

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Д. А. Полянский, В. В. Калинин

*Отдел экзогенно-органических расстройств и эпилепсии
ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

Широкая распространённость ВИЧ-инфекции, частота и выраженность психических нарушений при этом заболевании обуславливают актуальность изучения их особенностей у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

Акцентируя внимание на серьёзных демографических, социально-экономических последствиях ВИЧ-инфекции, отмечая возрастание расходов государственного здравоохранения и снижение качества медицинских услуг, исследователи значительно меньше внимания уделяют проблемам психического здоровья заболевших и окружающих их лиц [3, 50]. В немногочисленных публикациях представлено описание широкого спектра психических расстройств ВИЧ-инфицированных – от реакций невротического уровня до выраженных мнестико-интеллектуальных нарушений вследствие органического поражения головного мозга [7, 24, 35].

В эпидемиологических исследованиях СПИДа лица, имеющие положительную реакцию на ВИЧ, но без признаков заболевания, составляют так называемую «серую зону» – первую группу риска. Лица без признаков заболевания и без наличия серопозитивной реакции на СПИД, но с особым жизненным стилем, а именно гомосексуалисты, гетеросексуалы с многочисленными беспорядочными связями, наркоманы, использующие инъекционные наркотики, лица, занимающиеся проституцией, а также больные гемофилией или другими заболеваниями, требующими частых переливаний крови, относятся к так называемой «группе беспокойства» – все это вторая группа риска [2, 5, 11, 12].

Психические нарушения в первой и второй группе риска сходны, хотя в так называемой «серой зоне» они встречаются намного чаще. Это прежде всего психогенные расстройства [31] с невротической и неврозоподобной симптоматикой, приобретающие иногда характер психотической. Возникают тревожность, беспокойство, повышенная раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с выраженной потерей веса. Характерно снижение работоспособности с нарушением активного внимания. Имеет место полная сосредоточенность

на мыслях о возможном заболевании СПИДом. Общими для этих групп больных являются постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных его симптомов, ипохондрическая фиксация на своём состоянии. Значительно снижена инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные разрывают свои сексуальные связи не из-за этого, а из боязни заболеть «ещё какой-нибудь глупой болезнью» [11, 12]. Гораздо меньшее количество лиц прерывает всякие отношения из альтруистических побуждений.

Часть лиц из группы риска (особенно из числа серопозитивных), напротив, открыто проявляет анти-социальные тенденции, стремясь или к возможно большему расширению своих сексуальных связей, или к передаче СПИДа другим путём. Для этой группы характерны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко. У больных из группы риска могут возникать и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда [24, 26, 31, 32, 46].

Среди развивающихся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных выделяют психические расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом, и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга [34].

Первой психологической проблемой, с которой сталкиваются ВИЧ-инфицированные больные, является их социальная изоляция. У них распадаются семьи, от них отказываются родственники и друзья, их часто необоснованно увольняют с работы. Даже в больнице в специализированном отделении они чувствуют «стену» между собой и окружающими: врачи и медицинский персонал разговаривают с ними на расстоянии вытянутой руки, стараются к ним не прикасаться, иногда откровенно выражают им свою брезгливость, отказываются выполнять необходимые им медицинские манипуляции [36, 37].

Классификация стадий ВИЧ инфекции по «WR» (1986)

Стадии	Симптомы					
	антитела к ВИЧ и/или антигены ВИЧ	T4/мкл	ГЗТ	Лимфаденопатия	Кандидозный стоматит	Оппортунистические инфекции
WR0	-	>400	Норма	-	-	-
WR1	+	>400	Норма	-	-	-
WR2	+	>400	Норма	+	-	-
WR3	+	<400	Норма	+/-	-	-
WR4	+	<400	Снижена	+/-	-	-
WR5	+	<400	Нет	+/-	+/-	-
WR6	+	<400	Нет	+/-	+/-	+

Несмотря на наличие во многих странах законов, защищающих ВИЧ-инфицированных больных, на практике они не выполняются. Особенно тяжело положение ВИЧ-инфицированных детей [8]. Их исключают из школ, лишают общения со сверстниками. Все это вызывает у указанной категории больных негативную реакцию, приводит к развитию реактивных психических расстройств и может обуславливать совершение ими различных социальных поступков.

