

УДК 616.616.89.004.12:616-022.36

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилюк, Л.В. Стукан

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, психопатологічні синдроми, психогенний чинник, органічне ураження ЦНС, антиретровірусна терапія

Розуміння проблеми ВІЛ-інфекції та знання її взаємодії з різними сторонами соціально-психологічного життя людини у наш час є невід'ємною складовою загальної освіченості лікаря. Незважаючи на сучасні досягнення у лікуванні ВІЛ/СНІДу [20], кількість інфікованих в нашій країні продовжує збільшуватись. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України станом на 01.01.2012 р. під диспансерним наглядом в закладах охорони здоров'я України перебуває 120148 ВІЛ-інфікованих осіб (263,4 на 100000 населення), з них 18759 осіб з діагнозом СНІД (41,1 на 100000 населення). За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІДом, померло 24626 наших співвітчизників [5;11].

Встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція є важким стресовим фактором, що може призводити до значних психологічних та соціальних ускладнень в житті людини. ВІЛ-інфекція, крім прямої нейротропної дії та соматогенного впливу на психічне здоров'я, виступає як важкий психогенний фактор [1;3;8]. Опрацювання та прийняття важкого факту ВІЛ-інфікування й пов'язаних з цим медичних, професійних, соціальних труднощів ускладнюється стигматизацією діагнозу, явищами дискримінації таких пацієнтів, частою відсутністю підтримки з боку близьких людей, а також певними особистісними характеристиками та психопатологічними розладами.

Розлади психіки, що зустрічаються серед категорії ВІЛ-інфікованих пацієнтів вельми різноманітні, й можуть бути пов'язані з дією стресових факторів, органічним ураженням ЦНС, або навпаки, являтися фактором, що підвищив ризик інфікування ВІЛ [1;4;22]. Так відомо, що на ранніх етапах розповсюдження ВІЛ-інфекції, найбільше постраждалих було серед споживачів ін'єкційних наркотиків, людей що вели асоціальний спосіб життя тощо. Відповідно такі категорії частіше мають залежний, нарцистичний, межовий та інші розлади особистості, або інше психічне захворювання.

На формування психічних розладів пацієнтів з ВІЛ-інфекцією достовірно впливають соціально-психологічні, преморбідні й соматогенні чинники, взаємодія яких і визначає ведучий психопатологічний синдром [2].

Метою нашого огляду літературних джерел було сформулювати більш чітке уявлення про клініко-психопатологічну структуру психічних порушень, на які страждає дана категорія пацієнтів.

Об'ємне дослідження, що мало вибірку понад 1100 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, було проведено в Північній Кароліні (США). Воно показало значну розповсюдженість депресивних, тривожних та інших психічних розладів серед даної групи. Виявилось, що 41% пацієнтам був виставлений щонайменше один діагноз психічного розладу за критеріями DSM-IV (депресивні або тривожні розлади), та у 1/5 частини з них спостерігалися інші психічні порушення за той самий період часу [17;23].

В існуючих публікаціях представлено опис широкого спектру психічних розладів - від реакцій невротичного рівня до виражених інтелектуально-мнестичних порушень внаслідок органічного ураження головного мозку. За даними зарубіжних авторів, розлади настрою у даної категорії пацієнтів спостерігаються приблизно в 4 рази частіше, ніж у населенні в цілому, а психічні відхилення, пов'язані з вживанням алкоголю і наркотиків, - в 2,5-7,5 рази частіше [10;18].

За даними А.Т. Бешимова, у 52,8% ВІЛ-інфікованих пацієнтів виявляються клінічно окреслені прояви психічних розладів пограничного рівня, їх структура представлена наступними психопатологічними синдромами в рамках адаптаційних реакцій і органічних обумовлених психічних розладів: депресивно-фобічний - у 34,8 %, з поліморфною симптоматикою - у 22,7%, тривожно-фобічний - у 19,7%, депресивний - у 15,2% і тривожно-депресивний у - 7,6% випадків [2].

Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих пацієнтів формуються достовірно частіше у осіб жіночої статі, які виховувалися в умовах "гіперопіки", в сім'ях з частими конфліктами, та перенесли психічні травми. Серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів з психічними розладами переважають безробітні особи, які мають часті конфліктні ситуації в родині, відчувають матеріальну скруту та житлово-побутові труднощі [2].

Найчастішим клінічно значущим психічним розладом ВІЛ-інфікованих виявилася депресія, яка спостерігається, за даними різних авторів, у 15% - 40% пацієнтів [9;12;23].

Потрібно зазначити, що важкість депресивних розладів у ВІЛ-позитивних пацієнтів далеко не завжди залежить від важкості соматичного стану. Значну частку складають депресії, що є психогенною реакцією на факт інфікування, та виникають на певному преморбідному ґрунті під впливом соціальних факторів.

Розвиток депресії у ВІЛ-інфікованих може мати витоки від ускладненої реакції горя, яка сама по собі є нормальною реакцією на пережиту людиною втрату

(в даному випадку втрату здоров'я). Тому до діагностики власне депресивного розладу потрібно підходити дуже ретельно, враховуючі всі необхідні критерії [6;17;18]. Фактором, що може відстрочити отримання необхідної допомоги такими пацієнтами, є так зване явище «нормалізації депресії» у важко хворих. Його можна пояснити тим, що знижений настрій у даному випадку є психологічно зрозумілим [26].

Для депресивного синдрому у невиліковних пацієнтів характерні:

- пригнічений настрій;
- ангедонія;
- плаксивість;
- замкнутість;
- відсутність думок про майбутнє;
- відчуття безнадії, безпомічності, власної нікчемності;
- почуття власної провини;
- стійкі думки про самогубство [12;26].

Важкий соматичний стан сприймається як кара за минулий спосіб життя, символізує відчуття екзистенційної поразки, беззмістовності та власної нікчемності. Важке відчуття провини, що виникає, може посилюватись у випадку наявності реальних фактів інфікування іншої людини, заподіяння шкоди близьким тощо. Ізолюваний спосіб життя та відсутність сімейної підтримки також негативно впливають на перебіг депресії [18].

Крім того депресивні розлади в свою чергу ускладнюють перебіг соматичного захворювання (внаслідок адренкортикальної активності, порушення архітектури сну та додаткового пригнічення імунної функції), больові симптоми, як правило, виражені більш значно [26]. Пацієнт виявляє надмірну зосередженість на соматичному стані, що може парадоксально співіснувати з пропусками у прийомі антиретровірусної терапії [21].

За даними Adam W. Carrico та Michael H. Antoni, депресивні симптоми пов'язані з швидким прогресуванням ВІЛ-інфекції. Підвищена активність автономної нервової системи до початку ВААРТ передбачає повільніше відновлення імунітету [13;19]. З іншого боку, позитивні психологічні стани сприяють повільному прогресуванню ВІЛ та кращій відповіді на антиретровірусну терапію. Заходи, спрямовані на поліпшення психологічної регуляції модулюють фізіологічний стан та уповільнюють прогресування ВІЛ-інфекції [13;19]. Психологічна робота з важкими втратами допомагає ВІЛ-інфікованим особам справлятися з горем і стражданням, пов'язаними зі смертю близької людини від СНІДу. Дослідження такого втручання показало скорочення періоду горя, збільшення кількості CD4-клітин і зниження вірусного навантаження ВІЛ, зменшення частоти відвідування закладів охорони здоров'я серед таких осіб [13].

Ризик самогубства ВІЛ-інфікованих, в порівнянні із населенням в цілому, вище у 7-36 разів. За даними С. Табризіан та О. Міттермейер, до 15-20% пацієнтів з повторними депресивними нападами здійснюють самогубство [9].

