

На правах рукописи

НОВИКОВ ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
(типология, клиника, динамика)**

14.01.06 – «Психиатрия» (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва - 2018

Работа выполнена в Федеральном Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор

Хритинин Дмитрий Федорович

Официальные оппоненты:

Артемьева Марина Станиславовна - доктор медицинских наук, профессор, Медицинский институт Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов», Министерства образования и науки Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии, профессор кафедры

Калинин Владимир Вениаминович - доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение экзогенно-органических расстройств и эпилепсии, руководитель отделения

Петрова Наталия Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации, кафедра психиатрии и наркологии, заведующая кафедрой

Ведущая организация:

«Научно-исследовательский институт психического здоровья» Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Защита состоится «__» _____ 2019 года в __ часов на заседании диссертационного совета Д208.041.05 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 115419, г. Москва, ул. Донская, 43.

Почтовый адрес: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России по адресу: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2018 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность и степень разработанности темы исследования

Россия вступила в эпидемию ВИЧ-инфекции более 25 лет назад, в сложный социально-исторический период 90-х годов, что во многом определило развитие эпидемии [Беляков Н.А., 2016, Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., 2015]. Уже в 1987 году под руководством академика В.И. Покровского тщательно анализируется первый случай ВИЧ-инфекции в СССР [Покровский В.И., Покровский В.В. и др.]. У больного выявлено наличие психических и личностных расстройств [Хритинин Д.Ф., 1995, 2005]. Активное исследование психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных в 90-х годах XX века [Коркина М.В., Мариллов В.В. и др. 1989, Беляева В.В., Покровский В.В., Ручкина Е.В. 1990, 1993, Хритинин Д.Ф., 1995] свидетельствовало о несомненной актуальности изучаемой проблемы, наблюдался их лавинообразный рост в связи с тем, что ВИЧ-инфекция приобрела характер пандемии, которую академик В.В. Покровский по тяжести и жертвам ставил в один ряд с мировыми войнами [Покровский В.В., 1996]. Исторические реалии изменились, однако на протяжении последнего десятилетия также наблюдается ежегодный прирост инфицированных от 6 до 16% [Скворцова В.И., 2015], выход эпидемии в социально благополучные слои населения при сохранении роста заболеваемости в уязвимых группах [Беляков Н.А. и др., 2012, Рыбалко В.О. и др., 2015]. Учитывая, что ПИН основу уязвимых групп составляют потребители инъекционных наркотиков (ПИН), а общая летальность при наркоманиях в 30 раз выше средней [Барденштейн Л.М., 2013] даже вне учета инфицирования и развития ВИЧ-ассоциированных психических расстройств, подобная эпидемическая ситуация актуализирует их изучение. Необходимо отметить и изменение характера ВИЧ-инфекции в связи со сменой субтипа ВИЧ, наличием этиотропной терапии, новыми социальными условиями, иным возрастным и половым составом ВИЧ-инфицированных [Беляков Н.А. и др., 2012, Виноградова Т.Н., Сизова Н.В., 2014, Хритинин Д.Ф., 2016], что диктует необходимость исследования психических расстройств у ВИЧ-позитивных лиц с учетом их

патоморфоза. При этом изучение этих расстройств, на наш взгляд, необходимо строить комплексно, используя отработанные в процессе эволюции национальной психиатрии принципы дифференциальной диагностики [Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2011] в сочетании с многофакторной этиопатогенетической оценкой [Коцюбинский А.П. и др. 2013] что позволит выявить их биопсихосоциальную природу.

Весь объем научных исследований, проведенных до настоящего времени, позволяет говорить о том, что психические нарушения, наблюдающиеся при ВИЧ-инфекции, широко распространены (90% по данным О.Г. Сыропятова с соавт. (2013)), включают в себя практически весь спектр психического реагирования, могут быть манифестными клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, способствуют выходу больных из программ терапии [Pinheiro С.А. et al., 2016, Рыбалко В.О., 2013], что обуславливает необходимость изучения особенностей диагностики и лечения психических расстройств ВИЧ-инфицированных. На наш взгляд ВИЧ-инфекция, являясь социально и биологически злокачественным феноменом обуславливает развитие психогенных и органических психических расстройства на определенном преморбидном личностном фоне. Органические психические расстройства развиваются вследствие как прямого поражения вирусом иммунодефицита человека центральной нервной системы [Беляков Н.А., 2012, Гайсина А.В., 2016, Яковлев Н.А. 2005, Garvey L. et al.], так и соматогенного влияния вторичных и сопутствующих заболеваний, связанных с иммуносупрессией [Рассохин В.В., 2014]. Они наблюдаются и при успешной, актуальной на сегодняшний день, этиотропной терапии [Vassallo M. et al., 2009, Valcour V. et al., 2011] и представляют собой континуум от бессимптомных ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств или легкого когнитивного расстройства до расстройств органической природы с шизофреноподобной, бредовой, галлюцинаторной, аффективной симптоматикой, делирием и аментивным помрачением сознания [Коркина, М.В. и др. 1989, Покровский В.В., Беляева В.В., 1994, Халезова Н.Б. и др. 2014, Хритинин Д. Ф., 2005, Alciati A. et al., 2001 Grehl H., Kaschka

W.P., 1994] и ВИЧ-деменции [Гайсина А.В. и др., 2014, Гурская О.Е. и др., 2012, Рассохин В.В. и др., 2013, Brew B.J., 2004]. Отметим, что зарубежные авторы, описывая ВИЧ-деменцию, включают в это понятие наряду с собственно глубокими дементными изменениями легкие когнитивные нарушения, имеющиеся на начальных стадиях заболевания, психотические расстройства в виде делирия или галлюцинаторно-бредовой симптоматики [Mah L., Desrosiers P., 1999, Raez L. et al., 1999]. Подобные искажения устранимы при четкой типологизации ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.

Работы, посвященные психогенным расстройствам, подробно рассматривали их во всем многообразии – от легких расстройств адаптации до психотических расстройств и суицидального поведения [Беляева В.В., 1999, Бешимов А.Т., 2006, Гречаный С.В., 2013, Кольцова О.В. и др., 2013, Рыбалко В.О. и др., 2015, Филиппова О.В., 2012, Хритинин Д.Ф., Агедеу Мелькаму, 2004, Ammassari A. et al., 2004]. Оценена степень социальной травматизации больных ВИЧ-инфекцией [Киселев М.Ю., 1999, Шаболтас А.В. и др., 2012, Abelhauser A., 2001], особенности их психической дезадаптации [Беляева В.В., 1999, Улюкин, И.М., 2000].

ВИЧ-инфекция чаще поражает лиц «высокого поведенческого риска», чьи личностные, поведенческие особенности и социальные характеристики также были изучены [Бузина Т.С., 2016, Вартапетова, Н. В. 2014, Виноградова Т.Н., 2014, Плавинский С.Л. и др., 2012, Левина О.С., Рыбников В.Ю., 2013, Сафонова П.В., 2017].

Несмотря на неослабевающий научный интерес к проблеме психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, необходимо решить еще целый ряд вопросов. Мы видим существенные расхождения в оценке распространенности психических нарушений, обусловленных ВИЧ-инфекцией – от 38% до 90% [Бешимов А.Т., 2006, Гайсина А.В., 2016, Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007, Сыропятов О.Г. и др., 2013, Рыбалко В.О. и др., 2015, Халезова Н.Б. и др. 2014, Simioni S. et al., 2010, Valcour V., 2011], отсутствие единообразия клинической оценки [Евтушенко С.К., Деревянко, И.Н., 2003, Fernandez, F., 2002]. Целый

ряд исследований психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, направлен на глубокое изучение отдельных групп психических расстройств [Беляева В.В., 1993, 1997, Бородкина О.Д., 2005, Жабенко Н. Ю., 2012, Филиппова О.В., 2012, Mah L., Desrosiers P., 1999], либо на специфические выборки [Бородкина О.Д., 2003, Калинин В.В. Крылов О.Е., 2015, Полянский Д.А, Калинин В.В., 2016, 2017, Син И.Г., 2002, Чумаков Е.М., Петрова Н.Н. и др., 2016]. При этом остаются открытыми вопросы времени их характера манифестации психических расстройств [Гайсина А.В. и др., 2014, Чумаков Е.М., 2016], их ранней диагностики [Гайсина А.В., 2016, Гурская О.Е., 2013, В.В. Рассохин и др., 2013], современных клинических особенностей [Беляков Н.А., 2011], патофизиологического и патокинетического взаимовлияния при коморбидности [Петрова Н.Н., Чумаков Е.М., 2017].

Такое количество нуждающихся в решении вопросов, диктует необходимость дальнейшего изучения ВИЧ-ассоциированных психических расстройств, что несомненно актуально как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Цель исследования Выявление современных клинико-динамических особенностей психических расстройств, наблюдающихся при ВИЧ-инфекции, с использованием биопсихосоциального подхода и разработка основных методологических принципов диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические особенности психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией с учетом их патоморфоза и провести их клинико-психопатологическую дифференциацию.
2. Выяснить преморбидные характеристики ВИЧ-инфицированных с ассоциированными психическими расстройствами.
3. Представить механизмы развития ВИЧ-обусловленных психических расстройств.

4. Установить закономерности течения ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.
5. Обнаружить факторы, влияющие на развитие и течение психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных пациентов.
6. Разработать методологические подходы к диагностике и лечению психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-позитивных больных.

Научная новизна исследования

Впервые на репрезентативном клиническом материале проведено системное комплексное исследование и типологическое дифференцирование психических расстройств, встречающихся у ВИЧ-инфицированных с учетом их патоморфоза. Определено, что ВИЧ-ассоциированные психические расстройства являются единым биопсихосоциальным феноменом, основой формирования которого является патологический синергизм биологических, психологических и социальных факторов. Найдена связь биопсихосоциальных факторов между собой, их роль в развитии и психических нарушений и низкой приверженности лечению. Выявлены клинико-динамические характеристики современных ВИЧ-обусловленных психических расстройств.

Выявлены закономерности формирования, стереотипы течения, ВИЧ-обусловленного психоорганического синдрома, его место среди психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией. Определены основные этапы клинической динамики и закономерности синдромокинеза психической патологии, обусловленной ВИЧ-инфекцией.

Предложены и обоснованы методологические подходы к персонифицированной диагностике и лечению ВИЧ-ассоциированных психических расстройств, разработана «Шкала клинико-динамической интегративной оценки ВИЧ-ассоциированных психических расстройств».

Теоретическая и практическая значимость исследования

Данные исследования значительно дополняют существующие в настоящее время представления о закономерностях формирования и динамики ВИЧ-

ассоциированных психических расстройств, что повышает возможности их своевременной диагностики и прогноза дальнейшего развития. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе врачей - психиатров ПНД и стационаров, с целью обеспечения индивидуальной диагностики и лечения психических расстройств, имеющих у ВИЧ-инфицированных пациентов, а также в работе врачей общесоматической сети и центров по профилактике и борьбе со СПИДом, для решения диагностических, лечебных, прогностических и социально-реабилитационных задач и для проведения профилактических мероприятий.

Методология исследования

Общенаучная методология исследования базировалась на системном принципе изучения смешанной психической патологии в рамках биопсихосоциального подхода. Структурно-функциональный подход, заключался в выделении структурных элементов, определении их взаимосвязей и роли в общей клинической картине, как в статике, так и в динамике исследуемых психических расстройств.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Психические расстройства, наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных в своем большинстве, являются смешанными. Последовательность их становления и нозологическая структура связаны с неблагоприятным преморбидным фоном больных и особенностями течения ВИЧ-инфекции.

2. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции выявленные группы невротических, органических и личностных расстройств клинически разнообразны и наблюдаются как в монформе, так и в сочетаниях, однако в процессе ее динамики наблюдаются только смешанные формы психической патологии.

3. Негативная динамика психических расстройств связана с развитием психоорганического синдрома, способствующего формированию их эквивалентности на отдаленных этапах.

4. Выявленные клинико-динамические характеристики психических расстройств у ВИЧ-инфицированных способствуют своевременной диагностике,

прогностической оценке и важны для осуществления лечения по разработанным методологическим принципам.

Личный вклад автора

Автором определены цель и задачи исследования, проведен анализ литературы по теме диссертационной работы, лично проведено клиникопсихопатологическое обследование 300 пациентов (250 ВИЧ-позитивных), находившихся на обследовании в ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» и Рязанском центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Соискателем самостоятельно проанализированы и обобщены результаты исследования, осуществлена статистическая обработка полученных данных, сформулированы положения и выводы диссертации, разработаны практические рекомендации.

