

Пограничные психические расстройства у ВИЧ-инфицированных и коинфицированных HIV/HCV пациентов

А. Т. БЕШИМОВ, В. Х. ФАЗЫЛОВ, К. К. ЯХИН.

ГУЗ «Казанский ЦПБ СПИД и ИЗ».

Кафедра инфекционных болезней КГМУ.

Кафедра психиатрии и наркологии КГМУ.

Заболевание ВИЧ-инфекцией во всем мире, в том числе и России, имеет тенденцию к росту. По данным ВОЗ (2004), 39,4 млн. человек в мире инфицировано ВИЧ (HIV), из них 10 млн. коинфицированы вирусом гепатита С (HCV).

Кoineкция HIV/HCV наблюдается у 60-90% ВИЧ-инфицированных, которые имели историю потребления внутривенных наркотических средств или при переливании крови и ее препаратов [2]. Однако, ВИЧ-инфекция может также повышать подверженность HCV-инфицированию с развитием хронического течения (ХВГС) [4, 7].

Состояние иммунодефицита, которое ассоциируется с ВИЧ-инфекцией, способствует ускорению течения ХВГС [6]. Накопленные доказательства свидетельствуют, что у пациентов с ВИЧ происходит ускоренное прогрессирование HCV-обусловленных печеночных заболеваний [8]. Многие литературные данные свидетельствуют о психических расстройствах при хроническом вирусном гепатите С, в частности, соматогенной депрессии — 34,7% [1, 5]. Имеющиеся научные работы не дают целостного представления о воздействии хронического вирусного гепатита С на психическое состояние ВИЧ-инфицированных лиц.

Цель исследования: изучение частоты, структурно-динамических показателей пограничных психических расстройств у пациентов HIV-моноинфицированных и HIV/HCV-коинфицированных в зависимости от активности HIV- и HCV-инфекции.

Материал и методы исследования:

В исследовании участвовало 125 ВИЧ-инфицированных (49 мужчин и 76 женщин), среди которых находилось 73 коинфицированных HIV/HCV пациентов и 52 инфицированных HIV без коинфекции с HCV. Возраст обследованных от 17 до 37 лет (средний возраст составил 27 лет). Период с момента установления диагноза — от 6 месяцев до 3 лет. Пути заражения были следующими: половой — 60 человек, 65 — парентеральный. Основными клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции у обследованных были распределены по стадиям инфекционного процесса: 3 стадия — 56 человек (44,8%), 4А стадия — 47 человек (37,6%), 4Б стадия — 21 человек (16,8%) и 4В стадия — 1 человек (0,8%) (по классификации В. И. Покровского, 2001).

Клинико-психопатологическое обследование и применение клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний [3] (опросник содержит 6 шкал: тревоги, депрессии, астении, конверсионных расстройств, обсессивно-фобических расстройств и вегетативных нарушений), позволило распределить всех обследованных по состоянию психического здоровья на три основные группы: 1) лица с клинически очерченными проявлениями пограничных психических расстройств — 66 человек (52,8%); 2) лица с преκлиническими или субκлиническими расстройствами — 21 человек (16,8%); 3) лица без психических нарушений — 38 человек (30,4%).

Специфическая лабораторная диагностика HIV- и HCV-инфекции базировалась на определении серологических маркеров (анти-HIV, анти-HCV_{сoг}, NS₃, NS₄, NS₅, Ig M, G) в иммуноферментном анализе (ИФА) и вирусной нагрузки (RNA HIV, RNA HCV) в полимеразноцепной реакции (ПЦР). Иммунный статус (фенотипирование лимфоцитов) определялся методом проточной цитометрии. Маркером воспалительной реакции (повышенного цитолиза) в гепатоцитах использовался уровень сывороточного органоспецифического фермента — аланинаминотрансферазы (АЛТ), определяемый общепринятыми биохимическими маркерами.

Результаты исследования

В результате клинико-психопатологического обследования 73 коинфицированных HIV/HCV пациентов и 52 инфицированных HIV без коинфекции с HCV выраженные психические расстройства были выявлены у 37 человек коинфицированных HIV/HCV пациентов (50,7%) и у 29 инфицированных HIV без коинфекции с HCV (55,8%). Изучение психических расстройств у коинфицированных HIV/HCV пациентов и инфицированных HIV без коинфекции с HCV показало наличие

достоверных различий их как по частоте, так и по структуре: у коинфицированных HIV/HCV пациентов в целом имелась явная тенденция к более высокому удельному весу психических расстройств, кроме фобических. Статистически достоверные различия выявлены у коинфицированных HIV/HCV пациентов для тревожных (54,1% и 34,5%; $p < 0,05$), депрессивных (75,7% и 62,1%; $p < 0,05$) и вегетативных (45,9% и 13,8%; $p < 0,01$) расстройств и только фобические расстройства чаще встречались у инфицированных HIV без коинфекции с HCV (69,0% и 48,6%; $p < 0,05$).