Долговременный психологический стресс от наличия неизлечимого заболевания, внутрисемейные, интерперсональные и социальные проблемы при наличии у больных различной выраженности неврологических и психических нарушений чрезвычайно осложняют их жизнь [1, 24, 37].

Наряду с проблемами социальной изоляции не менее значимыми в плане формирования реактивных психических расстройств являются и проблемы, связанные с развивающейся неизлечимой болезнью и продолжительностью оставшейся жизни. Работа и финансовые проблемы вследствие вынужденной незанятости занимают второе по важности место. Многочисленные исследования показывают, что удовлетворенность больных социальной поддержкой коррелирует с состоянием их психического статуса и субъективной оценкой своего здоровья. В связи с этим задачей врачей, психологов и социальных работников является вовлечение в реабилитационную программу всех заболевших, независимо от стадии болезни и возможного ее исхода [1].

Имеющие место психические расстройства у ВИЧ-инфицированных отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга. Данный факт связан с истощением популяции CD4-клеток за счет продолжающейся репликации ВИЧ и значительного иммунодефицита, когда уровень CD4-лимфоцитов в крови инфицированных падает до $0,35-0,2 \times 10^9/\text{л}$ (у здоровых лиц число CD4-лимфоцитов колеблется в пределах $0,6-1,9 \times 10^9/\text{л}$) [4, 18].

Симпозиумом врачей, проходившем в военном институте Walter Reed (WR) в США в 1986 году,

предложена упрощенная классификация (табл. 1), система которой включает в себя, кроме клинических данных, три лабораторных иммунологических показателя. Это – наличие специфических анти-ВИЧ антител или вирусных антигенов, концентрация T4 (CD4)-клеток в крови и кожный тест гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) [32].

Согласно [1], при сравнении показателей иммунного статуса ВИЧ-инфицированных и контактных по этому заболеванию установлено статистически достоверное повышение лимфоцитов с фенотипом CD19+ (процентное и абсолютное содержание), IgM и ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы). При сравнении иммунологических показателей ВИЧ-позитивных и контактных по ВИЧ-инфекции с соматически и психически здоровыми людьми получено статистически достоверное снижение общего количества лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+, CD4+ лимфоцитов (процентное и абсолютное содержание), фагоцитарной активности лейкоцитов; повышение содержания IgA, IgM, IgG и ЦИК.

К психическим расстройствам у ВИЧ-инфицированных больных относят реактивные состояния широкого диапазона: от психологической дезорганизации и аффективных, когнитивных, личностных расстройств до возможности развития истерических, ипохондрических и параноидных психозов [6, 46, 47].

Уже на доманифестных этапах заболевания (ВИЧ-носительство) встречаются афазия, когнитивные нарушения, интеллектуальное снижение [9]. В начале заболевания они мало выражены и могут быть выявлены только нейропсихологическими тестами в динамике. Нейропсихологическое тестирование демонстрирует нарушение внимания, замедление моторных функций и процесса узнавания [21].

Ведущими в рамках органического поражения головного мозга являются аффективные нарушения, среди которых преобладают тревога и депрессия. Часто именно по поводу депрессивных нарушений больные обращаются в психиатрические учреждения, где у них и выявляется ВИЧ-инфекция [9].

Депрессивное расстройство – самое частое психическое расстройство у ВИЧ-инфицированных. В зарубежной литературе приводятся разные показате-

тели распространённости депрессии: от 2% до 48% [25, 41, 46]. Риск депрессии у серопозитивных пациентов удваивается, причём данный факт не зависит от сексуальной ориентации. Депрессия вероятнее всего диагностируется и ассоциируется с присутствием личностных расстройств и низкой кажущейся социальной поддержкой. Следует отметить факт, что риск самоубийства у ВИЧ инфицированных выше, чем у населения в целом. Пик суицидальных намерений и попыток приходится примерно на период через 1–2 года после постановки диагноза ВИЧ-инфекции [12, 23, 26, 30, 33].

Тревога представлена у 4–19% ВИЧ-инфицированных больных [28, 31, 40]. Согласно [24], особенность развития тревожного расстройства у ВИЧ-инфицированных связана с осознанием больными риска заражения других, идентификацией их окружающими как гомосексуалистов или наркоманов. Тревога сопровождается ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, идеями самообвинения или чувством безысходности и гнева, направленного на врачей и связанного с их беспомощностью в плане лечения заболевания. Это особенно характерно для больных, находящихся на длительном лечении в психиатрическом стационаре.