Диссертация написана единолично.

Публикация результатов исследования

По материалам диссертации опубликованы монография «Психические расстройства при ВИЧ-инфекции в XXI веке», учебные пособия для врачей психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов «Клиника и лечение психических расстройств при ВИЧ-инфекции», «Комплексная диагностика нейрокогнитивных расстройств при ВИЧ-инфекции», методические рекомендации «Особенности психофармакотерапии больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами», а также 24 печатные работы, из которых 14 в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Апробация работы

Основные положения диссертации изложены в виде научных докладов:

1. На всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии» посвященной 125-летию клиники психиатрии им. С.С. Корсакова. – Москва, 2012.
2. На втором Российско-Хорватском конгрессе духовной психиатрии. – Москва, 2014.

3. На XVI съезде психиатров России. – Москва, 2015.
4. На всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии». – Санкт-Петербург, 2015.
5. На второй межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы-2016». – Москва, 2016.
6. На межкафедральной конференции ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Рязань, 2017.

Обоснованность и достоверность научных положений

Степень достоверности проведенного исследования обеспечивалась репрезентативным клиническим материалом (300 набл. из них: 173 набл. ВИЧ-инфицированных ПИН, 77 набл. ВИЧ-инфицированных, не являющихся ПИН, 50 набл. ВИЧ-негативных ПИН) и проведением детального клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и феноменологического анализа, использования данных экспериментально-психологических и лабораторно-инструментальных исследований, применением ряда взаимодополняющих статистических методик, позволяющих подтвердить обоснованность и валидность результатов исследования.

Внедрение результатов исследования

Результаты работы используются в учебном процессе на кафедрах психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России в виде материалов для чтения лекций, а также внедрены в диагностическую и лечебную деятельность ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер».

Объем и структура диссертации

Работа состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и списка литературы (379 русскоязычных и 282 источников на иностранном языке). Диссертация изложена на 259 страницах машинописного текста и включает 30 таблиц и 50 рисунков.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базах ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» и Рязанском центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Исследование открытое, сравнительное. Дизайн исследования одобрен комитетом по этике при ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

Исследуемую выборку составили 250 ВИЧ-инфицированных пациентов с верифицированными в ходе динамического наблюдения ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами, в возрастном интервале от 18 до 50 лет. Средний возраст пациентов на момент обследования составлял $30,6 \pm 6,3$ года, соотношение мужчины: женщины равно 66,4 % : 33,6%.

Критерии включения больных в исследование:

1. Наличие верифицированного диагноза «ВИЧ-инфекция»
2. Возраст от 18 до 50 лет
3. Добровольное и информированное согласие больного
4. Наличие ВИЧ-ассоциированных психических расстройств клинического или суб(пре-)клинического уровня, в том числе в анамнезе, после установления диагноза «ВИЧ-инфекция».

Критерии исключения из материала исследования:

1. Наличие верифицированного психического расстройства (за исключением зависимости от ПАВ) манифестировавшего до установления диагноза «ВИЧ-инфекция»
2. Тяжелое соматическое состояние из-за обострения вторичных и соматических заболеваний
3. Глубокая деменция, выраженные мнестические расстройства которые не позволяют больным адекватно отвечать на вопросы врача и заполнить опросники.

В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции В.И. Покровского [Покровский В.В. и др., 2012] на стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции

(2А,Б,В) находилось 20,4% больных (n=51), на субклинической стадии (3) 34,4% (n=86) и на стадии вторичных заболеваний (4А,Б,В) 45,2% (n=113). Исследуемая группа характеризовалась дисгармоничным воспитанием в родительской семье (80,8%, n=202), профессиональной (63,6%, n=159) и социальной (63,6%, n=159) дезадаптацией. Интеркуррентная соматическая патология была представлена хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) (n=159, 63,6%) полинейропатией (n=9, 3,6%) и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) (n=126, 50,4%).

Из всей когорты ВИЧ-инфицированных 173 человека (69,2%) являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), находящихся в состоянии ремиссии. Их средний возраст составлял $31,79 \pm 2,76$ лет, а опыт первого парентерального употребления наркотиков приходился $18,46 \pm 2,76$ лет. В большинстве случаев (68,8%, 119 человек) на интервал от 15 до 20 лет. Более половины ВИЧ-инфицированных ПИН (n=91, 52,6%) до инфицирования употребляли инъекционные наркотики ежедневно, только 11,5% пользовались индивидуальным инструментарием. Длительность употребления у значительной части респондентов (66,48%, n=115) варьировала от года до шести лет, при этом большинство (78,61%, n=136 человек) практиковали употребление с партнером или в компании. ВИЧ-инфицированные не являвшиеся ПИН (n=77, 30,8%) имели более благоприятный преморбидный фон. Среди обследованных 63,6% (n=159) имели показания (в т.ч. относительные) к этиотропной терапии (ВААРТ), однако получали ее и придерживались назначенных схем чуть более пятой части из них (32 человека), преморбидно более благополучные, что соответствует результатам современных исследований [Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А., 2013, Федяева О.Н, Ющук Н.Д., Сирота Н.А., 2014].

Группу контроля составили 50 ВИЧ-негативных ПИН (потребителей инъекционных наркотиков) сходные по возрасту, половому составу и анамнестическим характеристикам (за исключением наличия инфекций, передающихся половым путем) находящиеся в состоянии ремиссии.

Таблица 1

Сравнительные особенности исследуемой и контрольной групп

	ВИЧ-инфицированные	Группа контроля
Средний возраст	30,6 ± 6,3	29,6 ± 5,7
Половой состав (м:ж)	66,4 % : 33,6%	68% : 32%
Неполная семья	44%	48%
Дефекты воспитания	91,7%	92%
Состоит в браке	20, 4%	36%
Среднее (средне-специальное) образование	88,4%	92%
ХВГ	63,6%	52%
ИППП	50,4%*	18%
полинейропатия	3,6%	4%

Примечание * $p < 0,001$

Основным методами исследования был избран клинический, сочетающий клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Оценивалась как статика, так и динамика психического состояния. Выявлялись особенности анамнеза и преморбидные характеристики которые сопоставлялись с данными клинического наблюдения и дополнялись данными о соматическом состоянии больных. Проводился ретроспективный анализ медицинской документации, позволяющий дополнить клинико-психопатологические данные – катамнестически.

Лабораторные исследования позволяли определить количественный состава субпопуляций лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки, маркеры вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем. Проводилось электроэнцефалографическое (72,8%) и магнитно-резонансное томографическое исследование (39,2%). Психологическое исследование включало в себя осмотр психолога с применением пиктограммы, буквенного варианта корректурной пробы для оценки памяти и внимания. Психометрическая оценка когнитивной сферы проводилась с использованием шкалы краткого исследования психического состояния MMSE батареи тестов оценки лобной дисфункции FAB и теста рисования часов. Уточнение степени выраженности депрессивных и тревожных переживаний производилось при помощи шкал Гамильтона для оценки депрессии и тревоги. Комплексная оценка типа отношения к болезни, как реакции личности на ВИЧ-

инфицирование была проведена с помощью методики психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ».

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием электронных таблиц Microsoft Excel 2013, пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 17.0 и Statistics 10.0. Оценка достоверности результатов исследования при анализе количественных признаков (при их распределении, близком к нормальному) проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок, сравнение распределения качественных признаков с использованием критерия Фишера. Параметры, распределение которых не было приведено к нормальному при логрифмировании оценивались с помощью критерия Манна-Уитни. Для разделения выборки на кластеры применялся кластерный анализ методом k-средних. Для выявления и оценки тесноты связи между двумя рядами сопоставляемых количественных показателей использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Было проведено математическое моделирование формирования течения и диагностики ВИЧ-обусловленных психических расстройств при помощи метода деревьев классификации. Проведено тестирование модели деревом регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Преморбидные особенности больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами

Согласно полученным нами данным, у большинства ВИЧ-инфицированных родители злоупотребляли алкоголем (158 человек, 63,2% от всей когорты и 78,6% от имеющих сведения (против 81,2%, $p > 0,05$), у 104 человек (51,7%) – алкоголем злоупотребляли оба родителя). Сходные показатели наследственной отягощенности ВИЧ-инфицированных с ассоциированными расстройствами и потребителей инъекционных наркотиков объясняются тем, что 69,2 % из них, также были потребителями инъекционных наркотиков. В целом имели опыт употребления различных ПАВ 84,8%. У 70,4% ВИЧ-инфицированных, при выявлении серопози-

тивности к ВИЧ, были обнаружены сопутствующие заболевания: хронические вирусные гепатиты (63,6% против 52%, $p>0,05$) полинейропатия (3,6% против 4%, $p>0,05$) и инфекции, передающиеся половым путем (50,4% против 18%, $p<0,001$). Высокий удельный вес хронических вирусных гепатитов у ВИЧ-инфицированных, как среди основной, так и среди контрольной групп связан с тем, что группа ВИЧ-инфицированных включала 69,2% ПИН. Сравнивая процент ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков мы находим достоверное преобладание хронических вирусных гепатитов (91,9% против 52%, $p<0,001$) у ВИЧ-инфицированных ПИН, за счет гемоконтактного гепатита С (50,9% против 26%, $p<0,001$) и микстовых форм ХВГ (28,3% против 16%, $p<0,05$).

Для анализа причин доминирования хронических вирусных гепатитов в группе ВИЧ-инфицированных ПИН, нами было проведено сравнение особенностей наркопотребления ВИЧ-инфицированных ПИН и ВИЧ-негативных ПИН.

Выяснено, что первый опыт инъекционного употребления наркотиков у ВИЧ-инфицированных приходился на более ранний возраст (от 13 до 17 лет, 46,8% против 26%, $p<0,02$). При сопоставимости длительности регулярного употребления инъекционных наркотиков, ежедневная частота потребления, предшествующая инфицированию достоверно преобладала в группе ВИЧ-позитивных ПИН (52,6% против 12%, $p<0,001$). Они также чаще употребляли ПАВ используя общие шприцы, иглы или раствор наркотика (88,4% против 72%, $p<0,02$), то есть были более склонны к рискованному наркопотреблению.

Инфекции, передающиеся половым путем, также достоверно чаще встречались у всей когорты ВИЧ-инфицированных (50,4% против 18%, $p<0,001$), преобладание было обусловлено большей частотой сифилиса (15,6% против 2%, $p<0,001$) и трихомониаза (6,8% против 0%, $p<0,001$) у всех ВИЧ-позитивных.

Результаты нашего исследования убедительно показывают и большую пораженность ВИЧ-позитивных ПИН (63% против 22,1%, $p<0,001$) инфекциями, передающимися половым путем в сравнении с прочими ВИЧ-инфицированными.

Мы наблюдали большую частоту сочетанных ИППП (20,8% против 8%, $p < 0,01$) и сифилиса (21,4% против 2%, $p < 0,001$). Заметим, что частота ИППП у ВИЧ-инфицированных, которые никогда не принимали ПАВ инъекционно сопоставима с таковой у потребителей инъекционных наркотиков (22,1% против 18%, $p > 0,05$) и даже выше в случае трихомониаза (7,8% против 0%, $p < 0,02$), хотя и ниже в случае микстовых ИППП (0% против 8%, $p < 0,05$), то есть они столь же подвержены поведенческим девиациям в виде склонности к «сексуальному риску», как и потребители инъекционных наркотиков.

Для обоснования этого положения нами было проведено уточнение характеристик сексуального поведения ВИЧ-инфицированных¹.

