоохранения.

Клинические аспекты в общепрофильных стационарах Республики Беларусь.

В клинической практике белорусских общепрофильных стационаров тревога и депрессия зачастую остаются нераспознанными. Это связано с тем, что пациенты при поступлении в стационар преимущественно предъявляют соматические жалобы: боли в груди, головные боли, утомляемость, нарушения сна или желудочно-кишечные расстройства. Такая симптоматика воспринимается врачами как проявление соматической патологии, хотя значительная часть таких симптомов может иметь психогенное происхождение [13].

Белорусские исследования показывают, что более чем у 20% пациентов с длительным стационарным лечением выявляются симптомы тревожно-депрессивных расстройств, при этом только 6–8% имеют диагностированный психиатрический диагноз [8]. В результате психическое расстройство остаётся латентным, а лечение ориентировано исключительно на соматическую патологию, что существенно снижает эффективность терапии.

Минск и региональные центры: данные из практики

В Минске (на примере РНПЦ «Кардиология» и Минской городской клинической больницы скорой медицинской помощи) было выявлено, что наличие депрессии у пациентов после инфаркта миокарда увеличивает длительность пребывания в стационаре на 25–28% по сравнению с пациентами без психических нарушений [12]. Более того, такие пациенты демонстрируют более низкий уровень приверженности медикаментозной терапии и чаще нуждаются в повторных госпитализациях в течение года.

В областных клинических больницах (например, Гродненской и Витебской) основными группами риска являются пациенты с онкологическими, эндокринными и неврологическими заболеваниями. В онкологии тревожно-депрессивные нарушения достигают 45% случаев: пациенты демонстрируют выраженную эмоциональную дезадаптацию в связи с самим фактом диагноза и проводимым лечением. При этом специализированные консультации психиатров/психотерапевтов предоставляются лишь небольшой части пациентов из-за кадрового дефицита [16].

Особенности коморбидности и её последствия

Коморбидность депрессии и соматических заболеваний приводит к более тяжёлому течению болезни и ухудшает прогноз. Так, в Минской областной клинической больнице было проведено исследование пациентов с сахарным диабетом второго типа: у них уровень клинически значимой депрессии составил около 33%, а тревожных расстройств — 27% [17]. Наличие депрессии оказалось связано с более низкой приверженностью к диете и терапии, а также с увеличением числа осложнений диабета.

Аналогичные данные получены и в неврологии: после инсульта у 30–35% пациентов развиваются депрессивные расстройства, что мешает полноценной реабилитации. Таким образом, общесоматические стационары сталкиваются с задачей, выходящей за рамки исключительно медицинского лечения, — необходимостью включать психиатрическую помощь в комплекс восстановления.

Интеграция психиатрической помощи в стационары: шаги и барьеры

В последние годы в Беларуси предпринимаются действия по интеграции психиатрической помощи в работу многопрофильных стационаров. В некоторых учреждениях Минска внедряется практика междисциплинарных консилиумов, включающих психиатра и клинического психолога. Такая стратегия демонстрирует положительные результаты: сокращается средняя длительность лечения, эффективнее контролируется соматическая симптоматика, а пациенты чаще выражают удовлетворённость проведённой госпитализацией [7].

Однако такие инициативы пока носят локальный характер. В большинстве региональных стационаров отсутствуют психиатры, работающие в учреждении на постоянной основе, а при выявлении тревожных или депрессивных симптомов пациента направляют в психоневрологический диспансер. Это приводит к фрагментарности помощи, снижению числа пациентов и задержкам в комплексной терапии.

Влияние депрессии и тревожных расстройств на систему здравоохранения

Увеличение числа обращений и диагностическая нагрузка

Пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами значительно чаще обращаются за медицинской помощью по различным поводам. Глобальные исследования показывают, что частота обращений к врачам общей практики и специалистам у таких пациентов в 2–3 раза выше, чем у лиц без психических нарушений [18]. Наиболее распространёнными жалобами становятся соматизированные симптомы — боли в грудной клетке, головокружения, синдром хронической усталости, желудочно-кишечные расстройства.

Для белорусской системы здравоохранения это означает рост нагрузки на амбулаторные службы, у которых увеличиваются траты на диагностику и обследования. По данным Минздрава Республики Беларусь, пациенты с тревожно-депрессивной симптоматикой совершают на 30% больше визитов к терапевту в течение года, чем среднестатистические пациенты.