Тривожні розлади спостерігаються на різних клінічних стадіях ВІЛ-інфекції та найбільш вірогідно проявляються у ключових точках прогресування захворювання. Дані про поширеність їх в межах даної групи коливаються від 5 до 40% [9, 15, 18]. У більшості ВІЛ-інфікованих пацієнтів тривога є виявом нормальної психологічної реакції на стрес, та компенсується в прийнятні терміни з допомогою особистісних ресурсів та захисних механізмів. Проте у деяких випадках занадто стійкі й потужні прояви тривоги суттєво знижують самопочуття та функціональні можливості таких хворих. Вірогідність виникнення проявів тривоги, що досягають критеріїв того чи іншого тривожного розладу за класифікаціями МКБ-10 або DSM-IV, збільшується при наявності таких факторів як: психічні розлади в минулому, залежність від психоактивних речовин, опортуністичні хвороби, зміна зовнішнього вигляду та когнітивного функціонування, побічні дії ліків тощо [15]. Крім того, наявність тривожного, як і депресивного, розладу доведено сприяє більш швидкому пригніченню імунного статусу, зокрема зниженню кількості та якості CD-4 клітин. Такі закономірності запускають патологічне коло взаємодій між соматичною та психічною сферами [13;15;19].

Серед невротичних розладів у ВІЛ-інфікованих описані також обсессивно-компульсивні розлади. Вони виникають або як реакція на хворобу, або на тлі депресії. Відзначаються багатогодинні обстеження свого тіла в пошуках специфічної висипки або підозрілих плям, постійні думки про смерть, процес вмирання, нав'язливі спогади про сексуальних партнерів, від яких могло відбутися зараження. Нав'язливі побоювання стосуються і можливості випадкового зараження родичів побутовим шляхом [24].

Описано, що реакцією на звістку про факт інфікування ВІЛ більш ніж у половині випадків (52,6%) є розлади адаптації, які переважно реєструються протягом трьох місяців після оголошення діагнозу і свідчать про підвищену ймовірність виникнення у майбутньому більш пролонгованих тривожних, депресивних та інших психічних порушень [3;6;16].

В структурі нозогенних реакцій (реакцій адаптації) провідними є депресивні і фобічні розлади, вираженість яких залежить як від активності інфекційного процесу, так і від тривалості ВІЛ-інфікування [2].

Клінічно розлади адаптації виявляються зниженим настроєм, тривогою, занепокоєнням, почуттям нездатності впоратися із ситуацією, пристосуватися до неї, в ряді випадків це супроводжується ретельною реєстрацією найменших ознак тілесного неблагополуччя та пошуками засобів їх лікування, переважно нетрадиційних [3].

Серед ВІЛ-позитивних пацієнтів реєструються також соматоформні й іпохондричні розлади (15,8% і 15,8% відповідно, від всіх виявлених невротичних розладів). Перші перебігають у вигляді соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи різних органів і систем. У пацієнтів відзначаються об'єктивні ознаки

вегетативного збудження (серцебиття, гіпергідроз, еритеми, тремор) і численні скарги на болі, які важко локалізувати. Іпохондричні розлади характеризуються надмірною стурбованістю своїм станом здоров'я, пошуками ознак погіршення самопочуття, вимогами додаткових методів дослідження, прискіпливістю до призначених медикаментів [3;18].

Як зазначає О.Д. Бородкина, 27,8% ВІЛ-позитивних пацієнтів мають різні розлади особистості, акцентуовані особистості складають 10,5%. Ці пацієнти є психологічно вразливими, з високим рівнем особистісної тривожності, з дисгармонійним складом характеру, емоційно нестійкими. Для них характерна наявність таких якостей як імпульсивність, підозрілість, егоцентричність, в поєднанні з тривогою, ранимістю, вразливістю, напруженістю, низькою толерантністю до фрустрації. Майже половина всієї особистісної патології у хворих з ВІЛ-інфекцією приходить на істеричні розлади (45,0%). Висока питома вага також осіб з дисоціальним (20,0%) та емоційно - нестійким (17,5%) розладами особистості [3].