Таблица 2

Характеристика сексуального поведения ВИЧ-инфицированных

Сексуальное поведение	ВИЧ-инфицированные не являющиеся ПИН (n= 68)		ВИЧ-инфицированные ПИН (n= 150)		ПИН (n= 50)	
	n	%	n	%	n	%
Начало половой жизни (возраст первого контакта)						
12 – 14 лет	21	30,9	80	53,33 ^{*4(*)}	19	38
15 – 17 лет	30	44,1	62	41,33	26	52
18 лет и старше	17	25 ^{*5(*)2}	8	5,33	5	10
Количество постоянных половых партнеров						
1	41	60,3 ^{*5}	54	36	36	72 ^{*5}
2	15	22,1	37	24,7	9	18
3 и более	12	17,6	59	39,3 ^{*5}	5	10
Наличие эпизодических «случайных» половых связей						
Никогда	3	4,4	1	0,7	4	8 [*]
Иногда	62	91,2 ^{*5}	104	69,3	42	84 ^{*2}
Регулярно	3	4,4	45	30 ^{*5}	4	8
Использование презервативов						
Никогда	14	20,6	43	28,7 ^{*4}	3	6
Эпизодически	30	44,1	84	56 ^{*4}	15	30
Часто	24	35,3 ^{*4}	23	15,3	32	64 ^{*5(*)4}

Примечание * приближается к достоверному превышению, ² $p < 0,05$, ³ $p < 0,02$, ⁴ $p < 0,01$, ⁵ $p < 0,001$

88,5% ВИЧ-позитивных начали половую жизнь в несовершеннолетнем возрасте. Выяснено, что вне зависимости от возраста сексуального старта, все ВИЧ-инфицированные склонны к «случайным» половым связям, частота которых возрастает при использовании наркотика, увеличивается у наркопотребителей и ко-

¹ 32 человека отказались от ответов по независящим от автора причинам

личество постоянных половых партнеров. Мы наблюдали у всех ВИЧ-инфицированных рискованное сексуальное поведение, а у ВИЧ-позитивных ПИН – рискованное наркопотребление. Высокая пораженность ИППП и ХВГ в когорте в целом свидетельствует, по нашему мнению, об изначально имеющийся склонности к рискованному поведению (сексуального и связанного с потреблением наркотиков), что подтверждается данными современных исследований [Бузина Т.С., 2016, Виноградова Т.Н., 2014]. Нами найдена 2-сторонняя значимая связь ($n=250$, $r_s = 0,175$, $p=0.01$) между показателями инфицированности ИППП и ХВГ являющимися, по нашему мнению, результирующими сексуальных и наркотических «рисков».

Были ретроспективно исследованы детско-подростковые поведенческие паттерны (соответствующие критериям расстройств поведения в МКБ-10) и выяснено преобладание их рано начинающихся форм у ВИЧ-инфицированных.

Таблица 3

Расстройства поведения ВИЧ-инфицированных в детско-подростковом возрасте

Поведенческие расстройства детско-подросткового возраста	ВИЧ-инфицированные не ПИН (n= 77)		ВИЧ-инфицированные ПИН (n= 173)		ПИН (n= 50)	
	n	%	n	%	n	%
Расстройства поведения и патохарактерологические реакции в детско-подростковом возрасте F91 всего	53	68,83	155	89,6* ³	44	88* ²
Расстройства поведения с ранним началом (≤ 14 лет) всего	20	25,97*	102	58,96* ³	6	12
Несоциализированное расстройство поведения	1	1,30	37	21,39	6	12*
Из них с ранним началом (≤ 14 лет)	0	0,00	33	19,08* ³	2	4*
Социализированное расстройство поведения	4	5,19	38	21,97	8	16
Из них с ранним началом (≤ 14 лет)	1	1,30	13	7,51	0	0
Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения	20	25,97	57	32,95	12	24
Из них с ранним началом (≤ 14 лет)	19	24,68* ²	56	32,37* ³	4	8
Патохарактерологические реакции	28	36,36* ³	23	13,29	18	36* ³

Примечание * $p<0,05$, *² $p<0,01$, *³ $p<0,001$

Расстройства поведения в детско-подростковом возрасте (особенно с ранним началом) прогностически более неблагоприятны в плане последующего рискованного наркопотребления и возможности инфицирования ВИЧ.

При рассмотрении выборки ВИЧ-инфицированных в совокупности, найдена двухсторонняя связь между расстройствами поведения и наличием инфекций, передающихся половым путем и/или гемоконтактных гепатитов: $r_s = 0,305$, $p=0.01$ (при оценке только РП с ранним началом $r_s = 0,205$, $p=0.01$) у ВИЧ-негативных ПИН значимых корреляций не выявлено. Это позволяет говорить о формировании у ВИЧ-инфицированных склонности к рискованному поведению в детско-подростковом возрасте. Данное положение подтверждается высоким процентом расстройств зрелой личности (76,4% против 58%, $p<0,02$), выявленном у ВИЧ-инфицированных в нашем исследовании, корреляцией РЛ с РП ($r_s = 0,464$, $p=0.01$, $n=250$), в том числе при оценке РП с началом ≤ 14 лет ($r_s = 0,374$, $p=0.01$, $n=250$), а стабильность личностных расстройств (особенно ядерных) является их основополагающей характеристикой. По нашим данным, 53,4% ВИЧ-позитивных, из имеющих склонность к расстройствам поведения и патохарактерологическим реакциям, подвергались приводам в полицию и/или состояли на учете в отделении по делам несовершеннолетних. 27,2 % ВИЧ-инфицированных ($n=68$) были судимы (в том числе условно), все были ВИЧ-позитивными ПИН (39,3% от группы) и осуждались, как правило, в связи с наркопотреблением (против 18% ПИН, $p<0,001$), а 63,6% ВИЧ-инфицированных говорили об отвержении общественных норм и правил, как и 64% ВИЧ-негативных ПИН. На наш взгляд это связано с ростом в дисфункциональных семьях ($n=268$, $r_s = 0,304$, $p=0.01$, 2-сторонняя связь) и расстройствами поведения в анамнезе ($n=300$, $r_s = 0,378$, $p=0.01$, 2-сторонняя связь).

Изучение семейного анамнеза показало, что ВИЧ-инфицированные и ПИН имеют близкие ($p>0,05$) показатели, заключающиеся в значительном проценте неполных семей (44% против 48%), с конфликтными или формальными взаимоотношениями между родителями (91,7 % против 94,1%), дисгармоничным и непоследовательным характером воспитания (92,7% против 92%). Такие семьи характеризовались нами как дисгармоничные.

Были изучены и макросоциальные факторы, наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных с психическими расстройствами, которые были достаточно

близки таковым у ПИН и заключались в доминировании лиц не имеющих семью (72% против 58%, а при ее наличии и взаимоотношения были дистанцированные 50,98% против 38,89% либо конфликтные 7,84% против 0, $p < 0,05$), со средним (средне-специальным) образованием (88,4% против 92%), неработающих или бросивших учебу (63,6% против 48% $p < 0,05$). То есть как ВИЧ-инфицированные, так и ПИН характеризовались, в своем большинстве, неопределенным семейным и профессиональным статусом, слабостью как первичной, так и вторичной социализации, при этом ВИЧ-инфицированные были более профессионально дезадаптированы.

Выяснено, что преморбидные особенности ВИЧ-инфицированных включают биологические и психосоциальные преморбидные компоненты, являющиеся фоном для развития в последующем психических расстройств.

Клинико-динамическая характеристика психических расстройств у больных с ВИЧ-инфекцией

Таблица 4

Психические расстройства, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных
(цитируется по Хритинин Д.Ф., Новиков В.В, 2015²)

Психическое расстройство (МКБ-10)	ВИЧ-инфицированные (n=250)		ПИН (n=50)	
	n	%	n	%
Органические психические расстройства F00-F09	211	84,4**	21	42
– Из них микстовые (смешанные) формы	199	79,6**	16	32
Делирий F05.0-1 (только в составе смешанной патологии)	28	11,2	3	6
Деменция F01-F03 (только в составе смешанной патологии)	13	5,2**	0	0
Реактивный параноид F23.31 (только в составе смешанной патологии)	11	4,4**	0	0
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F40-F48	168	67,2**	7	14
– Из них микстовые (смешанные) формы	148	59,2**	5	10
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F60-F69	191	76,4*	29	58
– Из них микстовые (смешанные) формы	191	76,4**	19	38

Примечание * $p < 0,02$, ** $p < 0,001$

² Хритинин, Д.Ф. Клинико-динамические особенности невротических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 27-31.

Психические расстройства, наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных, имеют очень широкий клинический диапазон, охватывая значительный спектр психических нарушений, рубрицированных в МКБ-10 и достоверно преобладают над аналогичными нозологическими единицами контрольной группы. Практически все из них демонстрируют высокую ($p < 0,001$) степень доминирования над контрольной группой. У ВИЧ-позитивных в целом, как и у больных контрольной группы доминировали смешанные формы психической патологии: 87,2% и 82% соответственно (таблица 4).

Группа больных с сочетанными психическими расстройствами включала пациентов с различными сочетаниями органических и невротических расстройств ($n = 27, 10,8\%$), в том числе на фоне имеющихся расстройств личности ($n = 191, 76,4\%$). На 2-й стадии ВИЧ-инфекции находились 26 больных, на третьей 79, на 4А – 62 человека, 4Б – 47 и 4 пациента были на стадии 4В. 172 ВИЧ-инфицированных из группы (78,9%) были потребителями инъекционных наркотиков.

Группа больных, имеющих одно психическое расстройство ($n = 32, 12,8\%$), состояла из 20 ВИЧ-инфицированных с невротическими расстройствами (F40 - F48) и 12 с легкими органическими расстройствами (F06.3 - F06.7, F06.9). На 2-й стадии ВИЧ-инфекции находилось 14 больных с невротическими расстройствами и 9 – с органическими, на 3-й три с органическими и 4 с невротическими. Один из пациентов был ВИЧ-позитивным ПИН.

Больные также подразделялись на ВИЧ-инфицированных ПИН ($n = 173, 69,2\%$) и ВИЧ-инфицированных не употреблявших инъекционные наркотики ($n = 77, 30,8\%$), а также распределялись в соответствии со стадией ВИЧ-инфекции для включения этого фактора в модель расстройств. ВИЧ-инфицированные ПИН в 99,4% имели сочетанные психические расстройства, 21 человек находился на стадии 2 ВИЧ-инфекции, 53 на третьей стадии, 48 на 4А, 47 инфицированных на стадии 4Б и четверо 4В.

ВИЧ-обусловленные психогенно-реактивные психические расстройства включали в себя *невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства* (F40-F48, 67,2% против 14% ПИН, $p < 0,001$) и *реактивный параноид* (F23.31, 4,4% против 0, $p < 0,001$). Невротические расстройства выявлены у 67,2% ВИЧ-инфицированных. У 88,1% из больных с наблюдалось одновременное и/или последовательное их сосуществование с экзогенно-органическими и/или личностными нарушениями.



Рисунок 1. Невротические расстройства при ВИЧ-инфекции (%) (цитируется по Хритинин Д.Ф., Новиков В.В., 2015³).

В сравнении с группой контроля, у ВИЧ-позитивных достоверно чаще встречались практически все невротические расстройства (показатели преобладания диссоциативных (конверсионных) расстройств стремились к достоверности). Невротические расстройства у ВИЧ-инфицированных имели более широкий клинический диапазон. У потребителей инъекционных наркотиков отсутствовали расстройства адаптации (F43) и обсессивно-компульсивные расстройства (F42). Значительная представленность реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации (F43, 16,4%), тревожно-фобических расстройств (F40-F41, 14,4%) объясняется реакцией больных на инфицирование и ухудшение соматического состояния.

Среди всех невротических расстройств (F40-F48) в группе доминировала неврастения. Суммируя тревожно-фобические и адаптационные нарушения, мы получаем сходные показатели (26,9% и 24,3% соответственно). Менее распространены соматоформные (суммарно 13%) и диссоциативные (суммарно 8,4%) расстройства.

³ Хритинин, Д.Ф. Структура невротических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных /Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2015. – №10. – С. 21-25.

Синдромальные характеристики невротических расстройств были разнообразны и включали астенический (76,8%), фобический (66,1%) и депрессивный (64,3%) ипохондрический (34,5%), обсессивный (24,4%) и истерический (21,4%) синдромы.