Для клинических проявлений ВИЧ-инфицированности также весьма характерны обсессивно-компульсивные расстройства [34]. Они возникают у больных либо как реакция на факт носительства ВИЧ-инфекции, либо на фоне депрессивных переживаний. В этой связи у больных отмечаются многочасовые обследования своего тела в поисках специфической, «нестественной» сыпи или подозрительных пятен, постоянные мысли о смерти, самом процессе умирания, навязчивые воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение. Навязчивые опасения касаются и возможности случайного заражения родственников бытовым путем.

Среди психотических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных описаны случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов, стойкие гипоманиакальные и маниакальные состояния, делириозные нарушения. Ряд авторов [20, 26, 46] к потенциальным предикторам развития психотического состояния относят отягощенный по психическим заболеваниям семейный анамнез, сниженные когнитивные функции больных и отсутствие специфического противовирусного лечения.

Подобные психотические состояния могут длиться годами, предшествуют признакам органического поражения головного мозга, характерного для СПИДа. В связи с этим вполне обоснованно поднимается вопрос о проведении специальных анализов на ВИЧ-носительство в психиатрических клиниках при наличии аналогичных психотических расстройств у больных из группы риска [26, 31, 46, 47].

Частота психозов у ВИЧ-инфицированных в точности неизвестна; по разным оценкам она составляет от 0,2 до 15% [43, 46].

Эндогенные психозы развиваются независимо от ВИЧ-инфекции и связаны непосредственно с психическим заболеванием (шизофренией, шизофреноподобным психозом, кратковременным психотическим расстройством). Типичные симптомы – бред, галлюцинации, дезорганизация речи, грубая дезорганизация поведения или кататония. Считается, что в основе предрасположенности или повышенной уязвимости к нарушениям психики лежат генетические и психосоциальные факторы. Поэтому ВИЧ, будучи патогенным для центральной нервной системы, может спровоцировать психоз у предрасположенных к нему лиц [10, 24, 47].

У ВИЧ-инфицированных причиной острого психоза экзогенной природы с выраженными галлюцинациями и бредом в клинической картине могут быть оппортунистические инфекции, в частности токсоплазмоз [48], прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, цитомегаловирусная энцефалопатия и различные микозы, новообразования головного мозга (лимфома), ВИЧ-энцефалопатия, а также метаболические нарушения или лекарственные препараты и их взаимодействия [39, 42].

Развитие органического поражения головного мозга в течение нескольких недель или месяцев заканчивается развитием слабоумия с психомоторной ретардацией, судорожными припадками, мутизмом, нарушениями сознания, недержанием мочи и кала, комой. Многие психопатологические расстройства СПИДа по содержанию похожи на переживания больных онкологическими заболеваниями в терминальной стадии. Это позволяет говорить об универсальности психопатологического реагирования при тяжелом и неизлечимом заболевании [23].

Судороги при ВИЧ-инфекции являются частым клиническим признаком оппортунистических вирусных и грибковых инфекций и новообразований, СПИД-дементного синдрома. Так, при токсоплазмозе мозга судороги отмечают у 15–40% больных, при первичной лимфоме мозга у 15–35%, при криптококковом менингите – у 8% [42, 48], при СПИД-дементном комплексе – у 7–50% больных. Реже их наблюдают при туберкулезном поражении мозга, серозном менингите, прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии. При отсутствии другой очаговой симптоматики судороги могут быть проявлением цитомегаловирусной инфекции. Тяжелые метаболические расстройства при гипоксии, почечной и печеночной недостаточности, токсическое действие лекарственных средств также могут вызывать судороги при ВИЧ-инфекции.

Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (HIV dementia) – расстройства, характеризующиеся когнитивным дефицитом, отвечающие критериям клинической диагностики деменции, при отсутствии сопутствующего заболевания или состояния, кроме инфицирования ВИЧ, которые могли бы объяснить клинические данные. Деменция при ВИЧ-инфекции обычно характеризуется жалобами на забывчи-

вость, медлительность, трудности в концентрации внимания и трудности в решении задач и чтении. Часто имеют место апатия, снижение спонтанной активности и социальная отгороженность. В некоторых случаях заболевание может выражаться в атипичных аффективных расстройствах, психозах или полиморфных припадках [34]. Неврологическое обследование обнаруживает дизартрию, тремор, нарушение быстрых повторных движений, нарушения координации, атаксию, генерализованную гиперрефлексию, лобное растормаживание и нарушение глазодвигательных функций, а также хореоформные явления. Деменция при ВИЧ-инфекции обычно, но не обязательно, быстро прогрессирует (в течение недель, месяцев) до уровня глобальной деменции, мутизма и смерти [22].

СПИД-дементный синдром – симптомокомплекс, синонимом которого является ВИЧ-энцефалопатия (AIDS-dementia complex, HIV encephalopathy), обусловлен поражением ЦНС на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. В сущности это подкорковая деменция, которая развивается от нескольких недель до месяца приблизительно у 20% пациентов с развитием СПИДа (болезни) [11, 24, 36]. Факторами риска, повышающими возможность развития симптоматики вышеуказанного комплекса, являются необъяснимые мания и судорожные припадки, когнитивная дефицитарность, пожилой возраст, пониженный уровень гемоглобина, высокие вирусологические показатели и сниженный уровень CD4 клеток в крови, психомоторная заторможенность в психологических тестах, повышение концентрации в плазме $\beta 2$ -микроглобулина, в том числе аполипопротеина Е. Факторы, соответственно снижающие указанный риск – саркома Капоши (!), адекватная антиретровирусная терапия, изначально высокий уровень IQ и долгосрочное качественное образование [13]. Так, психологическое тестирование показывает, что ВИЧ-инфицированные более замкнуты, эмоционально неустойчивы, непостоянны, подозрительны, эгоцентричны, тревожны и ранимы, впечатлительны, напряжены и фрустрированы. ВИЧ-инфицированные более недисциплинированы и импульсивны, чем контактные по ВИЧ-инфекции, у них определяются более низкие показатели интеллекта [1].

Дементный комплекс у ВИЧ-инфицированных больных в психическом статусе характеризуется низкой концентрацией внимания, забывчивостью и рассеянностью, замедлением мыслительных процессов, неустойчивой (шаткой) походкой, неповоротливостью (неуклюжестью), мочевым недержанием, колебаниями настроения и апатией. Вышеописанная симптоматика может сопровождаться миелопатией, судорожными припадками полиморфного характера и двигательными расстройствами (дискинезиями) [23], в том числе тревожной депрессией, сопровождающейся гипоманией.

Ретровирус HTLV-III, поражающий Т-хелпер лимфоциты с гибелью последних, приводит к

исчезновению ответа организма на внедрение инфекционных агентов, активизации бактериальных, грибковых и вирусных инфекций [48], в основном в силу нейротропности поражает центральную нервную систему, в частности – головной мозг (токсоплазмоз, криптококковый менингит, лимфома) [49]. Клинические проявления у ВИЧ-инфицированных больных являются следствием «острой» энцефалопатии, ассоциированной с недоугомоением, изменениями настроения и судорожными припадками. Начальные признаки деменции могут проявляться повышенной сонливостью, снижением либидо, изменениями в аффективной сфере и нарушениями когнитивных функций (неврологический статус без патологических изменений, на ЭЭГ верифицируется билатеральная медленная активность, МРТ выявляет атрофию и перивентрикулярное поражение вещества головного мозга, снижение уровня белых клеток и белка в ликворе). Снижение уровня Т4-лимфоцитов менее 400 на мкл/мл ($0,4 \times 10^9$ /л) приводит к прогрессированию энцефалопатии [13].

Главным признаком СПИД-дементного комплекса является постепенное нарушение когнитивных функций. Появляющиеся на ранних стадиях СПИД-дементного комплекса нарушение внимания и сосредоточения, ухудшение памяти, затруднение при чтении и решении сложных задач прогрессируют, напоминая симптомы депрессии или переутомления [44]. Снижению интеллекта сопутствуют двигательные и поведенческие нарушения. При поражении спинного мозга мышечный тонус повышен, сухожильные рефлексы усилены. В терминальной стадии СПИД-дементного комплекса развивается недержание мочи и кала, у ряда больных наблюдают вегетативное состояние (табл.2) [22, 44].