Сравнение структуры психических расстройств среди коинфицированных HIV/HCV пациентов и инфицированных HIV без коинфекции с HCV показало, что среди коинфицированных HIV/HCV пациентов ведущими расстройствами являлись депрессивные и тревожные расстройства (75,7% и 54,1% соответственно), в то время как среди инфицированных HIV без коинфекции с HCV — фобические и депрессивные расстройства (69,0% и 62,1% соответственно).

Для более детального исследования вопроса взаимосвязи ведущей HCV-коинфекции и психических нарушений нами был проведен сравнительный анализ частоты и структуры пограничных психических расстройств у пациентов с HIV/HCV-коинфицированных и HIV-инфицированных без коинфекции с HCV в зависимости от активности инфекционного процесса как при ВИЧ-инфекции, так и при хроническом вирусном гепатите С.

Удельный вес психических расстройств в зависимости от вирусной нагрузки (RNA HIV) и уровня CD4+ лимфоцитов среди HIV/HCV-коинфицированных имел тенденцию к снижению в соответствии с уменьшением числа CD4+ лимфоцитов и повышением вирусной нагрузки. Эта тенденция имела достоверный характер для тревожных (с 60,0% до 50,0%; $p < 0,05$), депрессивных (с 80,0% до 50,0%; $p < 0,05$), астенических (с 60,0% до 20,0%; $p < 0,05$), конверсионных (с 80,0% до 40,0%; $p < 0,05$), фобических (с 70,0% до 20,0%; $p < 0,05$) и вегетативных (с 60,0% до 30,0%; $p < 0,05$) расстройств. У HIV-инфицированных пациентов без коинфекции с HCV удельный вес психических расстройств был достоверно ниже, чем среди лиц HIV/HCV-коинфицированных и имел тенденцию к росту с увеличением вирусной нагрузки и уменьшением числа CD4+ лимфоцитов с достоверностью для депрессивных (с 37,5% до 100,0%; $p < 0,05$), тревожных (с 25,0% до 57,1%; $p < 0,05$), астенических (с 12,5% до 57,1%; $p < 0,05$) и конверсионных (с 37,5% до 71,4%; $p < 0,05$) расстройств, тогда как фобические — сохранялись примерно на одинаковом уровне (75,0% и 71,4%). Максимальная частота вегетативных расстройств наблюдалась при вирусной нагрузке 20000-100000 копий/мл и содержании CD4+ лимфоцитов в пределах 800-500 клеток/мл (21,4%).

Структура психических расстройств в зависимости от вирусной нагрузки (RNA HIV) и уровня CD4+ лимфоцитов выглядит следующим образом: при вирусной нагрузке менее 20000 копий/мл и содержании CD4+ лимфоцитов в пределах 1500-800 клеток/мл при наличии коинфекции с HCV ведущими явились депрессивные (80,0%), конверсионные (80,0%) и фобические (70,0%), также как и у пациентов без коинфекции с HCV — фобические, депрессивные и конверсионные расстройства (75,0% и по 37,5% соответственно); с увеличением вирусной нагрузки на уровне 20000-100000 копий/мл и уменьшением числа CD4+ лимфоцитов в пределах 800-500 клеток/мл в структуре психических расстройств среди HIV/HCV-коинфицированных пациентов преобладали депрессивные (82,4%) и тревожно-фобические (52,9%) расстройства, а у HIV-инфицированных без коинфекции с HCV — фобические (64,3%) и депрессивные (57,1%); при вирусной нагрузке (RNA HIV) 20000-100000 копий/мл и содержании CD4+ лимфоцитов менее 500 клеток/мл у HIV/HCV-коинфицированных лиц ведущими были тревожно-депрессивные (50,0%), конверсионные (40,0%) и вегетативные (30,0%) расстройства, а у HIV-инфицированных без коинфекции с HCV — депрессивные (100,0%), фобические (71,4%) и конверсионные (71,4%).