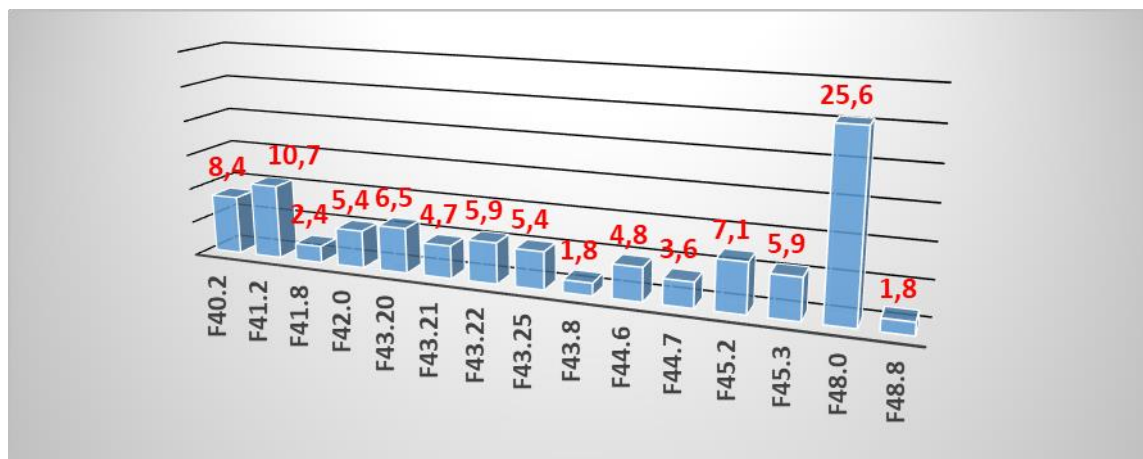


Рисунок 2. Структура группы невротических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных (%)

Динамика невротических расстройств при ВИЧ-инфекции состояла в том, что особенно активно они проявились в период до 3-4 месяца от постановки диагноза и являясь наиболее значимыми на протяжении года. Психотический уровень реагирования был представлен единственной нозологической единицей – реактивным параноидом, возникшей на фоне коморбидных расстройств. У всех 11 больных (4,4%) имелось резидуальное органическое поражение головного мозга в анамнезе. У 6 из них отмечалась кратковременное (до суток) течение параноида. Двое до развития «параноидных вспышек», имели коморбидное смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F 43.25), один пациент с «ипохондрией здоровья» (F43.8) характеризующуюся стремлением к «выздоровлению любой ценой» и навязчивыми мыслями о произошедшем инфицировании и способах преодоления болезни. У троих после получения сведений о наличии ВИЧ-инфекции была выявлена пролонгированная тревожно-депрессивная реакция (F43.21). На описанном фоне происходил внезапный рост тревоги (в том числе соматизировавшейся) с нарастающим возбуждением, идеями отношения, бредовой интерпретацией появившихся вегетативных рас-

стройств, внешне обвиняющими высказываниями с последующей редукцией бреда и выраженной астенизацией.

Органические психические расстройства (F00-F09), наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных, являются базовой патологией, наблюдающейся при ВИЧ-инфекции. Их диагностика основывалась на критериях МКБ-10. Ввиду того, что целый ряд органических психических расстройств у ВИЧ-инфицированных могут, на начальном этапе, не выявляться при использовании МРТ [Беляков Н.А. и др., 2012], их диагностика базировалась на анамнестических данных, результатах психологического исследования и данных шкал оценки состояния когнитивной сферы.

Экзогенно-органические психические расстройства были выявлены у 84,4% больных (против 14%, $p < 0,001$). Часть психических расстройств, обусловленных органическим поражением головного мозга у ВИЧ-инфицированных сопоставимы с таковыми у контрольной группы, в связи с общностью части патогенетических факторов, приводящих к энцефалопатии сложного генеза (интоксикация ПАВ, наличие ХВГ и пр. интеркуррентной соматической патологии).

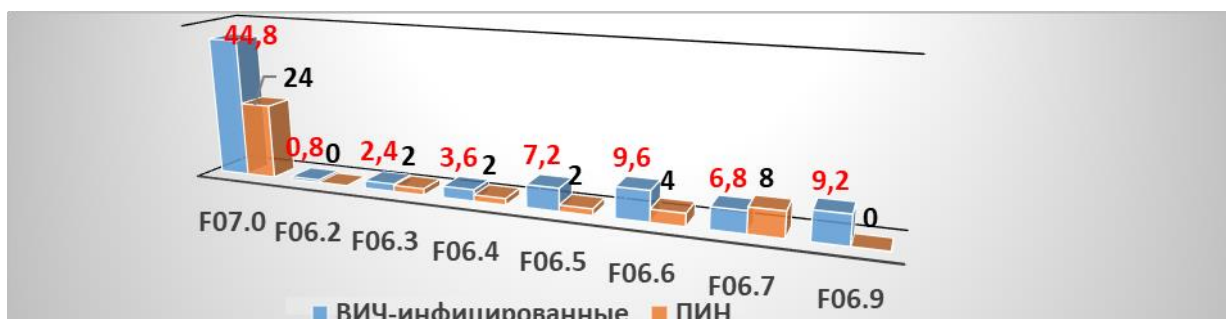


Рисунок 3. Органические психические расстройства при ВИЧ-инфекции (%)

Однако в силу того, что у ВИЧ-инфицированных присутствует такой мощный фактор как ВИЧ и, следовательно, прогрессирующее соматическое неблагополучие – в их группе достоверно больше как случаев органического расстройства личности (F07.0, 44,8% против 24%, $p < 0,01$), так и других органических расстройств в совокупности (F06, 39,6% против 16%, $p < 0,001$). Это происходит за счет преобладания органического диссоциативного (F06.5, 7,2% против 2%, $p < 0,05$) и смешанного (F06.9, 9,2% против 0%, $p < 0,001$) расстройств.

Имеющиеся психоорганические изменения были, в своем большинстве, смешанного генеза, как и прочие органические психические расстройства. Синдромологически экзогенно-органические психические расстройства характеризовались: постоянным присутствием когнитивной дисфункции в той или иной степени (поражение памяти, интеллекта, истощаемость психических процессов, способности к обучаемости). Наблюдались расстройства внимания и настроения, эмоциональная лабильность, соматовегетативные расстройства. Отмечалось изменение общего склада личности и поведения, облегченность, снижение критики к своему состоянию. Клинической основой экзогенно-органической группы расстройств выступал психоорганический синдром (ПОС), наблюдающийся при подавляющем большинстве (91,9%) органических психических расстройств. По данным нашего исследования, психоорганический синдром выявляется в среднем через $1,1 \pm 0,05$ года от установления серопозитивности к ВИЧ, а выраженный ПОС, формировался в среднем через $9,34 \pm 4,18$ года. Особенности психоорганического синдрома рассматривались нами в их динамическом понимании.

На стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции мы наблюдали органические психические расстройства (F00–09) в 52,9%, психоорганический синдром наблюдался в 35,3%, исключительно в астеническом варианте. Начиная с 3-й (латентной) стадии происходит рост числа органических психических нарушений до 73,26%, а при появлении вторичных заболеваний (4 стадия) 100%. При этом ПОС наблюдается в 100% случаев и имеет следующую динамику: на латентной стадии происходит снижение удельного веса астенического варианта ПОС, за счет появления эксплозивных (9,3%) и даже эйфорических (4,65%) форм ПОС. В дальнейшем (4 А,Б) эта тенденция нарастает, а на стадии 4Б появляются больные с апатическим вариантом ПОС (4,26%). К стадии 4В отмечается только апатический ПОС что свидетельствует о неуклонном прогрессировании и утяжелении органического поражения головного мозга при длительном и/или активном течении инфекционного процесса.

Нами был проведен кластерный анализ больных с психоорганическим синдромом методом k-средних. Учитывались признаки: стадия ВИЧ-инфекции, активность и длительность инфекционного процесса, наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, наличие вторичных и оппортунистических соматических заболеваний. Каждая переменная оценивалась по критерию наличия или отсутствия «да-нет». В качестве переменной отбора выступала степень выраженности ПОС, определенная по клиническому проявлению и данным шкал оценки когнитивной сферы.

Результатом стало выделение трех групп больных с психоорганическим синдромом.

Таблица 5

Данные кластерного анализа по критерию тяжести ПОС

Психоорганический синдром	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	n=57, 29,38%		n=51, 26,29%		n=86, 44,33%	
	n	%	n	%	n	%
Астенический	38	66,67	9	17,65	67	77,91
Эксплозивный	10	17,54	26	50,98	15	17,44
Эйфорический	9	15,79	10	19,61	4	4,65
Апатический	0	0	6	11,76	0	0
– Временной интервал >5 - 10≤ лет от инфицирования						
	35	61,4	32	62,75	51	59,3
– Наличие инфекций, передающихся половым путем						
	26	45,61	23	45,10	56	65,12
– Хронические вирусные гепатиты						
	45	78,95	24	47,06	77	89,53
– Потребление инъекционных наркотиков						
	54	94,74	51	100	72	83,72

В группах 1 и 3 преобладает астенический ПОС ($p < 0,001$), в сравнении с его более тяжелыми вариантами; в группе 2 доминируют тяжелые варианты ПОС ($p < 0,001$). Временной интервал, действия ВИЧ, сходный у всех трех групп составляет >5 - 10≤ лет. С учетом этого факта нами оценены сходства и различия в группах. Группа 2 доминирует по тяжести форм психоорганического синдрома над остальными ($p < 0,001$), при идентичности временного интервала течения ВИЧ-инфекции >5 - 10≤ лет. При этом больные, входящие в ее состав значительно меньше поражены хроническими вирусными гепатитами ($p < 0,001$). Из них 100% ПИН, (показатель сопоставим с группой 1 и больше, чем у группы 3, $p < 0,001$). На

наш взгляд – это группа с высоко прогрессивным ВИЧ-обусловленным психоорганическим синдромом. Группы 1 и 3 близки по показателям наличия ХВГ, преобладании в структуре астенического варианта ПОС. Их различие проявляется в инфицированности ИППП, чаще наблюдающейся в группе 3 ($p < 0,02$), в то время как в группе 1 большее количество ПИН ($p < 0,05$). Таким образом группа 2 была представлена лицами с высокопрогрессивным ПОС.

По аналогии с динамикой удельного веса ПОС в группе, в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, мы наблюдали изменение процента расстройств «органического» спектра, как их моноформ, так и сочетанных. Прослеживается рост процента органических расстройств в целом ($52,9\% \rightarrow 82,5\% \rightarrow 100\%$, $p < 0,001$, абсолютны к стадии 4А и далее) и их сочетанных форм ($35,3\% \rightarrow 79,1\% \rightarrow 100\%$, $p < 0,001$) и падение изолированных форм по мере развития ВИЧ-инфекции ($17,6\% \rightarrow 3,5\%$, $p < 0,02$, исчезают к стадии 4А).

Расстройства зрелой личности (РЛ) у ВИЧ-инфицированных не являлись следствием ВИЧ-инфекции, а выступали скорее сопутствующей составляющей. Они были выявлены в $76,4\%$ (против 29% $p < 0,02$), при этом все сосуществовали с психогенно-реактивными и органическими психическими расстройствами ($76,4\%$ против 20% , $p < 0,001$). Учитывая их тенденцию к декомпенсации при психотравматизации и видоизменение по мере формирования у больных ПОС, они являются важным элементом в ряду сочетанных расстройств, фактором, оказывающим негативное влияние и на невротические, и на органические расстройства. Выявлено, что среди личностной патологии ВИЧ-инфицированных наибольший удельный вес имеют: диссоциальное (F60.2, $25,6\%$), эмоционально-неустойчивое (F60.30, 22%), смешанное (F61.0, $11,2\%$ и истерическое расстройство личности (F60.4, $10,4\%$), однако достоверное преобладание ($p < 0,05$), выявляется только в случае параноидного расстройства личности (F60.0, $1,6\%$ против 0%). Прочие, описанные выше РЛ, демонстрируют стремление к преобладанию. У ВИЧ-негативных ПИН к таковым относится пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства (F60.31).

Сравнивая расстройства личности, сочетающиеся с психогенно-реактивными и органическими психическими расстройствами у ВИЧ-инфицированных с таковыми у группы контроля мы находим достоверное доминирование всех их форм у ВИЧ-позитивных пациентов. Наибольшее преобладание ($p < 0,001$) демонстрируют диссоциальное расстройство личности (F60.2, 25,6% против 8%) и эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30, 22% против 6%). Следом ($p < 0,01$) идут пограничное (F60.31, 3,6% против 0%) и истерическое (F60.4, 10,4% против 2%) расстройства, а также ($p < 0,05$) мозаичное (F61.0, 11,2% против 4%) и параноидное (F60.0, 1,6% против 0%), РЛ с расстройством типа зависимой личности (F60.7, 1,6% против 0%).

Анализ распределения РЛ в соответствии со стадиями ВИЧ-инфекции показал, что параноидное расстройство личности (F 60.0, 2А,Б,В – 5,9%, 3 – 1,2%) к стадии 4А в «чистом виде» уже не встречается, в то время как характерная для него симптоматика, наряду с истерической, импульсивной, морально-этическим отупением и органическим огрублением отчетливо проявились на фоне ВИЧ-инфекции, как варианты смешанного патологического развития (F61; 3 – 4,6%, 4А – 11,3%, 4Б – 27,6% ($p < 0,05$), 4В – 100%, ($p < 0,001$)). Все разнообразие врожденных аномалий личности в процессе подхода больных к стадии развернутых вторичных заболеваний (4Б) суживается до четырех, наиболее распространенных у ВИЧ-инфицированных вариантов (%от группы): диссоциального (29,8%), эмоционально-неустойчивого (29,8%), истерического (12,8%) и смешанного (27,6%). А аномально-личностную конфигурацию на стадии 4В мы определяем, как исключительно смешанную на базовом фоне органического расстройства личности.