Основное клиническое проявление СПИД-дементного синдрома – прогрессирующее снижение интеллекта [23, 24, 33]. Точная причина развития этого состояния при ВИЧ-инфекции неизвестна. Одним из факторов нарушения функции ЦНС, очевидно, является прямое повреждающее действие ВИЧ. Ретровирус HTLV-III выявляют преимущественно в многоядерных гигантских клетках, макрофагах и клетках микроглии. Основные гистологические изменения обнаруживают в подкорковых структурах. Поэтому клинические проявления СПИД-дементного комплекса сходны с болезнью Паркинсона, для которой также характерно поражение подкорковых структур. Часто СПИД-дементный комплекс [15] сопровождается вакуолярной миелопатией, в ряде случаев наблюдают диффузное или очаговое поражение белого вещества с перерождением его в губчатую структуру.

СПИД-дементный комплекс при ВИЧ-инфекции, как правило, развивается на фоне вирусных и грибковых инфекций в стадии вторичных заболеваний [42, 48, 49]. По литературным данным отечественных и западных авторов первым проявлением ВИЧ-инфекции в 3–15% случаев является СПИД-демент-

Таблица 2

Стадии СПИД-дементного комплекса

Стадии	Симптомы
Стадия 0.	Двигательная активность и когнитивные функции не нарушены.
Стадия 0,5. Субклиническая	Симптомы заболевания отсутствуют, клинически могут наблюдаться хоботковый рефлекс, замедленное движение глаз и рук; походка и мышечный тонус без изменений.
Стадия 1. Лёгкие нарушения	Основные профессиональные навыки и способности к самообслуживанию сохранены, начинают появляться признаки нарушения двигательной активности и когнитивных функций, которые могут обнаруживаться при специализированном психиатрическом исследовании; наблюдаются незначительные нарушения походки.
Стадия 2. Нарушения средней тяжести	Способность к выполнению более сложных бытовых задач и профессиональных обязанностей нарушена; способность к самостоятельному передвижению утрачена не до конца, при передвижении необходима опора.
Стадия 3. Тяжёлые нарушения	Тяжёлое нарушение когнитивных функций: больной не способен следить за новостями, запоминать события, касающиеся его лично, не может поддерживать разговор, наблюдается выраженная заторможенность; нарушена двигательная активность, неспособность передвигаться без посторонней помощи, движения больного замедлены, нарушена координация движений рук.
Стадия 4. Финальная	Состояние близкое к вегетативному с полной утратой интеллектуальных способностей, распад личности; речь почти отсутствует; наблюдается нижний парапарез или параплегия, недержание мочи и кала.

ный комплекс. Выраженный дементный синдром наблюдается приблизительно у 25% больных СПИД-Дом, тяжесть его усугубляется с прогрессированием иммуносупрессии на фоне снижения уровня CD4 лимфоцитов менее $0,2 \times 10^9$ клеток на литр [4, 45].

Для диагностики СПИД-дементного комплекса необходимо тщательное изучение психического статуса ВИЧ-инфицированных. Это исследование более информативно при проведении его в динамике на разных стадиях ВИЧ-инфекции [24]. Компьютерная и магнитно-резонансная томография позволяют обнаружить атрофические изменения в головном мозге. В спинномозговой жидкости больных СПИД-дементным комплексом обнаруживают незначительное повышение количества клеток и концентрации белка [51]. Эти изменения не являются специфичными, поэтому при их наличии необходимо исключить вирусные и грибковые инфекции или новообразования. Из спинномозговой жидкости часто выделяют ВИЧ, определяют повышение концентрации $\beta 2$ -микроглобулина, опухолевых факторов некроза, неоптерина, хинолиновой кислоты и провоспалительных цитокинов, активизирующих N-метил-D-аспартат рецепторы клеток серого вещества головного мозга. Окончательно роль этих факторов и медиаторов в патогенезе СПИД-дементного комплекса не выяснена [14,17,38].