Дослідження показують, що від 20 до 73 % хворих на ВІЛ/СНІД мають розлади, пов'язані із залежністю від психоактивних речовин. Фактично, передача інфекції через ін'єкційні наркотики в даний час налічує 5% від загальної кількості інфікованих в світі. Для деяких з них, механізм розладів, пов'язаних з вживанням ін'єкційних психоактивних речовин, алкоголю, таких як погіршена здатність до осмислення чи імпульсивність, призводить до ВІЛ-інфекції. Для інших, залежність від психоактивних речовин - це спосіб опанувати тривогу, пов'язану з ВІЛ-позитивним діагнозом [18].

Предикторами розвитку адиктивного процесу, за даними О.Д. Бородкиної є дисфункційна структура батьківської сім'ї, негармонійний тип виховання, зловживання батьками алкоголем. ВІЛ-інфіковані хворі в більшій мірі зазнавали в дитинстві фізичного насильства, девіантна поведінка у них мала більш протиправний характер, були виражені аутодеструктивні патерни [3].

У дослідженні Н.Г.Незнанова та Н.Б.Халезової виявилось, що більшість (63%) ВІЛ-інфікованих були опіатними або ефедроновими наркоманами, або мали в анамнезі досвід вживання опіоїдів або ефедрону. Наркоманії достовірно частіше відзначені у віці до 30 років. Частота синдрому залежності від алкоголю склала сумарно 3,8% і з віком поступово підвищувалася [10].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом частка пацієнтів, що вживають ін'єкційні наркотики в сьогоденні або мають наркотичний анамнез серед загального числа ВІЛ інфікованих Україні становить 35,8% (2009р.) серед нових виявлених випадків ВІЛ-інфекції. Це число менше подібних даних за минулі роки. Для порівняння, в 1997 воно становило 83,6%. Така тенденція пов'язана з поступовим виходом епідемії ВІЛ за межі концентрованих ризикованих груп, і переважанням в теперішньому часі статевого шляху передачі ВІЛ. Однак, серед пацієнтів, з

якими щодня працюють фахівці СНІД-центрів, частина залежних пацієнтів складає більше 50%. Пояснюється це більш ранніми термінами зараження, настанням потреби в лікуванні опортуністичних інфекцій, ретельному обстеженні та призначенні АРТ-терапії.

При прогресуванні захворювання приблизно у 33-40% хворих розвивається органічне ураження головного мозку [3;18], яке проявляється зниженням пам'яті, труднощами зосередження, апатією, явищами фізичної та психічної астенії. У хворих звужується коло спілкування, з'являється постійна сонливість, прогресуючі головні болі. Ці прояви психоорганічного синдрому з'являються часто задовго до розвитку маніфестних ознак ВІЛ-інфекції. Уже на доманіфестних етапах захворювання зустрічаються афазія, когнітивні порушення, інтелектуальне зниження. На початку захворювання вони мало виражені і можуть бути виявлені тільки нейропсихологічними тестами в динаміці. На віддалених етапах захворювання розвивається деменція, можливі деліріозні психози [3;10;12].

Щодо психотичного рівня психічних порушень у ВІЛ-інфікованих, описані випадки шизофреноподібних, гострих параноїдних і депресивних психозів, стійкі гіпоманіакальні і маніакальні стани, деліріозні порушення. Подібні психотичні стани можуть тривати роками і безпосередньо передують ознаками органічного ураження головного мозку, характерного для ВІЛ [4;14;18;25].

Приблизно 8% пацієнтів з ВІЛ / СНІДом, що мають знижений імунітет і не мали у минулому особистої або сімейної історії біполярних порушень, страждають від манії, яка може розвинути через органічні чинники ВІЛ (ураження ЦНС, медикаменти, деменція, і т.п. ). Пацієнти також можуть відчувати чергування періодів манії і депресії, стан відомий як біполярний розлад. Для ВІЛ-інфікованих, відхід від реальності, або психоз, може також бути результатом погіршення функціонування ЦНС, і спостерігатися в останніх стадіях СНІДу у 2-15% пацієнтів. Симптоми психозу, що спостерігаються у таких пацієнтів включають в себе дивну поведінку, ілюзії, слухові і візуальні галюцинації [18].