Патоморфоз ВИЧ-обусловленных психических расстройств

Рассмотрение видоизменений психических нарушений, наблюдающихся при ВИЧ-инфекции, начнем с экзогенно-органических расстройств как наиболее специфичных. Экзогенно-органические расстройства при ВИЧ-инфекции, наблюдающиеся ≥ 15 лет назад, характеризовались в начальном периоде наличием неврастеноподобного синдрома, тревожно-фобических и депрессивных рас-

стройств с присоединением эмоциональной лабильности, амнестических нарушений с быстрым прогрессированием ПОС и развитием СПИД-деменции [Давыдова А.А. и др., 1993, Беляева В.В., Ручкина Е.В. 1993, Беляева, В.В., 1997, Хритинин Д.Ф. 1995].

Описание начального периода в целом соответствует современным данным, в то же время в нашем исследовании высокопроградиентный ПОС выделен у 51 человека (26,3% от всех больных с ПОС или 20,4% от всех больных), в целом доминирует астенический вариант психоорганического синдрома (58,8% от всех больных с ПОС).

Таблица 6

Патоморфоз экзогенно-органических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных

Данные нашего исследования			Данные литературы [Пархоменко, С.И., 2004]		
	n	%	n	%	p
ПОС/Сочетанная энцефалопатия у ВИЧ-положительных, не являющихся ПИН	29	37,7	54	35,5	>0,05
ПОС со стойким когнитивным снижением (эксплозивный, эйфорический или апатический)/Сочетанная энцефалопатия у ВИЧ-положительных, не являющихся ПИН	3	3,9	54	35,5	<0,001
ПОС/Сочетанная энцефалопатия у ВИЧ-положительных ПИН	165	93,2	57	54,8	<0,001
ПОС со стойким когнитивным снижением (эксплозивный, эйфорический или апатический)/Сочетанная энцефалопатия у ВИЧ-положительных ПИН	77	44,5	57	54,8	>0,05
Быстрое прогрессирование ПОС	51	20,4	272	80,2	<0,001
Деменция у ВИЧ-положительных, не являющихся ПИН	0	0	10	6,58	<0,01

Как видно из таблицы 6 различия наиболее значимы у ВИЧ-инфицированных, не являющихся наркопотребителями, что, по нашему мнению, объясняется меньшим патогенным действием форм ВИЧ-1А, который в настоящее время доминирует на территории России, в то время как в конце XX века преобладал ВИЧ-1 В [Беляков Н.А., 2011]. Биологический патоморфоз ВИЧ-инфекции и, соответственно более мягкое ее течение привело, на наш взгляд, к видоизменению опосредованных ею органических нарушений в виде смягчения

их клинической динамики. Данные о том, что у ВИЧ-инфицированных преобладают нарушения интеллектуальной деятельности психоорганического генеза [Беляева В.В., Ручкина Е.В., 1991], остаются актуальны, однако более чем у четверти больных (n= 67, 26,8%) больных при использовании шкалы MMSE не было выявлено когнитивного снижения. Без отчетливо видимых нарушений были объем и концентрация внимания у 15,2% (n= 38) и кратковременная и долговременная память у 20,4% (n= 51).

Таким образом экзогенно-органические психические расстройства подверглись положительному патоморфозу, в первую очередь интрадинамичному, что выразилось в более медленном развитии психоорганического синдрома.

Найдены отличия в характере психотравматических переживаний при невротических расстройствах. Если в начале 90-х годов они касались в первую очередь опасений за собственное благополучие «пациенты высказывают мысли о вероятных социальных последствиях ВИЧ-инфекции», в то время как «беспокойство, связанное с собственно соматическим состоянием, не носит выраженного характера», а «в ряде случаев мы не регистрировали каких-либо невротических реакций в ответ на сообщение об инфицированности ВИЧ» [Беляева В.В., Ручкина Е.В., Покровский В.В., 1993], то в конце десятилетия авторы отмечали тревожные переживания «по поводу нарушения конфиденциальности», связанные с невозможностью что-либо изменить, страх смерти или заражения близких, вину по отношению к людям, которых возможно инфицировали, агрессивность по отношению к предполагаемому источнику заражения. Актуальность психотравматических переживаний сохранялась около 6 месяцев от момента получения сведений об инфицированности [Беляева В.В., 1999 – 2001].

В настоящее время тревожные переживания, обусловленные страхом стигмы, встречаются, преимущественно, на начальных этапах заболевания. На наш взгляд – это проявление социального текущего патоморфоза в связи с изменением отношения (ростом терпимости) к ВИЧ-инфицированным в обществе. Больные, находящиеся на 2-й стадии ВИЧ-инфекции, также высказывали опасения по по-

воду своего будущего, были озабочены состоянием своего здоровья, что проявилось у них в высоком проценте тревожного (27,5%) и ипохондрического (19,6%) типов отношения к болезни. Невротические расстройства, сосуществующие с другими видами психических нарушений, регистрировались нами и на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, как реакция на ухудшение состояния (4А – 39 человек, 4Б – 18, всего 22,8%). Это соответствует данным В.В. Беляевой, согласно которым наибольшая вероятность адаптационных нарушений наблюдается после сообщения известия об инфицировании, при присоединении оппортунистических инфекций и переходе заболевания в терминальную стадию [Беляева В.В., 1999]. Необходимо отметить, что наше исследование показало прогрессивное падение процента невротических расстройств, по мере развития ВИЧ-инфекции и их отрицательную связь с органическими нарушениями ($rs=-0,312$, $p<0,01$).

Характеристики преморбидных черт личности ВИЧ-позитивных, приведенные в ранних исследованиях включают склонность к асоциальному поведению, химическим аддикциям, расстройствам личности, беспорядочным половым связям и перверсиям [Покровский В.И., 1988, Ручкина Е.В., Беляева В.В., Покровский В.В., 1996, Хритинин Д.Ф., 1995]. Эти данные сохранили свою актуальность, за исключением истерического расстройства личности, утратившего лидирующее положение (F60.4, $n= 26$, 10,4% или 13,6% от всех больных с РЛ) в связи с ростом диссоциального (F60.2, $n= 64$, 25,6% или 33,5% от всех больных с РЛ), импульсивного типа эмоционально-лабильного (F60.30, $n= 55$, 22% или 28,8% от всех больных с РЛ) и смешанного (F61.0, $n= 28$, 11,2% или 14,7% от всех больных с РЛ) расстройств.

Психические расстройства при ВИЧ-инфекции с позиций биопсихосоциального подхода.

Обобщая полученные результаты можно с уверенностью утверждать, что течение ВИЧ-обусловленных психических расстройств происходит совместно (рисунок 4) и взаимосвязано (таблица 7) под действием ряда факторов.

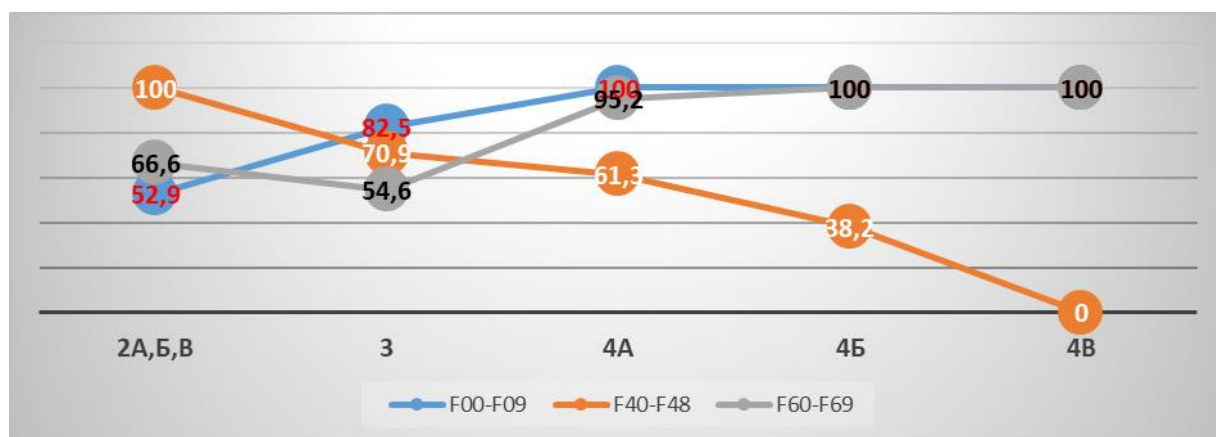


Рисунок 4. Обобщенные динамические характеристики ВИЧ-обусловленных психических расстройств (цитируется по Хритинин Д.Ф., Новиков В.В., 2016⁴)

Для уточнения характера связи между выделенными клиническими группами психических расстройств, особенностями инфекционного процесса, употребления инъекционных наркотиков нами был проведен корреляционный анализ (rs).

Таблица 7

Данные корреляционного анализа больных по переменным диагноз, инфекционный процесс и инъекционное наркопотребление

Диагноз	Стадии ВИЧ-инфекции					
		2 А,Б,В	3	4А	4Б	4В
F40-F48 с F00-F09	-0,312**	-0,484**	-0,237*	–	–	–
F40-F48 с F60-F69	-0,073**	0,567**	-0,057	-0,202	–	–
F60-F69 с F00-F09	0,228	0,096	0,026	–	–	–
Активность инфекционного процесса CD4 ⁺ /ВН						
	> 500/ <50000	500 – 350/ ≤100000		<350 />100000		
F40-F48	0,269**	-0,049		-0,316**		
F00-F09	-0,385**	0,268**		0,182**		
F60-F69	-0,469**	0,327**		0,220**		
Длительность инфекционного процесса						
	до 5 лет	более 5 лет				
F40-F48	0,194**	-0,194**				
F00-F09	-0,289**	0,289**				
F60-F69	-0,151*	0,151*				
Употребление инъекционных наркотиков						
F40-F48	-0,231**	F40-F48				
F00-F09	0,453**	F00-F09				
F60-F69	0,660**	F60-F69				

Примечание * Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя), ** Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

⁴ Хритинин, Д.Ф. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции в XXI веке (монография) /Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков. – М.:Издательство БИНОМ, 2016. – 240 с.

Мы наблюдали достоверную связь между употреблением инъекционных наркотиков и наличием РЛ и органических психических расстройств и взаимную зависимость активности и длительности инфекционного процесса с ними же. Очевидно, что наличие РЛ является предрасполагающим фактором наркопотребления [Бохан Н.А., Семке. В.Я., 2009, Менделевич В.Д., 2003], а ВИЧ – оказывает множественное повреждающее действие на головной мозг [Беляков Н.А., Медведев С.В. И др.,2012]. Соответственно, большая длительность и интенсивность инфекционного процесса будут способствовать росту органических психических расстройств. У невротических расстройств ситуация противоположная, что подтверждает их обратная корреляция с прочими клиническими группами, при рассмотрении всей когорты ВИЧ-инфицированных в целом. В то же время на начальных этапах развития ВИЧ-инфекции расстройства личности и нарушения психогенно-реактивного генеза показывают положительную связь, что может отражать их психотравматическую декомпенсацию.

Развитие ВИЧ-ассоциированных психических расстройств проходит в рамках модели «разнообразие → сочетание → коморбидность → эквивинальность» с нарастанием когнитивного дефицита.