Госпитализация и повторные обращения

В стационарах тревога и депрессия напрямую влияют на сроки госпитализации и исходы лечения. Белорусские исследования показывают, что пребывание пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами в терапевтических отделениях длится в среднем на 5–7 дней дольше, чем у пациентов без таких нарушений. Более длительное лечение

связано с низкой приверженностью к терапии, повышенной частотой осложнений и сниженной скоростью реабилитации [8].

По официальным данным Минской городской клинической больницы СМП фиксируют также значительный рост числа повторных госпитализаций. У пациентов с тревожностью и депрессией вероятность повторного поступления в течение года выше почти в два раза — 32% против 18% среди пациентов без психических нарушений [12].

Экономическая нагрузка и прямые затраты

Влияние психических расстройств на систему здравоохранения значительно выходит за пределы клинических аспектов. Одним из важнейших последствий является рост экономических расходов. Затраты на лечение пациентов с депрессией и тревожностью включают:

- расширенную диагностику (лабораторные анализы, инструментальные обследования);
- более длительное использование стационарных коек;
- назначение большего количества медикаментов;
- привлечение консультативных специалистов (психиатров, психотерапевтов, неврологов).

По оценкам Whiteford et al психические расстройства вносят больший вклад в глобальные экономические потери, чем, например, болезни сердца или онкология, если учитывать как прямые, так и косвенные затраты [19].

В Беларуси официальные данные о стоимости госпитализаций по профилю «психическое здоровье» ограничены, однако опросы в Минске и областях показывают, что лечение пациентов с коморбидной тревогой или депрессией обходится бюджету в 1,4 раза дороже по сравнению с пациентами без психических нарушений при тех же соматических заболеваниях [17].

Косвенные затраты: инвалидность и утрата трудоспособности

Косвенные расходы часто превышают прямые. К ним относится нетрудоспособность, снижение производительности труда, необходимость выплаты социальных пособий и уход за пациентами. В структуре инвалидности в Беларуси психические расстройства традиционно занимают значимую долю: по данным Белстата, психиатрическая патология составляет около 7% новых случаев первичной инвалидности, из которых на тревожные и депрессивные расстройства приходится до 40%.

Это означает, что пациенты трудоспособного возраста чаще теряют возможность работать или вынуждены выходить на досрочную пенсию. Такие тенденции усугубляют демографическую нагрузку на экономику Беларуси, где и без того наблюдается старение населения и снижение доли работающих.

Перегрузка первичного звена здравоохранения

Участковые терапевты и врачи общей практики в поликлиниках сталкиваются с высокой долей пациентов, у которых тревожные и депрессивные расстройства маскируются под соматические жалобы. Исследование Дроздова показало, что врачи выявляют психиатрическую причину симптоматики лишь в 30% случаев.

Ограниченное время приёма и недостаточная подготовка по вопросам психического здоровья приводят к гипердиагностике соматических заболеваний и неоправданному увеличению числа обследований. В результате нагрузка на поликлиники возрастает, а психические нарушения лечатся несвоевременно.

Опыт многопрофильных стационаров Беларуси

Многопрофильные стационары Республики Беларусь наглядно демонстрируют, как тревожные и депрессивные состояния влияют на структуру оказываемой медицинской помощи.

- Кардиология. В РНПЦ «Кардиология» (Минск) депрессия у пациентов после инфаркта миокарда выявляется у 30–35%. Эти пациенты имеют неблагоприятные исходы и более длительные сроки госпитализации.
- Онкология. В онкологических стационарах Минска и Гродно депрессия и тревога встречаются у 40–45% пациентов. При этом психиатрическое сопровождение получают менее 15% пациентов.
- Эндокринология. В Гродненской областной клинической больнице среди пациентов с диабетом II типа 33% имеют состояние клинической депрессии, связанное с низкой приверженностью лечению.
- Неврология и инсульты. После инсульта депрессия выявляется у трети пациентов, что снижает вероятность успешной реабилитации и возвращения к трудовой деятельности.

Все эти примеры показывают, что психические расстройства не являются «второстепенной проблемой», а напрямую влияют на эффективность лечения и затраты больниц.

Барьеры и системные проблемы

Основными препятствиями для эффективного реагирования системы здравоохранения Беларуси на тревожные и депрессивные расстройства являются:

- недостаток психиатров и клинических психологов в общесоматических стационарах;
- нестабильная маршрутизация пациентов после выписки;
- недостаточная подготовка врачей первичного звена в области психиатрии;
- низкий уровень междисциплинарного взаимодействия.