Частота вияву шизофренії серед ВІЛ-інфікованих приблизно вдвічі більша за показники поширеності цієї патології в загальному населенні - 1,8% проти 0,8-1% [10]. Якщо врахувати той факт, більшість ВІЛ-інфікованих хворих на шизофренію в силу негативних розладів не відвідують лікарів, цей контингент потребує особливо ретельного спостереження.

Як і більшість інших розладів психічного здоров'я, супутніх ВІЛ, психотичні порушення можуть передувати ВІЛ та виступати фактором ризику для інфікування [14;18;25]. Як повідомляється, особи з серйозними психічними захворюваннями мають високий ризик інфікування ВІЛ. Поширеність ВІЛ серед таких осіб коливається від 3% до 23%. Попередні дослідження показали більшу поширеність ВІЛ серед осіб з афективними розладами та шизофренією у порівнянні з

особами без психічних розладів. Для таких осіб може бути особливо складно притримуватись режимів лікування при ВІЛ-інфекції [14, 22, 25].

Для сталого пригнічення ВІЛ необхідно дотримуватись схеми високоактивної антиретровірусної терапії [7]. Крім того, прихильність до лікування менш ніж на 95% асоціюється з формуванням вірусної резистентності. Стейкі до ліків віруси можуть передаватися іншим людям, обмежуючи, таким чином, наявні у них варіанти лікування. Отримані переконливі дані про те, що дотримання високоактивної антиретровірусної терапії знижується при депресії, когнітивних порушеннях, порушеннях, викликаних алкоголізмом і токсикоманією. Психічні порушення, в тому числі порушення, викликані токсикоманією, є факторами ризику, що сприяють зараженню ВІЛ, і присутність ВІЛ / СНІДу підвищує ризик розвитку психічних розладів, що ускладнює звернення за медичною допомогою, постановку діагнозу, веде до зниження якості наданої медичної допомоги, лікування і його результатів, а також дотримання схеми лікування [4;8;21].

Відповідно діагностика та можливість прогнозування тих чи інших психічних розладів у пацієнтів з ВІЛ є важливими елементами у структурі медичної, психологічної та соціальної допомоги таким хворим.

#### Висновки

1. Як можна побачити з нашого огляду відсоткове співвідношення різних типів психічних розладів у ВІЛ-інфікованих коливається у вельми широких межах в роботах різних авторів. Таку різницю частково можна пояснити часовими відмінностями у розповсюдженні ВІЛ в різних країнах, а відповідно, різною кількістю пацієнтів на ранніх та більш пізніх стадіях інфекції, різним темпом виходу ВІЛ за межі маргінальних соціальних груп тощо. Проте для формування більш чіткого уявлення про клініко-психопатологічну структуру психічних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів необхідні подальші дослідження.

2. Соціальна стигматизація ВІЛ-інфікованих пацієнтів призводить до зниження кількості звернень за необхідною допомогою, в тому числі психологічною. Тому особливу увагу слід звертати на організацію та роботу мультипрофесійних команд в складі лікарів-інфекціоністів, лікарів соматичного профілю, лікарів-психологів та соціальних працівників із залученням психіатрів, психотерапевтів та наркологів. Структурування такої багатоцентрової допомоги та налагодження зв'язків між професіоналами різних галузей буде сприяти зниженню додаткової психологічної травматизації ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою та подоланню надмірних страхів перед зіткненням з реальною ситуацією свого захворювання.

3. Незважаючи на те, що інфікування ВІЛ продовжує лишатися важким стресовим фактором, підвищення освіченості населення з питань ВІЛ-інфекції та сучасних методів її лікування буде сприяти зменшенню виявів психогенних розладів та кращій адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів у соціумі.