Рисунок 6. Схема динамики ВИЧ-ассоциированных психических расстройств

Рост когнитивной дефицитарности отражается на типе отношения к болезни. Мы наблюдали следующую динамику нозогнозий: от гипернозогнозии на 2 - 3-й стадиях (доминирование тревожного (27,5%), ипохондрического (19,6%) и паранойяльного (13,7%) типов на стадии первичных проявлений, сенситивного (24,4%), эргопатического (17,4%) и неврастенического (16,3%) на латентной) к диснозогнозии и гипонозогнозии и в конечном итоге к анозогнозии с апатией (меланхолический (14,5%), ипохондрический (12,9%), эгоцентрический (14,5%), неврастенический (12,9%) типы на стадии 4А с ростом паранойяльных (с 1,2% до 4,8%) и дисфорических (с 1,2% до 8,2%) тенденций. Анозогнозический (4Б – 34%) и апатический (4В – 100%). Динамика показателей шкал когнитивной дисфункции, тревоги и депрессии подтверждает выявленную клинически (рис. 7-11)

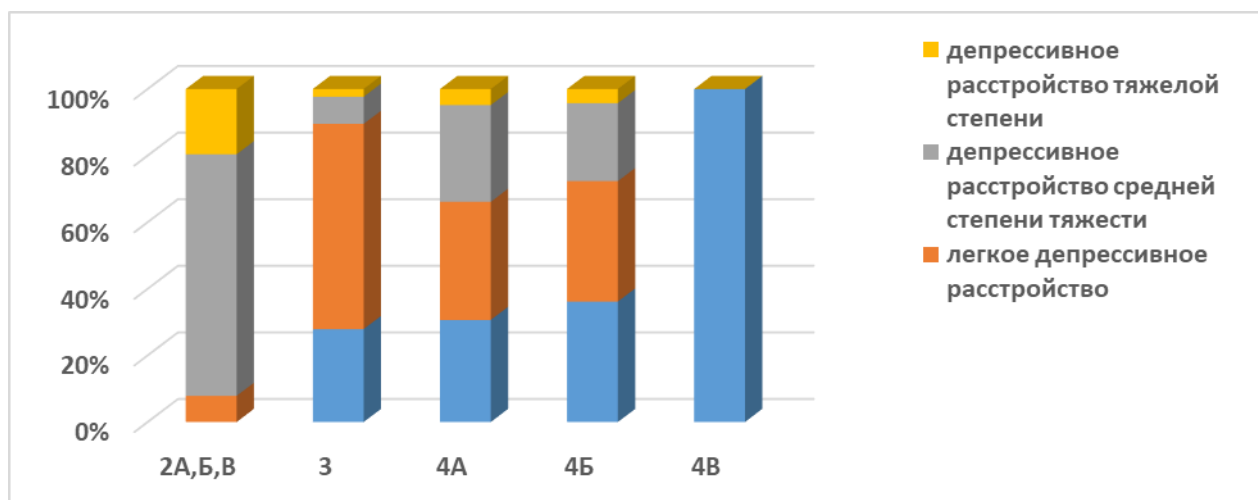


Рисунок 7. Динамика показателей депрессии по шкале депрессии Гамильтона в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

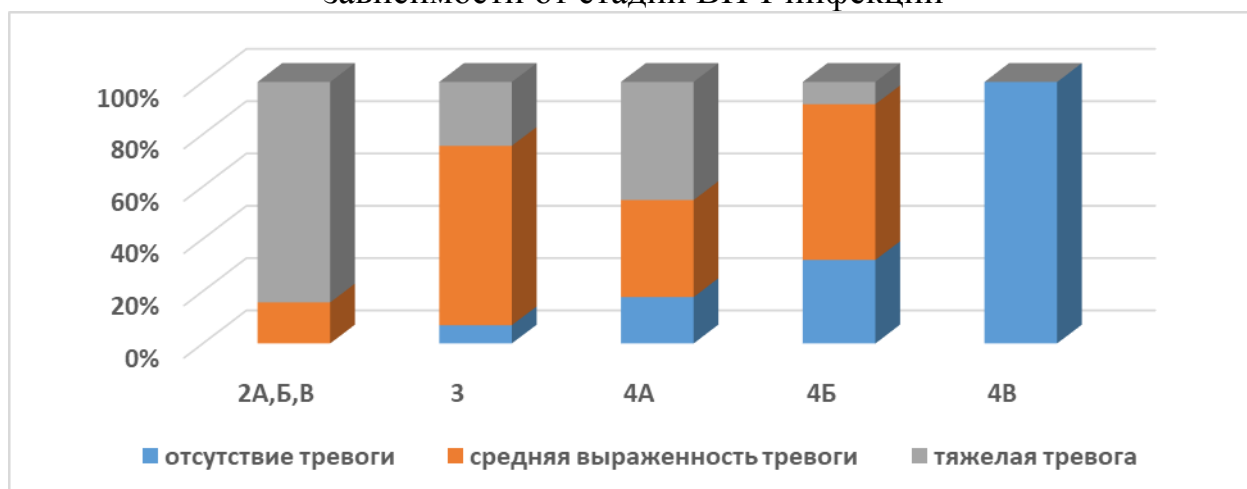


Рисунок 8. Динамика показателей тревоги по шкале тревоги Гамильтона в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

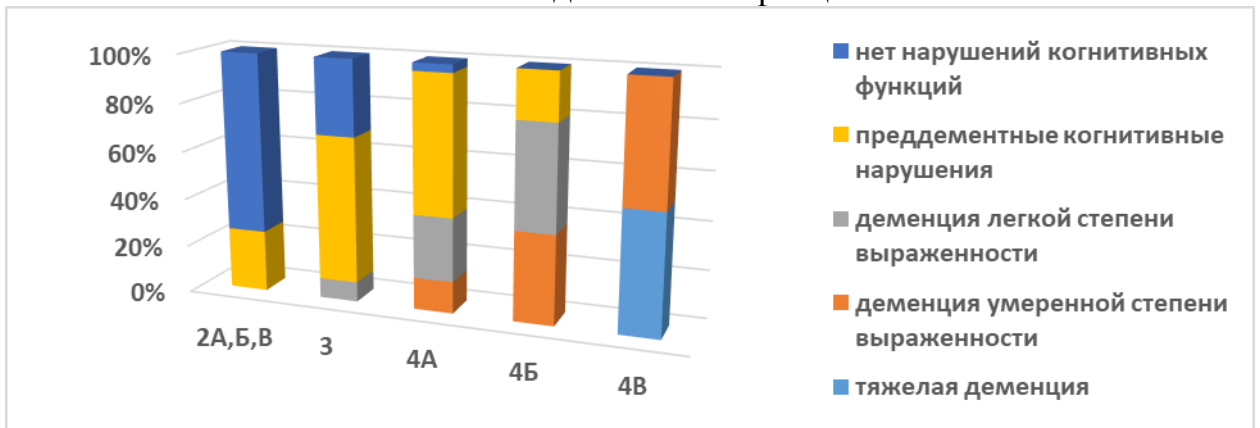


Рисунок 9. Динамика показателей когнитивных нарушений по шкале MMSE в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции (цитируется по Хритинин Д.Ф., Новиков В.В., 2015⁵).

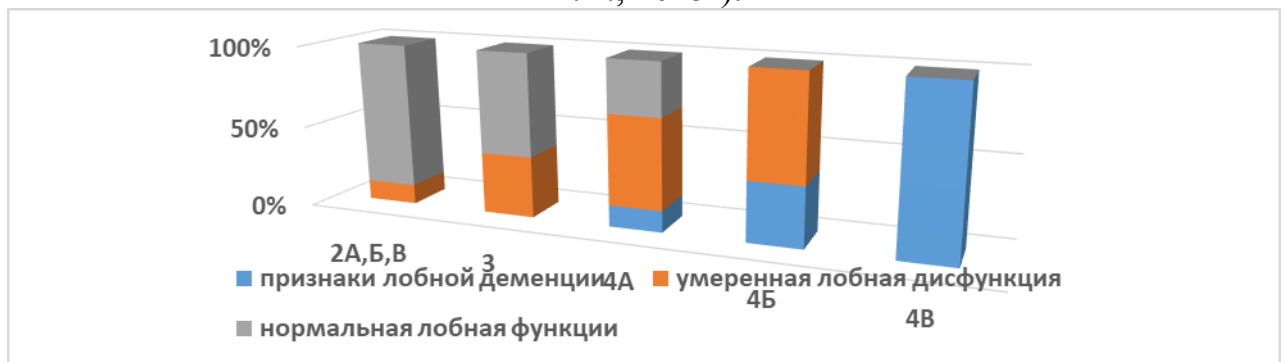


Рисунок 10. Динамика показателей лобной дисфункции по шкале FAB в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

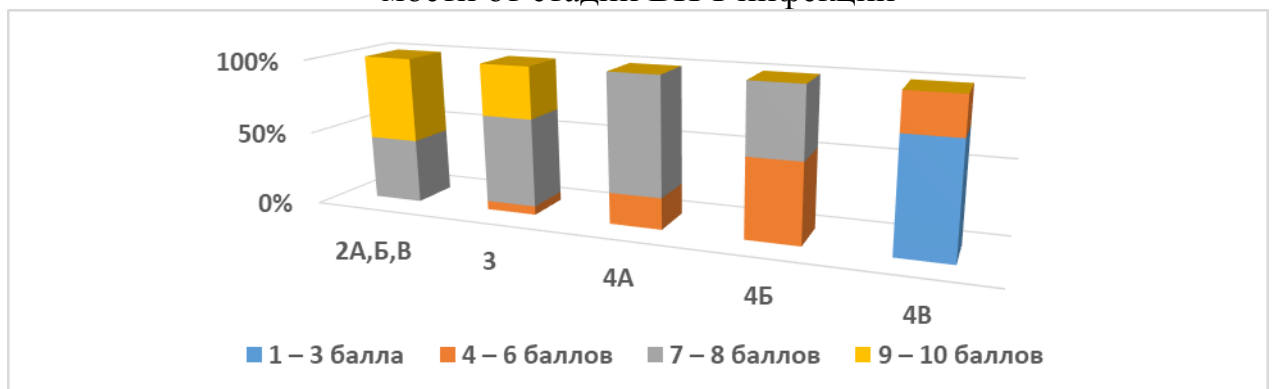


Рисунок 11. Динамика показателей когнитивных нарушений в соответствии с ТРЧ в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

⁵ Хритинин, Д.Ф. Клинико-динамическая характеристика и нозологическая структура ВИЧ-обусловленных нейрокогнитивных нарушений/Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 80-83.

Обобщение исследуемых переменных, влияющих на возникновение, клиническое оформление и развитие ВИЧ-ассоциированных психических расстройств позволило нам выделить факторы биопсихосоциальной модели.

В качестве основных биологических факторов, в нашем исследовании выступали:

1) Фактор ВИЧ. Влияние ВИЧ на больного с ассоциированными психическими расстройствами, рассматриваемое в нашем исследовании, оценивалось по уровню CD4⁺/ВН, длительности инфекционного процесса, стадии ВИЧ-инфекции и наличию соматических и вторичных заболеваний (n=113, 45,2%), связанных с ними (n=250, rs = 0,873; rs = 0,438; rs = 0,883, p=0.01).

2) Фактор ПИН. Включал употребление инъекционных наркотиков в анамнезе (n=173, 69,2%), возраст первого опыта наркопотребления, длительность и кратность приема наркотика.

3) Фактор интеркуррентной соматической патологии (ИСП). Наличие хронических вирусных гепатитов (n=159, 63,6%) инфекций, передающихся половым путем (n=126, 50,4%), полинейропатии (n=9, 3,6%).

4) Фактор «Возраст» коррелировал с длительностью наркопотребления (n=250, rs = 0,442, p=0.01), наличием и выраженностью вторичных соматических и оппортунистических заболеваний (n=250, rs = 0,602, p=0.01), тяжестью психоорганического синдрома (n=250, rs = 0,524, p=0.01).

5) Фактор «Пол». Найдена связь мужской пол – наличие и выраженность ПОС (n=250, rs = 0,415, p=0.01).

Таблица 8

Гендерное распределение психических расстройств у ВИЧ-инфицированных

Психические расстройства	Мужчины (n=166)		Женщины (n=84)	
	n	%	n	%
F40-F48 (n=168)	86	51,8	82	97,6**
F00-F09 (n=211)	162	97,6**	49	58,3
F60-F69 (n=191)	137	82,5*	54	64,3

Примечание *p<0,01, **p<0,001

б) Психосоциальный фактор (ПСФ). Оценка психосоциальной компоненты модели проводилась с учетом ретроспективно выявленных расстройств поведения, особенностей «родительской» семьи (состав, взаимоотношения и стиль воспитания в ней), наличия и функционирования в собственной семье, данных сексуального анамнеза (начало половой жизни, количество постоянных половых партнеров, наличие эпизодических «случайных» половых связей, использование презервативов), профессиональной и социальной дезадаптации (уровень образования, профессиональный статус, наличие судимости). Мы рассматривали их как подфакторы единого психосоциального фактора. Оценена возможная связь и взаимовлияния его составляющих (rs). Наибольшая связь найдена между профессиональной и социальной дезадаптацией, расстройствами поведения в детско-подростковом возрасте (РП) и социальной дезадаптацией, которая, в свою очередь, связана с дисфункциональной «родительской» семьей.