Наличие зависимости в частоте и структуре психических расстройств среди HIV/HCV-коинфицированных и HIV-инфицированных без коинфекции с HCV побудило нас к изучению влияния активности HCV-инфекции (с учетом вирусной нагрузки и воспалительного про-

цесса в гепатобилиарной системе) на частоту и структуру психических расстройств у HIV/HCV-коинфицированных пациентов.

Психопатологические синдромы у наблюдаемых нами HIV/HCV-коинфицированных пациентов ($n=37$) в зависимости от вирусной нагрузки (RNA HCV) при обследовании распределились следующим образом: среди пациентов с низкой вирусной нагрузкой (RNA HCV менее 1×10^3 копий/мл) ($n=7$) преобладали лица с депрессивно-фобическим (42,8%) синдромом и с полиморфной симптоматикой (28,6%); при средней вирусной нагрузке (RNA HCV 1×10^3 – 1×10^6 копий/мл) ($n=13$) — с полиморфной симптоматикой (30,7%), депрессивно-фобическим (23,1%) и тревожно-фобическим (23,1%) синдромами; при высокой вирусной нагрузке (RNA HCV более 1×10^6 копий/мл) ($n=17$) — с полиморфной симптоматикой (35,3%), депрессивно-фобическим (23,5%) и депрессивным (17,6%) синдромами.

Вирусная нагрузка у наблюдаемых нами HIV/HCV-коинфицированных пациентов ($n=73$) имела определенные корреляционные связи с активностью печеночного фермента аланинаминотрансферазы (АЛТ): 56,2% — среднюю степень ($r=0,63$; $p<0,05$) положительной корреляционной связи умеренной и высокой вирусной нагрузки с активностью АЛТ менее 3-х N; 43,8% — высокую степень ($r=0,75$; $p<0,01$) корреляции соответственно с активностью АЛТ от 3-х до 5-и N и выше.

Анализ частоты отдельных психопатологических расстройств в зависимости от уровня АЛТ показал следующие результаты: с увеличением уровня АЛТ отмечалось увеличение частоты депрессивных расстройств с 68,2% до 100,0% ($p<0,05$), снижение — фобических с 54,5% до 33,3% ($p<0,05$); максимальная частота тревожных расстройств приходилась на уровень АЛТ от 2-х до 5-и N (66,7%), а удельный вес астенических расстройств сохранялся примерно на одинаковом уровне вне зависимости от уровня АЛТ (31,8% и 33,3%). Конверсионные и вегетативные расстройства имели схожие тенденции: максимальная их частота регистрировалась у коинфицированных HIV/HCV пациентов при уровне АЛТ от 2-х N и более 5-и N, а минимальная их частота при уровне АЛТ от 2-х до 5-и N.

Анализ частоты и структуры психических расстройств у HIV/HCV-коинфицированных в зависимости от уровня АЛТ показал следующие результаты: при уровне АЛТ до 2-х N высокий удельный вес занимали депрессивные (68,2%), фобические (54,5%) и конверсионные (54,5%) расстройства, с увеличением уровня АЛТ от 2-х до 5-и N — депрессивные (77,8%), тревожные (66,7%) и фобические (44,4%), а при уровне АЛТ более 5-и N — депрессивные (100,0%), конверсионные (66,7%) и вегетативные (66,7%).

Выводы

1. У коинфицированных HIV/HCV пациентов частота и структура психических расстройств определяется активностью не только ВИЧ-инфекции, но и хронической HCV-инфекцией, среди которых достоверно чаще по сравнению с пациентами HIV-моноинфицированными встречались тревожные, депрессивные и вегетативные расстройства. У пациентов HIV-моноинфицированных при сравнительной харак-

теристике с пациентами HIV/HCV-коинфицированными достоверно чаще встречались фобические расстройства.

2. С повышением вирусной нагрузки (RNA HCV) и активности воспалительного процесса при хроническом вирусном гепатите С у коинфицированных HIV/HCV пациентов происходит усложнение и видоизменение структуры психических расстройств ($p<0,05$): при низкой вирусной нагрузке и уровне АЛТ до 2-х N высокий удельный вес занимают депрессивные, фобические и конверсионные; с увеличением уровня АЛТ от 2-х до 5-и N и умеренной вирусной нагрузке — депрессивные, тревожные и фобические; при высокой вирусной нагрузке и уровне АЛТ более 5-и N — депрессивные, конверсионные и вегетативные расстройства.

3. У HIV/HCV-коинфицированных пациентов с уменьшением содержания CD4+ лимфоцитов происходит уменьшение удельного веса психических расстройств с 80,0% до 40,0%; сложная полиморфная симптоматика сменяется на тревожно-депрессивную и фобическую симптоматику.