Согласно классификации МКБ-10 у ВИЧ-инфицированных больных встречаются относительно самостоятельные диагностические категории:

1) F06.74 – легкое когнитивное расстройство в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

2) F06.814 – другие психотические расстройства в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

3) F06.824 – другие непсихотические расстройства в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

4) F06.914 – неуточненные психотические расстройства в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

5) F06.924 – неуточненные непсихотические расстройства в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

6) F06.994 – неуточненные психические расстройства в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

7) F07.04 – расстройство личности в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

8) F07.84 – другие органические расстройства личности и поведения в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);

9) F07.94 – неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

Приведённые в настоящей работе данные показывают актуальность изучения разнообразных психических нарушений при ВИЧ-инфекции. Высокая частота психических расстройств в группе ВИЧ-инфицированных подчёркивает важность диагностики, лечения и преемственности ведения этих больных. Ясно, что своевременно начатая адекватная антиретровирусная терапия (азидотимедин, дидезоксициллин, фосфонофамат, зидовудин) будет способствовать снижению темпов нарастания мнестико-интеллектуальных нарушений (деменции) при ВИЧ-инфекции, а назначение атипичных антипсихотических препаратов (кветиапин, рисперидон, оланзапин) – уменьшать риск развития побочных экстрапирамидных эффектов при лечении сопутствующих психозов.

Вместе с тем, до конца не ясно какие факторы, помимо иммунологических, имеют значение для развития СПИД-дементного комплекса, и что предопределяет всё многообразие приведённых выше диагностических категорий психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных. Наряду с этим также не ясно, как меняется течение эндогенных заболеваний в условиях ВИЧ инфекции. Речь идёт о неопределённости прогноза течения, терапии, социальной адаптации у ВИЧ-инфицированных больных с эндогенными психозами.