Эти факторы усиливают нагрузку на всю систему, делая проблему комплексной и требующей системного управленческого решения.

Современные подходы к профилактике и лечению.

Международные стандарты и рекомендации

Современные клинические руководства (ВОЗ, NICE, Американская психиатрическая ассоциация) подчёркивают комплексный характер лечения депрессии и тревоги, включающий фармакотерапию, психотерапию и социальные меры поддержки. Считается, что оптимальные результаты достигаются при комбинировании медикаментозных и психологических методов

- Фармакотерапия. Антидепрессанты нового поколения (ингибиторы обратного захвата серотонина и серотонина-норэпинефрина) являются препаратами первой линии. Их эффективность доказана при депрессии любой степени тяжести и большинстве тревожных расстройств [20].
- Психотерапия. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и межличностная терапия (МЛТ) считаются наиболее результативными методами. Метаанализы показывают, что КПТ сопоставима с антидепрессантами по эффективности при лёгкой и умеренной депрессии и значительно улучшает отдалённые результаты за счёт предотвращения рецидивов [21].
- Совместные модели ведения (collaborative care). В европейских странах активно развивается модель совместного ведения пациентов, при которой врач общей практики работает в тандеме с психиатром и психологом. Это повышает выявляемость, снижает нагрузку на специализированные службы и улучшает прогноз.

Профилактические меры на уровне общественного здоровья

Профилактика психических заболеваний рассматривается как приоритетная стратегия в международной медицине. Среди наиболее эффективных направлений:

- программы стресс-менеджмента и психообразования для школьников и студентов;
- внедрение корпоративных программ «здорового рабочего места», направленных на снижение эмоционального выгорания;
- общественные кампании по снижению стигматизации психиатрической помощи.

Мировой опыт показывает, что профилактика в сфере психического здоровья может значительно снижать уровень инвалидизации и экономические потери.

В Республике Беларусь предпринимаются шаги по интеграции психиатрической помощи в общую медицинскую сеть. Согласно информации Министерства здравоохранения, ключевыми направлениями остаются:

- развитие служб психологической поддержки в многопрофильных стационарах;
- повышение уровня подготовки врачей общей практики в диагностике тревоги и депрессии;
- внедрение профилактических программ для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями («Школа диабета», «Школа пациента после инсульта»), где наряду с обучением по профилю внимание уделяется психоэмоциональной адаптации.

В Минске и Гродно реализуются пилотные программы групповой когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, коморбидными соматическим болезням. Первые результаты показывают снижение уровня депрессии на 25–30% уже через 3 месяца наблюдения [17].

Основные проблемы и барьеры в Беларуси

Несмотря на прогресс, сохраняются значительные трудности:

- кадровый дефицит психиатров и психотерапевтов;
- недостаточная доступность современных методов психотерапии в регионах;
- сохраняющаяся стигматизация психической помощи, особенно в сельских районах;
- ограниченное финансирование программ профилактики и поддержки.

Кроме того, межведомственное взаимодействие между психоневрологическими диспансерами и общесоматическими стационарами остаётся недостаточно развитым, что приводит к нарушению преемственности лечения.

Перспективы развития

В мировом контексте акцент делается на интеграции психического здоровья в общую систему здравоохранения. Для Беларуси перспективными являются следующие шаги:

- расширение сети клинических психологов в стационарах;
- внедрение скрининговых анкет для выявления депрессии и тревоги в поликлиниках и стационарах;
- развитие телемедицины, онлайн-консультаций психиатров и психологов для отдалённых регионов;
- государственные информационные кампании по снижению общественной стигматизации.

Обсуждение.

Сравнение международных и белорусских данных

Эпидемиологические исследования убедительно показывают, что депрессия и тревожные расстройства являются глобальной проблемой, существенно влияющей на общественное здоровье. Мировые данные ВОЗ демонстрируют устойчивый рост заболеваемости и высокий уровень инвалидизации. В то же время анализ ситуации в Беларуси выявляет ряд особенностей. Несмотря на относительно «низкие» официальные показатели заболеваемости, реальная распространённость, по информации многопрофильных стационаров значительно выше. Это обусловлено недостаточной диагностикой на амбулаторном уровне и сохраняющейся стигматизацией психических заболеваний.