4. У HIV-моноинфицированных пациентов происходит усложнение психопатологической симптоматики от простой фобической до полиморфизма психических расстройств за счет роста депрессивных, конверсионных и тревожных расстройств с 37,5 до 70,0–100,0% ($p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

- Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. / А. Б. Смулевич. — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — 256 с.
2. Сывороточные вирусные гепатиты В, С, D у ВИЧ-инфицированных. / С. Н. Соринсон, Ю. Е. Жданов, О. В. Корочкина [и др.] // Гепатит В, С, D и G — проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. — М., 1997. — С. 204.
3. Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич. — Казань, 1978. — 24 с.
4. Association between hepatitis C virus seroreactivity and HIV infection in non-intravenous drug abusing prostitutes. / J. A. Pineda, A. Rivero, C. Rey [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 14. — P. 460.
5. Depression, fatigue and functional disability in patients with chronic hepatitis C. / M. M. Dwight, K. V. Kowdley, Y. E. Russo [et al.] // J. Psychosom. Res. — 2000. — Vol. 49. — P. 311–317.
6. Dieterich D. T. Hepatitis C virus and human immunodeficiency virus: clinical issues in coinfection. / D. T. Dieterich // Am. J. Med. — 1999. — Vol. 107. — P. 799–849.
7. Incidence and determinants of hepatitis C virus infection among individuals at risk of sexually transmitted diseases attending a human immunodeficiency virus type 1 testing program. / M. Giuliani, F. Caprilli, G. Gentili [et al.] // Sex. Transm. Dis. — 1997. — Vol. 24. — P. 533.
8. Influence of human immunodeficiency virus type 1 infection on the natural course of chronic parenterally acquired hepatitis C. / A. Sanchez-Quijano, J. Andreu, F. Gavilan [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 14. — P. 949.

Клинико-эпидемиологические аспекты микстинфекции ВИЧ/СПИД + туберкулез в Республике Татарстан

И. М. ХАЕРТЫНОВА, Ф. К. СИРАЗИЕВА, РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ

По данным ВОЗ, ВИЧ-инфекция и туберкулез относятся к наиболее опасным инфекционным заболеваниям. Эти две инфекции взаимосвязаны друг с другом. Развитию туберкулеза, являющегося главной причиной смертности человечества в течение тысячелетия, способствует эпидемия ВИЧ-инфекции, и в глобальном масштабе туберкулез — одна из главных причин смертности у ВИЧ-инфицированных лиц и больных ВИЧ/СПИДом (3, 4, 5).

По оценкам ВОЗ, в начале XXI века в мире ежегодно развивается около 9 млн. новых случаев туберкулеза и почти 10% из них являются ВИЧ-положительными. Туберкулез также оказывает влияние на ВИЧ-инфекцию: по оценкам ВОЗ, в мире 13% смертей среди ВИЧ-инфицированных лиц обусловлены туберкулезом (3, 2).

Рост заболеваемости туберкулезом в последние годы наряду со многими причинами тесно связан с такими социально-экономическими факторами, как снижение уровня жизни населения, увеличение числа дезадаптированных лиц, в том числе с вредными и привычными интоксикациями. Указанные факторы определенным образом влияют на иммунитет и адаптационные способности организма (1, 5). В то же время поведенческие особенности этих лиц приводят к уклонению от проведе-

ния профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза, и позднему обращению за медицинской помощью при появлении клинических симптомов заболевания. Социально отягощенной группой, наиболее подверженной инфицированию, как туберкулезом, так и ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, являются лица, прибывшие или находящиеся в пенитенциарных учреждениях, потребители наркотических препаратов, безработные, мигранты (4, 5).

Высокая инфицированность населения микобактериями туберкулеза, HCV и быстрое распространение в той же среде вируса иммунодефицита человека делают прогноз этой сочетанной патологии крайне неблагоприятным (5, 6).

На территории Республики Татарстан, начиная с 2001 года отмечается увеличение числа больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом (ВИЧ/СПИД + ТБ). Так, в 2001 году было зарегистрировано 55 человек с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, в 2002 году — 169; в 2003 г. — 225; в 2004 г. — 305; в 2005 г. — 329; в 2006 г. — 376 больных. Повышенная чувствительность больных ВИЧ-инфекцией к туберкулезу может быть обусловлена прежде всего социальным статусом. Так, 68% больных с сочетанной патологией являются потребителями инъекционных