Очевидно, что все перечисленные вопросы должны стать предметом специальных исследований в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородинкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: Типология, динамика, реабилитация: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Кемерово, 2005. 23 с.
2. Гавенко В.Л., Битенский В.С. Психиатрия и наркология: Учебник. К.: Медицина, 2009. С. 199–204.
3. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Распространённость и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т. 2, N 2.
4. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и соавт. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: Практическое руководство для врачей-интернов, студентов, клинических ординаторов и врачей всех специальностей. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. С. 26–31.
5. Adler M.W. ABC of AIDS. Development of the epidemic // Br. Med. J. 1987. Vol. 294. P. 1083–1085.
6. Anderson M. Virus infections of the nervous system // Brain's Diseases of the Nervous System, 10th edn, ch.9. Oxford: Oxford University Press, 1993.
7. Angelini L., Zibordi F., Triulzi F. et al. Age-dependent neurologic manifestations of HIV infection in childhood // Neurol. Sci. 2000. Vol. 21. P. 135–142.
8. Asare E.K., Glass J.D., Luthert P.J. et al. Neuronal pattern differences in HIV-associated dementia // Neuropathol. Applied Neurobiol. 1995. Vol. 151. P. 21.
9. Atkinson J.H., Heaton K.K., Patterson T.L. et al. Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men // J. Affect. Dis. 2008. Vol. 108. P. 225–234.
10. Becker J.T., Lopez O.L., Dew M.A., Aizenstein H.J. Prevalence of cognitive disorders as a function of age in HIV virus function // AIDS. 2004. Vol. 18, Suppl.1. P. 511–518.
11. Bell J.E., Bussuttil A., Ironside J.W. et al. Human immunodeficiency virus and the brain: investigation of virus load and neuropathologic changes in pre-AIDS subjects // J. Infectious Diseases. 1993. Vol. 168. P. 818–824.
12. Bell J.E., Brettle R.P., Chiswick A., Simmonds P. HIV encephalitis, proviral load and dementia in drug users and homosexual with AIDS. Effect on neocortical involvement // Brain. 1998. Vol. 121. P. 2043–2052.
13. Brew B.J. HIV Neurology. Oxford University Press, 2001. P. 64–90.
14. Brew B.J., Pemberton L., Cunningham P. et al. Levels of HIV-1 RNA correlate with AIDS dementia // J. Infection Dis. 1997. Vol. 175. P. 963–966.
15. Budka H. Neuropathology of human immunodeficiency virus infection // Brain Pathology. 1991. Vol. 1. P. 163–175.
16. Carrico A.W., Johnson M.O., Morin S.F. et al. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons // AIDS. 2007. Vol. 21. P. 1199–1203.
17. Chang L., Ernst T., Leonido-Yee M. et al. Cerebral metabolites correlate with clinical severity of HIV-cognitive motor complex // Neurology. 1999. Vol. 52. P. 100–108.
18. Childs E.A., Lyler R.H., Selnes O.A. et al. Plasma viral load and CD4 lymphocytes predict HIV-associated dementia and sensory neuropathy // Neurology. 1999. Vol. 52. P. 607–613.
19. Cummings J.L., Benson D.F. Dementia: A Clinical Approach, 2nd edition. London: Butterworths, 1992.
20. De Ronchi D., Faranca I., Forti P. et al. Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection // Int. J. Psychiatry Med. 2000. Vol. 30. P. 173–183.
21. Dunbar N., Brew B.J. Neuropsychological dysfunction in HIV infection: a review // J. NeuroAIDS. 1996. Vol. 1, N 3. P. 73–102.
22. Einsiedel R.W. von, Berger T., Weisbrod M. et al. HIV-Patienten mit psychiatrischen Krankheiten. Behandlungsstrategien und Medikamenteninteraktionen // Nervenarzt. 2001. Vol. 72. P. 204–215.
23. Feinberg T.E., Farah M.J. Behavioral neurology and neuropsychology. 2nd edition. Part 7. 2003. Ch. 50. P. 629–637.
24. Fernandez F. Neuropsychiatric aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection // Curr. Psychiatry Reports. 2002. Vol. 4. P. 228–231.
25. Foster R., Olajide D., Everall I.P. Antiretroviral therapy-induced psychosis: case report and brief review of the literature // HIV Medicine. 2003. Vol. 4. P. 139–144.
26. Foster R., Taylor C., Everall I.P. More on abacavir-induced neuropsychiatric reactions // AIDS. 2004. Vol. 18. P. 24–49.
27. Haller D.L., Miles D.R. Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of live // AIDS Behav. 2003. Vol. 7. P. 101–108.
28. Justice A.C., McGinnis K.A., Atkinson J.H. et al. Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study // AIDS. 2004. Vol. 18, Suppl.1. P. 49–59.
29. Kalichman S.C., Heckman T., Kochman A., Sikkema K., Bergholte J. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS // Psychiatr. Serv. 2000. Vol. 51. P. 903–907.
30. King M.B. Psychological status of 192 out-patients with HIV infection and AIDS // Br. J. Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 237–242.
31. King M.B. AIDS, HIV and Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
32. Lishman's organic psychiatry: a textbook of neuropsychiatry / A.David et al. (Eds.). 4th Edition. Part 2. 2009. Ch. 7. P. 397–472.
33. Low-Beer S., Clan K., Hogg R.S. et al. Depressive symptoms decline among persons on HIV protease inhibitors // J. Acquired Immune Defic. Syndrome. 2000. Vol. 23. P. 295–301.
34. Lyketsos C.G., Hanson A.L., Fishman M. et al. Screening for psychiatric disorders in an HIV medical clinic: the importance of a psychiatric presence // Int. J. Psychiatry. Med. 1994. P. 103–113.
35. Maschke M., Kastrup O., Esser S. et al. Incidence and prevalence of neurological disorders associated with HIV since the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) // J. Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2000. Vol. 69. P. 376–380.
36. Marzuk P.M. Suicidal behavior and HIV illness // Int. Rev. Psychiatry. 1991. Vol. 3. P. 365–371.
37. Marzuk P.M., Tierney H., Tardiff K. et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS // J. Am. Med. Association. 1988. Vol. 259. P. 1333–1337.
38. Navia B.A., Lee P.L., Chang L. et al. Metabolite changes in the basal ganglia provide a signature for the AIDS dementia complex: a multicenter proton magnetic resonance study // Neurology. 1999. Vol. 52. P. (S2): A253.
39. Offiah C.E., Turnbull I.W. The imaging appearances of intracranial CNS infections in adult HIV and AIDS patients // Clin. Radiol. 2006. Vol. 61. P. 393–401.
40. Pence B.W., Miller W.C., Whetten K. et al. Mental disorders common among HIV-infected patients // J. Acquired Immune Deficit Syndrome. 2006. Vol. 42. P. 298–306.
41. Perkins D.O., Stern R.A., Golden R.N. et al. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonpender of the AIDS epidemic // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 223–236.
42. Sewell D. Schizophrenia and HIV // Schizophr. Bull. 1996. Vol. 22. P. 465–473.
43. Sejvar J.J. The evolving epidemiology of viral encephalitis // Curr. Opin. Neurol. 2006. Vol. 19. P. 350–357.
44. Sitdis J.J. et al. Стадии СПИД-дементного комплекса, 1990.
45. Shader R.I., Kennedy J.S. Biological treatments / H.I.Kaplan, B.J.Sadock (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989. Vol. 2. P. 2037–2049.
46. Thomas C.S., Szabadi E. Paranoid psychosis as the first presentation of a fulminating lethal case of AIDS // Br. J. Psychiatry. 1987. Vol. 151. P. 693–695.
47. Treisman G.J., Fishman M., Lyketsos C.G., McHugh P.R. Evaluation and treatment of psychiatric disorders associated with HIV infection // HIV, AIDS and the Brain, Ch.13. Association for Research in Nervous and Mental Disease, Vol.72 / R.W. Price, S.W. Perry (Eds.). New York: Raven Press, 1994.
48. Treisman G.J., Angelino A.F., Hutton H.E. Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection // J. Am. Med. Association. 2001. Vol. 286. P. 2857–2864.
49. Wang F., So Y., Vittinghof E. et al. Incidence, proportion and risk factors for AIDS patients diagnosed with HIV dementia, central nervous system toxoplasmosis and cryptococcal meningitis // J. Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology. 1995. Vol. 8. P. 75–82.
50. Yeung H., Krentz H.B., Gill M.J., Power C. Neuropsychiatric disorders in HIV infection: impact of diagnosis on economic costs of care // AIDS. 2006. Vol. 20. P. 2005–2009.
51. Yiannoutsos C.T., Ernst T., Chang L. et al. Regional patterns of brain metabolites in AIDS dementia complex // Neuroimage. 2004. Vol. 23. P. 928–935.