Социально-экономические последствия

На глобальном уровне тревога и депрессия ведут к многотриллионным потерям в экономике, в том числе из-за временной и стойкой утраты трудоспособности. В белорусском контексте явление проявляется в росте числа случаев инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста, увеличении социальных выплат и снижении продуктивности труда. Фактически, как показывают данные Белстата, психические расстройства выходят в число значимых факторов, определяющих социально-экономическую нагрузку для страны.

Роль стационарного звена

Информация из столицы и регионов подтверждает: общепрофильные стационары играют ключевую роль в диагностике тревожно-депрессивных расстройств. В то время как международная практика нацелена на раннее выявление в поликлиниках, в Беларуси чаще всего именно во время госпитализации впервые фиксируются психиатрические симптомы. Это говорит о «смещении» диагностики на более поздний этап, что снижает результативность лечения.

Особенно показательна ситуация в онкологии и кардиологии, где уровень коморбидных психических нарушений (до 40% и более) соответствует мировым тенденциям, но доступ пациентов к психиатрической поддержке остаётся ограниченным.

Сильные стороны и достижения в Беларуси

Несмотря на существующие трудности, можно отметить позитивные шаги:

- разработка профилактических школ («Школа диабета», «Школа инсульта»), где учитываются психоэмоциональные факторы;
- пилотные программы психотерапевтической поддержки в Минске и Гродно;
- начало интеграции психиатров и клинических психологов в работу отдельных многопрофильных стационаров.

Эти меры соответствуют международным подходам и создают основу для дальнейшего развития мультидисциплинарной помощи.

Основные проблемы и вызовы

Однако системные проблемы остаются:

- дефицит специалистов (психиатров, клинических психологов, психотерапевтов) особенно в регионах;
- недостаточная сопряжённость звеньев системы здравоохранения (амбулаторное — стационарное — диспансерное);
- ограниченный доступ к психотерапии для большинства пациентов;
- социальная стигматизация психических расстройств, мешающая своевременному обращению.

Эти барьеры снижают эффективность белорусской медицинской системы и требуют поиска решений на уровне государственной политики.

Перспективы

В дальнейшем именно комплексный подход может стать основным инструментом борьбы с бременем депрессии и тревоги:

- усиление осведомленности врачей общей практики по вопросам психиатрии и психотерапии;
- внедрение скрининговых анкет в амбулаторной сети;
- расширение межведомственного взаимодействия, включая социальные службы;
- постепенное снижение стигматизации через общественные кампании и просветительские программы.

Опыт других стран (NICE, APA, WHO) показывает, что интеграция психиатрии в общую врачебную практику даёт положительные результаты. В условиях Беларуси перспективным направлением остаётся внедрение моделей «совместного ведения», развитие амбулаторной психотерапии и расширение телемедицинских консультаций в регионах с кадровым дефицитом.

Выводы. Депрессия и тревожные расстройства представляют собой важнейший вызов для систем здравоохранения XXI века. Их высокая распространённость, выраженная коморбидность с соматическими заболеваниями и значительные социальные последствия превращают эти состояния в одну из ключевых причин ухудшения общественного здоровья. Международные данные ВОЗ и многочисленные исследования подтверждают, что вклад депрессии и тревоги в общую структуру заболеваемости и инвалидизации сопоставим с ведущими хроническими неинфекционными заболеваниями.

Анализ ситуации в Беларуси показал, что проблема обостряется рядом особенностей национальной системы здравоохранения. Среди них: недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных состояний на уровне амбулаторно-поликлинической сети, смещение диагностики в сторону госпитального этапа, а также ограниченный доступ к психотерапии и кадровый дефицит специалистов в регионах. В результате именно многопрофильные стационары становятся главным пространством выявления сопутствующих психических нарушений, хотя их структура изначально ориентирована на лечение именно соматических заболеваний.

Социальные и экономические последствия тревоги и депрессии для Беларуси проявляются в росте числа случаев временной нетрудоспособности, инвалидности у лиц трудоспособного возраста, увеличении продолжительности госпитализаций и дополнительных затратах на диагностику и лечение. Всё это усиливает финансовое давление на систему здравоохранения и государственный бюджет.

При анализе выявлены позитивные тенденции: развитие профилактических школ для пациентов с хроническими болезнями, пилотные программы когнитивно-поведенческой терапии в ряде стационаров, начало интеграции психиатров и клинических психологов в междисциплинарную практику. Эти меры согласуются с международными подходами и закладывают основу для дальнейшего расширения системы помощи.