Таблица 9

Данные корреляционного анализа психосоциального фактора (ПСФ)
по подфакторам

Подфактор	Родительская семья	Собственная семья	Профессиональная дезадаптация	Социальная дезадаптация	Расстройства поведения
Родительская семья		0,091	0,137*	0,280**	0,117
Собственная семья	0,091		-0,028	0,045	0,032
Профессиональная дезадаптация	0,137*	-0,028		0,504**	0,266**
Социальная дезадаптация	0,280**	0,045	0,504**		0,401**
Расстройства поведения	0,117	0,032	0,266**	0,401**	

Примечание * Корреляция значима на уровне 0.05, ** на уровне 0.01 (2-сторонняя).

РП также коррелировали с профессиональной дезадаптацией, находящийся во взаимосвязи с подфактором «родительская семья».

В рамках биопсихосоциальной модели мы рассмотрели взаимосвязи биологических факторов с психосоциальным. Выяснено, что все биологические факторы находятся во взаимосвязи как друг с другом, так и с психосоциальным фактором, что подтверждает биопсихосоциальную природу ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.

Данные корреляционного анализа биологических факторов
и психосоциального фактора

Фактор	ВИЧ	Возраст	Пол	ПИН	ИСП	ПСФ
ВИЧ		0,675	0,404	0,541	0,342	0,269
Возраст	0,675		0,520	0,382	0,301	0,194
Пол	0,404	0,520		0,361	0,250	0,254
ПИН	0,541	0,382	0,361		0,529	0,566
ИСП	0,342	0,301	0,250	0,529		0,384
ПСФ	0,269	0,194	0,254	0,566	0,384	

Примечание: все корреляции значимы на уровне 0.01 (2-сторонние).

Поскольку ВИЧ-ассоциированные психические расстройства крайне разнообразны мы исследовали соотношения и взаимовлияния различных факторов в целом (с учетом степени их выраженности) на выборке в целом (ВИЧ-инфицированные, не являющиеся ПИН $n=77$, ВИЧ-инфицированные ПИН, $n=173$ и ВИЧ-негативные ПИН, $n=50$) при помощи метода классификационного анализа «Дерева классификации». Этот метод позволяет предсказывать принадлежность наблюдений или объектов к тому или иному классу категориальной зависимой переменной (диагностической группе (ДГ)) в зависимости от соответствующих значений одной или нескольких предикторных переменных (биологические и психосоциальный факторы).

Распределение наблюдений по диагностическим группам ($n=300$)

	Диагностическая группа	%
ДГ1	Моноформы психических расстройств, смешанные психические расстройства без когнитивных расстройств. Компенсированные расстройства личности (РЛ).	21.67
ДГ2	Сочетанные формы психических расстройств с легкими когнитивными расстройствами и/или декомпенсация РЛ. ПОС только астенический	37.33
ДГ3	Сочетанные формы психических расстройств с когнитивными расстройствами средней степени выраженности и/или декомпенсация РЛ. ПОС астенический или эксплозивный.	14.33
ДГ4 ⁶	Сочетание органического расстройства личности (ОРЛ) и прочих РЛ, когнитивные нарушения выраженные. ПОС эксплозивный или эйфорический.	13.67
ДГ5	Сочетание ОРЛ и сочетанного РЛ, когнитивные нарушения тяжелые. ПОС эйфорический или апатический.	13

Для всех переменных выяснены ранговые коэффициенты Спирмена, для оценки их взаимного влияния.

⁶ В группы ДГ 4-5 попали только ВИЧ-инфицированные.

Таблица 12

Ранговые корреляции Спирмена для биопсихосоциальных факторов в совокупной выборке

Фактор	ВИЧ	Возраст	Пол	ПИН	ИСП	ПСФ
ВИЧ		0,52	0,27	0,08	0,38	0,28
Возраст	0,52		0,50	0,23	0,26	0,15
Пол	0,27	0,50		0,22	0,20	0,22
ПИН	0,08	0,23	0,22		0,47	0,49
ИСП	0,38	0,26	0,20	0,47		0,38
ПСФ	0,28	0,15	0,22	0,49	0,38	

Все ранговые коэффициенты корреляции значимы на уровне ($p < 0,01$), за исключением переменных «ПИН» и «ВИЧ». На наш взгляд это связано с характером выборки, в которой присутствовали не только ВИЧ-инфицированные ПИН, но и ПИН, не являющиеся ВИЧ-позитивными, как и ВИЧ положительные лица, никогда не употреблявшие инъекционные наркотики. На основании указанных переменных, было построено дерево классификации ВИЧ-ассоциированных психических расстройств.

Подтверждено, что наиболее неблагоприятно в прогностическом плане сочетание факторов ВИЧ и ПИН (рисунок 11).

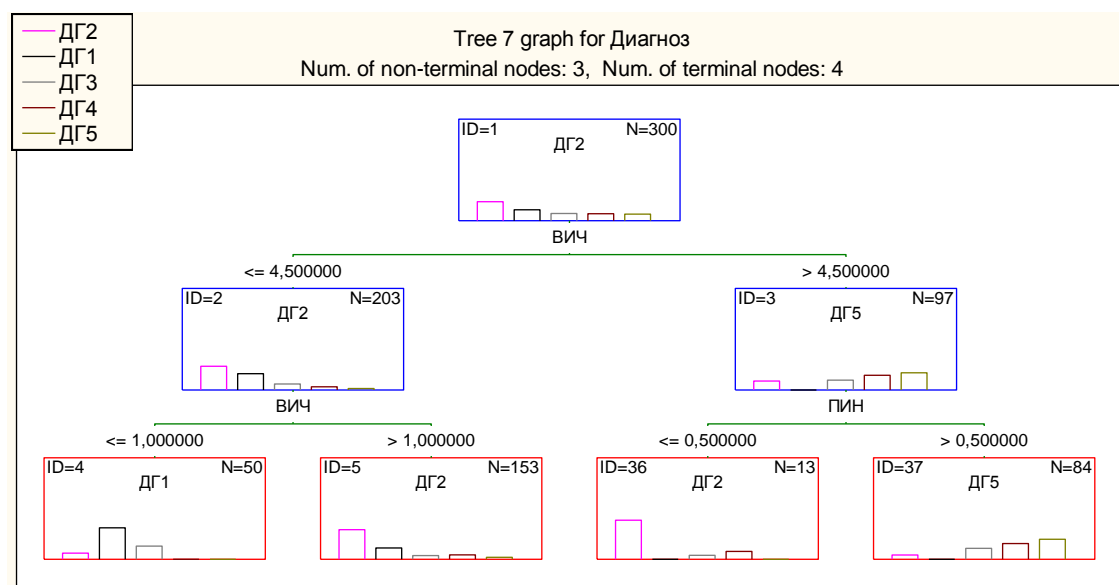


Рисунок 11. Элемент дерева классификации, демонстрирующий влияние факторов ВИЧ и ПИН

Поскольку совокупная выборка включала ВИЧ-негативных ПИН, которые имели психические расстройства не связанные с действием ВИЧ, фактор ПИН, значительно утяжеляя состояние при взаимодействии с фактором ВИЧ, сам по се-

бе, не вызывал столь тяжелых расстройств, которые мы наблюдали у ВИЧ-инфицированных-ПИН. Исследование ветви ПИН показало, что принадлежность к более «тяжелой» диагностической группе определяется наличием ВИЧ и выраженностью этого фактора, более старшим возрастом, интеркуррентной соматической патологией (ИСП). Исследование ветви ВИЧ также подтвердило негативное влияние факторов ВИЧ, ПИН, ПСФ и ИСП.

У ВИЧ-инфицированных подтверждена связь биопсихосоциальных факторов с выраженностью психоорганического синдрома и принадлежностью к определенной диагностической группе с помощью ранговых корреляций Спирмена (взаимосвязь ПОС – ДГ, $r_s = 0,871$, $p = 0,01$, $n = 250$).

Таблица 13

Данные корреляционного анализа биопсихосоциальных факторов и принадлежности к диагностической группе у ВИЧ-инфицированных (цитируется по Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков, 2017⁷)

Фактор	ПОС	ДГ	Подфакторы	ПОС	ДГ
ВИЧ	0,647*	0,697*	Стадия ВИЧ-инфекции	0,760*	0,694*
			Уровень CD4+/ВН	0,741*	0,665*
			Длительность инфекционного процесса	0,436*	0,430*
			Заболевания, обусловленные иммуносупрессией	0,729*	0,647*
Возраст	0,524*	0,600*			
Пол	0,415*	0,462*			
ПИН	0,602*	0,607*	Возраст первого опыта наркопотребления	0,574*	0,535*
			Длительность наркопотребления	0,734*	0,672*
			Кратность наркопотребления	0,696*	0,658*
ИСП	0,478*	0,493*	ХВГ	0,484*	0,495*
			ИППП	0,269*	0,242*
			Полинейропатия	0,215*	0,198*
ПСФ	0,445*	0,470*	Дисфункциональная родительская семья	0,051	0,073
			Собственная семья	-0,078	-0,042
			Профессиональная дезадаптация	0,492*	0,478*
			Социальная дезадаптация	0,520*	0,485*
			Расстройства поведения	0,348*	0,296*

Примечание *Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Из подфакторов с тяжестью ПОС и принадлежностью к ДГ сильнее всего коррелируют составляющие факторов ВИЧ и ПИН.

⁷ Хритинин, Д.Ф. Биопсихосоциальная модель ВИЧ-ассоциированных психических расстройств / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков.// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – №3. – С. 3-10.

При рассмотрении группы ВИЧ-инфицированных, не являющихся потребителя инъекционных наркотиков (исключения фактора ПИН) мы находим, что фактор ВИЧ максимально связан с тяжестью имеющихся у больных психических расстройств и выраженностью психоорганического синдрома (взаимосвязь ПОС – ДГ, $r_s = 0,654$, $p = 0.01$, $n = 77$).

Таблица 14

Данные корреляционного анализа биопсихосоциальных факторов и принадлежности к диагностической группе у ВИЧ-инфицированных, не являющихся ПИН

Фактор	ПОС	ДГ	Подфакторы	ПОС	ДГ
ВИЧ	0,592**	0,523**	Стадия ВИЧ-инфекции	0,663**	0,605**
			Уровень CD4+/ВН	0,598**	0,441**
			Длительность инфекционного процесса	0,434**	0,432**
			Заболевания, обусловленные иммуносупрессией	0,626**	0,458**
Возраст	0,420**	0,381**			
Пол	0,320**	0,196			
ИСП	0,021	0,059	ИППП	-0,043	0,027
ПСФ	0,454**	0,465**	Дисфункциональная родительская семья	0,105	0,086
			Собственная семья	-0,045	-0,045
			Профессиональная дезадаптация	0,398**	0,322**
			Социальная дезадаптация	0,300**	0,271*
			Расстройства поведения	0,328**	0,379**

Примечание * Корреляция значима на уровне 0.05, ** на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Принадлежность к ДГ у этой группы больных определяется также фактором ПСФ (наличием РП в анамнезе, профессиональной и социальной дезадаптацией) и возрастом. Фактор пола у данных пациентов непосредственно не связан с ДГ, но имеет значение при наличии и выраженности ПОС, что соответствует данным литературы [Бешимов А.Т., 2006, Штенгелов В., 2007].

Оценка специфичности влияния факторов была проведена с использованием многомерного непараметрического факторного анализа, который показал, что наличие психических расстройств в 47,2% дисперсии определяет фактор ВИЧ (возраст – 25% пол – 13,9%, ИСП – 9,2%, ПСФ – 4,7%). Анализ подфакторов фактора ВИЧ выявил, что 99,3% влияния фактора ВИЧ связано со стадией ВИЧ-инфекции (67,1%), активностью инфекционного процесса (20,7%) и его длительностью (11,5%).

Данные корреляционного и факторного анализа подтверждают результаты, полученные при применении метода дерева классификации. Нами было проведено тестирование модели деревом регрессии. Алгоритм удовлетворительно классифицировал не менее 86% наблюдений.

Таким образом, ВИЧ-ассоциированные психические расстройства формируются и утяжеляются под влиянием описанных факторов и являются сложным биопсихосоциальным феноменом, а анализ выраженности факторов дает возможность достаточно точного предсказания как принадлежности больного к определенной ДГ (стандартизировать диагностику), так и динамики его состояния, оценка влияния комплекса преморбидных и морбидных факторов может осуществляться с использованием шкала клинико-динамической интегративной оценки ВИЧ-обусловленных психических расстройств, разработанной нами.