#### Література:

1. Беляева В. В. Консультирование по вопросам приверженности высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции. Методический материал. М. Федеральный научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом Роспотребнадзора РФ. 2006. 42с.
2. Бешимов А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов. автореф. дис. канд. мед. наук / Казань. 2006. - 48с.
3. Бородинкина, О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: автореф. дис. канд. мед. наук / Томск, 2005. - 23 с.
4. ВИЧ/СПИД и психическое здоровье. Доклад Секретариата Всемирной организации здравоохранения, исполнительный комитет EB124/6, 124 сессия 20.11. 2008.
5. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №36 (липень 2011р.) МОЗ України.
6. Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10, Нуллер Ю.Л., «Сфера». 2005 г. 308с.
7. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України 12.07.2010. №551.
8. Консультирование при ВИЧ-инфекции: пособие для врачей различных специальностей / В.В. Беляева, В.В. Покровский, А.В. Кравченко. М., 2003. -77 с.
9. Лечение ВИЧ-инфекции. Под редакцией К. Хоффмана, Ю. К. Рокстро, Б. С. Кампса. М. 2005.565с.
10. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. - Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных Санкт-Петербурга. Психические расстройства в общей медицине под ред. А.Б. Смулевича. Том 02/Н 2/2007
11. Оперативна інформація про офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України за грудень 2011 року. ДУ «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України», 31.01.2012 р.
12. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. М.: Мед. информ. агентство, 2003. - 432 с.
13. Adam W. Carrico, Ph.D. and Michael H. Antoni, Ph.D. - The Effects of Psychological Interventions on Neuroendocrine Hormone Regulation and Immune Status in HIV-Positive Persons: A Review of Randomized Controlled Trials Psychosom Med. – USA - 2008 June ; 70(5): 575–584
14. Allen M. Fremont, M.D., Ph.D. Alexander S. Young, M.D., M.S.H.S. Matthew Chinman, Ph.D. Philip Pantoja, M.A. Sally Morton, Ph.D. Paul Koegel, Ph.D. Greer Sullivan, M.D., M.S.P.H. David Kanouse, Ph.D. - Differences in HIV Care Between Patients With and Without Severe Mental Illness - Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association – USA - May 2007 Vol. 58 No. 5 – p. 681-689
15. Andrew C. Blalock, Ph.D. , Sanjay M. Sharma, M.D., M.B.A. and J. Stephen McDaniel, M.D. - Anxiety disorders and HIV disease – Psychotherapy - HIV and Psychiatry - A Training and Resource Manual Second Edition - Edited by Kenneth Citron, M.D. Marie-Josere Brouillette, M.D. Alexandra Beckett, M.D. - Cambridge University Press 2005, p. 120 – 127
16. Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M.A., Graham, J., & Giordano, T.P. (2011). Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: Results from the Steps Study. AIDS & Behavior, 15(6), 1161-1170.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), published by the American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
18. HIV/AIDS and mental health, by Baingana F, Thomas R and Comblan C, World Bank HNP Discussion Paper, 2005.
19. Jane Leserman, Ph.D., Brian Wells Pence, Ph.D., M.P.H., Kathryn Whetten, Ph.D., M.P.H., Michael J. Mugavero, M.D., M.H.Sc. Nathan M. Thielman, M.D., M.P.H. Marvin S. Swartz, M.D. Dalene Stangl, Ph.D. - Relation of Lifetime Trauma and Depressive Symptoms to Mortality in HIV – USA – Am. J. Psychiatry 164:11, November 2007: 1707–1713.
20. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. Mills

E.J. Bakanda C, Birungi J, Chan K, Ford N, Cooper CL, Nachega JB, Dybul M, Hogg RS. Source \University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada. *Ann Intern Med.* 2011 Aug 16;155(4):209-16. Epub 2011 Jul 18.

21. Mallory O. Johnson, Ph.D., Edwin Charlebois, Ph.D., Stephen F. Morin, Ph.D., Robert H., Remien, Ph.D., Margaret A. Chesney, Ph.D., and The NIMH Healthy Living Project - Effects of a behavioral intervention on antiretroviral medication adherence among people living with HIV: The Healthy Living Project randomized controlled study - USA - *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 December 15; 46(5): 574-580.

22. Milton L. Wainberg, Karen McKinnon, Katherine S. Elkington, Paulo E. Mattos, Claudio Gruber Mann, Diana de Souza Pinto, Laura Otto-Salaj, Francine Cournos - HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. USA - *World Psychiatry* - vol.7 - №3 - October 2008 - p. 166 - 171.

23. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J.J., Gaynes B.N.

*Mental Disorders Common Among HIV-Infected Patients. The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2006;42:298-306.

24. Semple, S.J., Strathdee, S.A., Zians, J., McQuaid, J., & Patterson, T.L. Correlates of obsessive-compulsive disorder in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS & Behavior*, 15(6), 2011. 1153-1160.

25. Seth Himelhoch, John F. McCarthy, Dara Ganoczy, Deborah Medoff, Ph.D., Lisa B. Dixon, Frederic C. Blow. - Understanding Associations Between Serious Mental Illness and HIV Among Patients in the VA Health System - Psychiatric Services, *A Journal of the American Psychiatric Association* - USA - September 2007 Vol. 58 No. 9 - p. 1165 - 1172

26. Sidney Zisook, Katherine Shear - Grief and bereavement: what psychiatrists need to know - USA - *World Psychiatry* - vol.2 - June 2009 - p. 67 - 72.

#### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г. Пшук, Н.П. Кирилук, Л.В. Стукан

В статье описаны клинико-психопатологические особенности пациентов, инфицированных ВИЧ, дан обзор современных данных о распределении пограничных, психотических и связанных с органическим генезом психических расстройств. Показана необходимость всестороннего изучения психического состояния ВИЧ-инфицированных пациентов для обеспечения их необходимой медико-психологической и социальной поддержкой.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, психопатологические синдромы, психогенный фактор, органическое поражение ЦНС, антиретровирусная терапия

#### CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS

N.G. Pshuk, N.P. Kirilyk, L.V. Stukan

This article describes the psychopathological features of patients infected with HIV; the review of recent data on the distribution of non-psychotic, psychotic and associated with organic diseases of the CNS disorders in these patients was done. The need for a comprehensive study of the mental state of HIV-infected patients has been shown to provide them the necessary medical, psychological and social support.

**Keywords:** HIV, psychiatric syndromes, psychogenic factors, organic CNS disease, antiretroviral therapy

УДК616.89-008.44/.47-053.81/.85:616.1/.4

#### Г.М. Кожина, В.І. Коростій, В.Б. Михайлов, О.Л. Товажнянська, І.А. Григорова КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Харківський національний медичний університет

**Ключові слова:** когнітивні розлади, соматичні захворювання, працездатний вік

Важливою проблемою сучасної науки є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості хворих з органічними та симптоматичними психічними розладами, які виникають на тлі цереброваскулярної, серцево-судинної та ендокринної патології відмічаються когнітивні порушення різного ступеню [1; 4; 8; 9; 11; 13].

Когнітивні порушення при соматичних розладах знаходяться у тісному взаємозв'язку зі станом емоційної сфери. Багато дослідників відзначають «невротизацію» хворих із цереброваскулярними, серцево-судинними та ендокринними захворюваннями, формування у них непсихотичних психічних розладів на тлі когнітивних порушень [2; 7; 16; 18]. Поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає серед цих хворих 70 - 100% [2; 6; 7]. Розлади психічної діяльності та негативні психо-

логічні фактори утруднюють перебіг захворювання, відновлювано-реабілітаційні процеси, є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів у понад 50% випадків [5; 13; 14; 16; 17]. Численні дослідження показали, що більш ніж 50% випадків помірних когнітивних порушень переходять в той чи інший варіант деменції [4; 9; 10; 12; 15; 17]. Актуальною ця проблема є і на Україні [2; 7; 9]. Проте в літературі більшість досліджень когнітивних розладів проведені у осіб, старших 60 років і практично немає робіт, присвячених вивченню когнітивних розладів у осіб працездатного віку [3; 10; 12; 14; 18].

**Метою дослідження** було вивчення клінічної структури та особливостей синдромогенезу когнітивних розладів серед хворих працездатного віку з соматичними захворюваннями.

**Матеріал та методи дослідження.** Для досягнення зазначеної мети проведено поглиблене клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне, психодіагностичне,