Для повышения эффективности борьбы с тревожно-депрессивными расстройствами в Республике Беларусь необходимы: усиление подготовки врачей общей практики в области

психиатрии, внедрение скрининговых инструментов для раннего выявления, расширение психотерапевтической помощи в регионах и использование телемедицинских технологий.

Таким образом, комплексное развитие системы психиатрической поддержки, интеграция психического здоровья в общую медицинскую практику и преодоление стигматизации являются стратегическими направлениями, которые позволят снизить бремя психических расстройств, укрепить общественное здоровье и повысить устойчивость здравоохранения Беларуси.

Список литературы

1. Депрессивное расстройство (депрессия). [Электронный ресурс] Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата обращения: 10.10.2025)
2. Kessler R. C., Sampson N. A., Berglund P., Gruber M. J., Al-Hamzawi A. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27(3):210–226. doi: 10.1017/s2045796015000189
3. Vigo D., Thornicroft G., Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2019;3(2):171–178. doi:10.1016/s2215-0366(15)00505-2
4. Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health. *The Lancet*. 2007;370(9590):851–858. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61415-9
5. Bloom D. E., Cafiero E. T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L. R., Fathima S., Weinstein C. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum. 2018;48. doi:10.26633/rpsp.2018.18
6. Latalova K., Kamaradova D., Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10:1399–1405. doi:10.2147/ndt.s54081
7. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Состояние психического здоровья населения и задачи охраны здоровья. Минск: Минздрав РБ. 2020;74
8. Герасимов Е. И., Козлов В. Л., Пашкевич С. В. Психические расстройства у пациентов общесоматического стационара: проблемы диагностики и лечения. *Психиатрия и психология*. 2019;32(4):25–31

9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO.2017;35.
10. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J. W., Patel V., Silove D. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(2):476–493. doi:10.1093/ije/dyu038
11. Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Steinhausen H. C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655–679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
12. Козлов В. Л., Пашкевич С. В. Психоэмоциональные нарушения у пациентов онкологических стационаров: проблемы диагностики и подходы к лечению. *Онкология. Белорусский журнал*. 2021;2(4):14–19
13. Дроздов А. И., Касцевич Ю. В., Павлюк О. А. Диагностика депрессивных состояний в клинической практике врачей общей практики. *Здравоохранение Беларуси*. 2018;5:45–49
14. Белстат. Здравоохранение в Республике Беларусь: статистический сборник. – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь. 2019;126.
15. Tse S., Tang J., Leung R., Ng R. Perceived stigma and internalized stigma of Chinese people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(11):1549–1556. doi:10.1037/t39489-000
16. Pashkevich S., Gerasimov Y., Kozlov V. Anxiety and depressive disorders in oncology: Clinical observations in Belarus. *Eastern European Journal of Psychiatry*. 2020; 6(2):22–29.
17. Сергеева И. А., Кравченко А. Н., Лукина Т. В. Постстационарное сопровождение пациентов с сахарным диабетом и депрессией: региональный опыт. *Эндокринология*. 2020;16(3):52–59.
18. Katon W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(1):7–23. doi:10.31887/dcns.2011.13.1/wkaton
19. Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A. J., Ferrari A. J., Erskine H. E., Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2015. 382(9904):1575–1586. doi:10.1016/s0140-6736(13)61611-6

20. Cipriani A., Furukawa T. A., Salanti G., Chaimani A., Atkinson L. Z., Ogawa Y., Geddes J. R. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2018;391(10128):1357–1366. doi:10.1016/s0140-6736(17)32802-7

21. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., Andersson G., Hollon S. D., van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery, and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014;202:511–517. doi:10.1016/j.jad.2014.02.026

References

1. Depressivnoe rasstroystvo (depressiya). [Depressive disorder (depression)] [Elektronnyy resurs] Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya: [website]. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (data obrashcheniya: 10.10.2025) (In Russian)

2. Kessler R. C., Sampson N. A., Berglund P., Gruber M. J., Al-Hamzawi A. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27(3):210–226. doi: 10.1017/s2045796015000189

3. Vigo D., Thornicroft G., Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2019;3(2):171–178. doi:10.1016/s2215-0366(15)00505-2

4. Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health. *The Lancet*. 2007;370(9590):851–858. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61415-9