Приверженность лечению больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами

В случае ВИЧ-инфицированных, принявших участие в нашем исследовании, низкая приверженность касалась всех видов лечения. Активно или пассивно-эпизодически получивших терапию было только 106 человек, 42,4%), при этом относительные показания к этиотропной терапии имели 159 человек (получали ее в том числе пассивно-эпизодически только 20,1%, n= 32). Другие виды лечения также в большинстве случаев (57,6%) не сопровождалась приверженностью.

Все больные с ВИЧ-обусловленными психическими расстройствами (250 человек), участвующие в нашем исследовании, разделились на «Приверженных» (26 человек, 10,4%), «Не приверженных» (144 человека, 57,6%) и «Псевдоприверженных» (80 человек, 32%).

Для оценки влияния на приверженность биопсихосоциальных факторов проведен корреляционный анализ (rs), выяснено, что приверженность лечению обратна пропорциональна выраженности биопсихосоциальных факторов, определяющих возникновение, развитие и тяжесть ВИЧ-ассоциированных психических

расстройств (имеется отрицательная корреляция между приверженностью и ПОС ($r_s = -0,446$, $p = 0.01$, $n = 250$), и принадлежностью к ДГ ($r_s = -0,425$, $p = 0.01$, $n = 250$).

Таблица 15

Данные корреляционного анализа биопсихосоциальных факторов и приверженности лечению

Фактор	Приверженность лечению	Подфакторы	Приверженность лечению
ВИЧ	-0,324*	Стадия ВИЧ-инфекции	-0,362*
		Уровень CD4+/ВН	-0,330*
		Длительность инфекционного процесса	-0,204*
		Заболевания, обусловленные иммуносупрессией	-0,298*
Возраст	-0,265*		
Пол	-0,275*		
ПИН	-0,563*	Возраст первого опыта наркопотребления	-0,435*
		Длительность наркопотребления	-0,475*
		Кратность наркопотребления	-0,510*
ИСП	-0,375*	ХВГ	-0,348*
		ИППП	-0,228*
		Алкогольная полинейропатия	-0,086
ПСФ	-0,605*	Дисфункциональная родительская семья	-0,215*
		Собственная семья	-0,123
		Профессиональная дезадаптация	-0,728*
		Социальная дезадаптация	-0,577*
		Расстройства поведения	-0,250*

Примечание *Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Максимальная обратная связь прослеживается с факторами ПСФ и ПИН, однако теснота связи с факторами ИСП и ВИЧ также приближается к умеренной, то есть для улучшения приверженности необходимо воздействие на факторы «ВИЧ» (этиотропная терапия), «ПИН» и «ИСП» (патогенетическое и компенсаторное лечение последствий наркопотребления и интеркуррентных заболеваний), «ПСФ» (комплаенс терапия, психотерапия, психокоррекция и социальная реабилитация) которые должны осуществляться мультипрофессиональной бригадой специалистов.

ВЫВОДЫ

1. Психические расстройства у лиц с ВИЧ-инфекцией представляют собой континуум, складывающийся из органических (84,4%), психогенно-реактивных (71,6%, из них 67,2% невротических) и личностных (76,4%) расстройств, в большинстве случаев сочетанных (87,2%).

1.1. Органические психические расстройства, наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных, претерпели положительный интрадинамичный патоморфоз, который проявился смягчением клинической динамики психоорганического синдрома, его низкой прогредиентности в 73,7% случаев и доминировании астенического варианта ПОС (58,8%). Более старший возраст и мужской пол, исследуемых прямо коррелировали с наличием и тяжестью психоорганического синдрома, определяя патопластическое влияние на клинические проявления органических психических расстройств. Прогрессирование органических психических расстройств, по мере развития ВИЧ-инфекции, сопровождается падением процента невротических расстройств ($r_s = -0,312$, $p < 0,01$).

2. Возникновение психических расстройств у ВИЧ-инфицированных и их динамика обусловлены сочетанным влиянием биопсихосоциальных факторов, находящихся в прямой связи друг с другом.

2.1. Типичными биологическими детерминантами в преморбиде являются употребление ПАВ (84,8%), в том числе инъекционное наркопотребление (69,2%) и интеркуррентная соматическая патология (70,4%). Психосоциальные преморбидные детерминанты включают в себя поведенческие девиации детско-подросткового возраста (83,2%), наследственное отягощение по алкоголизму (78,6%), склонность к рискованному аддиктивному (88,4%), сексуальному (98,2%) и социальному (63,6%) поведению, рост в дисфункциональных семьях (91,7%) с дисгармоничным и непоследовательным стилем воспитания (92,7%), семейную (58,8%) и профессиональную (63,6%) дезадаптацию.

2.2. Психические нарушения психогенно-реактивного и органического генеза, декомпенсации расстройств личности у ВИЧ-инфицированных связаны с дей-

ствием морбидных биологических факторов (активность, длительность инфекционного процесса, заболевания, обусловленные иммуносупрессией) на указанном преморбидном фоне.

2.3. Все биологические факторы находятся во взаимосвязи друг с другом и с психосоциальным фактором ($p < 0,01$), составляя патогенетическое биопсихосоциальное единство. Выраженность каждого фактора, а также более старший возраст и мужской пол, положительно коррелируют ($p < 0,01$) с тяжестью психических расстройств выраженностью психоорганического синдрома, являющегося обязательным для психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных.

2.4. Наибольшей специфичностью (99,3%) в отношении ВИЧ-ассоциированных психических расстройств обладают факторы, связанные с действием ВИЧ, а именно стадия инфекции, активность инфекционного процесса и его длительность.

3. Типичная клиническая динамика психических расстройств у ВИЧ-инфицированных обусловлена развитием полиэтиологического психоорганического синдрома, в 26,3% высокопрогредиентного и проявляется сменой относительно легких невротических или органических моноформных расстройств более тяжелыми, сочетанными органическими психическими расстройствами – с последующей эквивиальностью в органическое расстройство личности с выраженными когнитивными нарушениями.

3.1. В качестве наиболее значимых факторов неблагоприятной динамики психических расстройств выступают детерминанты, связанные с действием ВИЧ и инъекционным наркопотреблением.

3.2. Прогрессирование органических нарушений сопровождается усилением аномально-личностных изменений и снижением невротических расстройств ($p < 0,01$).

4. ВИЧ-инфицированные с психическими расстройствами демонстрируют низкую приверженность лечению. Негативное влияние на приверженность лечению у ВИЧ-инфицированных обнаруживают все биопсихосоциальные факторы,

обеспечивающие возникновение, развитие и тяжесть психических нарушений. Максимально тесная отрицательная связь прослеживается с профессиональной и социальной дезадаптацией, употреблением инъекционных наркотиков в анамнезе.

5. Использование примененной в исследовании биопсихосоциальной модели позволяет построить оптимальную диагностику и прогнозировать развитие психических расстройств у лиц с ВИЧ-инфекцией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Применение биопсихосоциального подхода позволяет более полно раскрыть закономерности формирования и динамики психических расстройств у лиц с ВИЧ-инфекцией, их диагностика и лечение должны осуществляться с учетом выделенных преморбидных и морбидных биопсихосоциальных факторов.
2. Учет выделенных факторов при диагностических и лечебных мероприятиях подразумевает многоуровневый динамический анализ состояния пациента и строится на принципах системности и комплексности, дифференциации и персонификации, непрерывности и гибкости, оптимизации и поддержания эффективности и разработанных алгоритмах.
3. Поскольку психические расстройства негативно влияют на приверженность ВИЧ-инфицированных к терапии, больным необходимо проводить первичный и систематический скрининг психических расстройств.
4. Первичная и повторные консультации ВИЧ-инфицированных должны осуществляться мультипрофессиональной бригадой специалистов с привлечением врача-психиатра, нарколога и клинического психолога.
5. Последовательность диагностических мероприятий должна носить континуальный и циклический характер на всем протяжении оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.
6. Адекватным инструментом персонифицированной диагностики ВИЧ-ассоциированных психических расстройств может служить «Шкала клинико-динамической интегративной оценки ВИЧ-ассоциированных психических расстройств».

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:

1. Новиков, В.В. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции с позиций биопсихосоциального подхода / В.В. Новиков, Д.Ф. Хритинин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – №4. – С. 11-18.
2. Хритинин, Д.Ф. Клинико-динамические особенности невротических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 27-31.
3. Хритинин, Д.Ф. Аномалии преморбидной личности и личностные расстройства ВИЧ-инфицированных / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. — № 2 (87) . – С. 10-13.
4. Хритинин, Д.Ф. Клинико-динамическая характеристика и нозологическая структура ВИЧ-обусловленных нейрокогнитивных нарушений / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 80-83.
5. Хритинин, Д.Ф. Структура невротических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2015. – №10. – С. 21-25.
6. Хритинин, Д.Ф. Факторы, влияющие на приверженность лечению у больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4 (89). – С. 67-71.
7. Новиков, В.В. Этапы развития психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией / В.В. Новиков // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – № 1s. – С. 24-25.
8. Хритинин, Д.Ф. Современные представления о психических расстройствах при ВИЧ-инфекции (аналитический обзор) / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – №3. – С. 94-104.
9. Хритинин, Д.Ф. Особенности психотерапии ВИЧ-ассоциированных психических расстройств / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – №3. – С. 105-110.

10. Хритинин, Д.Ф. Систематика и особенности развития психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией / Д.Ф. Хритинин, В.В Новиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – №5. – С. 19-22.
11. Хритинин, Д.Ф. Особенности клиники экзогенно-органических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией / Д.Ф. Хритинин, В.В Новиков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – №8. – С. 17-21.
12. Хритинин, Д.Ф. Биопсихосоциальная модель ВИЧ-ассоциированных психических расстройств / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2017. – №3. – С. 3-10.
13. Новиков, В.В. Принципы диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных психических расстройств с позиций биопсихосоциального подхода / В.В. Новиков, Д.Ф. Хритинин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – №4. – С.30-39.
14. Хритинин, Д.Ф. Особенности психоорганического синдрома у больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами / Д.Ф. Хритинин, В.В. Новиков // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – №5. – С.49-55.

Публикации в других изданиях:

1. Новиков, В.В. Современное состояние проблемы психических расстройств при ВИЧ-инфекции / В.В. Новиков, Д.Ф. Хритинин // Актуальные проблемы психиатрии. – Сб. тез. всерос. науч.-практ. конф. с межд. участ. – Москва, 2012. – С. 154-156.
2. Новиков, В.В. Клинические особенности ВИЧ-обусловленных психических расстройств / В.В. Новиков, Д.Ф. Хритинин // Избранные вопросы психиатрии. – Сб. науч. трудов. – Москва, 2014. – С.116-118.
3. Новиков, В.В. Симптомокомплексы ВИЧ-обусловленного психоорганического синдрома / В.В. Новиков // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 100-105.
4. Новиков, В.В. Психотерапия ВИЧ-обусловленных психических расстройств / В.В. Новиков // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник мате-

- риалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 106-110.
5. Новиков, В.В. Организация помощи больным с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами / В.В. Новиков // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 110-113.
 6. Новиков, В.В. Особенности клинической диагностики ВИЧ-ассоциированных нейροкогнитивных расстройств / В.В. Новиков // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 113-117.
 7. Новиков, В.В. О роли соматопсихических и психосоматических взаимоотношений в патогенезе ВИЧ-ассоциированных психических расстройств / В.В. Новиков // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 118-123.
 8. Новиков, В.В. Подходы к фармакотерапии ВИЧ-ассоциированных психических расстройств нейролептиками / В.В. Новиков, А.М. Новикова // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 123-127.
 9. Новиков, В.В. Лечение антидепрессантами больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами / В.В. Новиков, А.М. Новикова // Актуальные вопросы психического здоровья: сборник материалов заочной международной конференции, посвященной памяти профессора Виктора Ивановича Григорьева. – Рязань: РязГМУ, 2015. - С. 127-130.
 10. Новиков, В.В. Биопсихосоциодуховная модель развития психических расстройств при ВИЧ-инфекции / В.В. Новиков // XVI съезд психиатров России сб. труд. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» г. Казань, 2015. – С. 1018.

Подписано в печать: 10.10.2018
Формат А5
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 100 Экз.
Заказ №661_2
Типография ООО "Цифровичок"
117149, г. Москва, ул. Азовская, д. 13