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Д. А. Полянский, В. В. Калинин

Приведенные в настоящей работе литературные данные показывают актуальность изучения разнообразных психических нарушений при ВИЧ-инфекции. Представлены данные по различным категориям психических нарушений у больных с ВИЧ-инфекцией. Также рассматриваются данные по снижению иммунных показателей (Т-лимфоциты типа CD4) в происхождении деменции при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД). Своевременно начатая адекватная антиретровирусная терапия способствует снижению темпов нарастания деменции при ВИЧ-инфекции. Вместе с тем не ясно, какие факторы помимо иммунологических, имеют значение для

развития СПИД-дементного комплекса, и что предопределяет всё многообразие приведённых диагностических категорий. Не ясно также, как меняется течение эндогенных заболеваний в условиях ВИЧ инфекции. Речь идёт о неопределённости характера течения психических нарушений, их терапии, прогноза и социальной адаптации у ВИЧ-инфицированных больных с эндогенными психозами. Очевидно, что все перечисленные вопросы должны стать предметом специальных исследований в будущем.

Ключевые слова: психические нарушения у ВИЧ-инфицированных больных, СПИД-дементный комплекс, антиретровирусная терапия.

MENTAL DISORDERS IN HIV-INFECTED PATIENTS

D. A. Polyansky, V. V. Kalinin

Current literature emphasizes the importance of studying various mental disorders that occur in HIV-infected persons. This article contains the data on different categories of mental disorders found in people living with HIV. It also considers the data concerning specific immune changes (T-lymphocytes CD4) and their role in development of AIDS-related dementia. Timely and adequate antiretroviral therapy can restrain the tempo of dementia development in HIV-infection. However, it is not quite clear which other factors besides immunological ones play a role in the development of AIDS-related dementia and what underlies the variability of diag-

nostic categories involved. Another question is whether the course of endogenous disorders changes or not in HIV-infected patients, and if it does, then what is the character of these changes. Specifically, there are questions that have to do with uncertainties about the course of mental disorders, their treatment, prognosis and social adjustment of HIV-infected patients with endogenous psychoses. The mentioned questions should become the subjects of special research in the future.

Key words: mental disorders in HIV-infected patients, AIDS-related dementia, antiretroviral therapy.

Полянский Дмитрий Алексеевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: dmi2792@yandex.ru

Калинин Владимир Вениаминович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела экзогенно-органических расстройств и эпилепсии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: doct.kalinin@mail.ru