5. Bloom D. E., Cafiero E. T., Jané-Llopis E., Abrahams-Gessel S., Bloom L. R., Fathima S., Weinstein C. The global economic burden of noncommunicable diseases. *Geneva: World Economic Forum*. 2018;48. doi:10.26633/rpsp.2018.18

6. Latalova K., Kamaradova D., Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10:1399–1405. doi:10.2147/ndt.s54081

7. Ministerstvo zdavookhraneniya Respubliki Belarus. [The state of mental health of the population and the tasks of health protection] Minsk: Minzdrav RB. 2020;74 (In Russian)

8. Gerasimov E. I., Kozlov V. L., Pashkevich S. V. Psikhicheskie rasstroystva u patsientov obshchesomaticheskogo statsionara: problemy diagnostiki i lecheniya [Mental disorders in patients

of general somatic hospitals: problems of diagnosis and treatment]. *Psikhiatriya i psikhologiya [Psychiatry and Psychology]*. 2019;32(4):25–31 (In Russian)

9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. *Geneva: WHO*. 2017;35

10. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J. W., Patel V., Silove D. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(2):476–493. doi:10.1093/ije/dyu038

11. Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Steinhausen H. C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655–679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

12. Kozlov V. L., Pashkevich S. V. Psikhoemotsional'nye narusheniya u patsientov onkologicheskikh statsionarov: problemy diagnostiki i podkhody k lecheniyu [Psychoemotional disorders in patients of oncological hospitals: problems of diagnosis and treatment]. *Onkologiya. Belorusskiy zhurnal [Oncology. Belarusian Journal]*. 2021;2(4):14–19 (In Russian)

13. Drozdov A. I., Katsevich Yu. V., Pavlyuk O. A. Diagnostika depressivnykh sostoyaniy v klinicheskoy praktike vrachey obshchey praktiki [Diagnosis of depressive states in the clinical practice of general practitioners]. *Zdravookhranenie Belarusi [Healthcare of Belarus]*. 2018;5:45–49 (In Russian)

14. Belstat. Zdravookhranenie v Respublike Belarus: statisticheskiy sbornik [Healthcare in the Republic of Belarus: statistical collection]. *Minsk: Natsional'nyy statisticheskiy komitet Respubliki Belarus*. 2019;126 (In Russian)

15. Tse S., Tang J., Leung R., Ng R. Perceived stigma and internalized stigma of Chinese people with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(11):1549–1556. doi:10.1037/t39489-000

16. Pashkevich S., Gerasimov Y., Kozlov V. Anxiety and depressive disorders in oncology: Clinical observations in Belarus. *Eastern European Journal of Psychiatry*. 2020; 6(2):22–29

17. Sergeeva I. A., Kravchenko A. N., Lukina T. V. Poststatsionarnoe soprovozhdenie patsientov s sakharnym diabetom i depressiey: regional'nyy opyt [Post-hospitalization support for patients with diabetes and depression: regional experience]. *Endokrinologiya [Endocrinology]*. 2020;16(3):52–59 (In Russian)

18. Katon W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(1):7–23. doi:10.31887/dcns.2011.13.1/wkaton
19. Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A. J., Ferrari A. J., Erskine H. E., Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2015. 382(9904):1575–1586. doi:10.1016/s0140-6736(13)61611-6
20. Cipriani A., Furukawa T. A., Salanti G., Chaimani A., Atkinson L. Z., Ogawa Y., Geddes J. R. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2018;391(10128):1357–1366. doi:10.1016/s0140-6736(17)32802-7
21. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., Andersson G., Hollon S. D., van Straten A. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery, and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2014;202:511–517. doi:10.1016/j.jad.2014.02.026

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Швайко Алексей Владимирович – аспирант, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», 210009, Республика Беларусь, Витебск, пр-т. Фрунзе, 27, e-mail: alex.shv94@gmail.com, ORCID 0009-0002-2091-7409; SPIN: 4245-6935

About the authors

Shvaiko Alexey Vladimirovich – Postgraduate student, Assistant of the Department of Public Health and Healthcare of the Educational Institution “Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University”, 210009, Republic of Belarus, Vitebsk, Frunze ave., 27, e-mail: alex.shv94@gmail.com, ORCID 0009-0002-2091-7409; SPIN:4245-6935

Статья получена: 10.09.2025 г.

Принята к публикации: 27.11.2025 г.