

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

ЧУМАКОВ

Егор Максимович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РАННИМ СИФИЛИСОМ**

Специальность 14.01.06 – Психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор

Петрова Наталия Николаевна

Санкт-Петербург

2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	10
1.1. Особенности течения ВИЧ-инфекции и сифилиса при сочетанном заражении.....	10
1.2. Психические нарушения при ВИЧ-инфекции и сифилисе.....	15
1.2.1. Эволюция взглядов на психические нарушения при сифилисе.....	15
1.2.2. Современный подход к психическим нарушениям у больных ВИЧ- инфекцией.....	23
1.2.3. Психические нарушения при ассоциированных ВИЧ-инфекции и сифилисе.....	48
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ.....	58
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РАННИМ СИФИЛИСОМ.....	77
4.1. Клиническая характеристика психических нарушений в группах сравнения	77
4.2. Аддиктивные нарушения у больных ВИЧ-инфекцией, ранним сифилисом и с коморбидными расстройствами.....	86
4.2.1. Аддиктивные нарушения у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.....	86
4.2.2. Аддиктивные нарушения у больных ранним сифилисом.....	96
4.2.3. Аддиктивные нарушения у больных ВИЧ-инфекцией.....	98
4.3. Особенности аффективных расстройств у больных ВИЧ-инфекцией, ранним сифилисом и с коморбидными расстройствами.....	103
4.3.1. Аффективные расстройства у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.....	103

4.3.2. Аффективные расстройства у больных ранним сифилисом.....	115
4.3.3. Аффективные расстройства у больных ВИЧ-инфекцией.....	120
4.4. Когнитивные нарушения у больных с ассоциированными ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	132
4.5. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём, у больных психиатрического стационара.....	143
ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РАННИМ СИФИЛИСОМ.....	151
5.1. Качество жизни больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	151
5.2. Особенности приверженности к лечению больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	165
5.3. Психосоциальные факторы заражения ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	168
5.3.1. Психические нарушения и заражение ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	168
5.3.2. Способность к прогнозированию рисков у больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	175
5.4. Характеристика личностных особенностей у больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.....	180
ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	188
ВЫВОДЫ.....	214
Практические рекомендации.....	215
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	216
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	269
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	270

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. ВИЧ и сифилис являются одними из наиболее распространенных в мире инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и, относясь к социально значимым заболеваниям, представляют значительную угрозу общественному здоровью.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди психически больных примерно в восемь раз больше, чем в общей популяции (Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F. et al., 2014). Психические расстройства наблюдаются у подавляющего числа ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (85,6%) (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007). По данным ВОЗ от 38 до 73% пациентов с ВИЧ/СПИДом имеют, как минимум, одно психическое расстройство в течение жизни (Доклад ВОЗ, 2008).

ВИЧ-инфекция чаще встречается среди лиц с расстройствами личности (Newville H., Haller D.L., 2012), а также при наличии у пациентов патологии аффективного спектра (до 50%) (Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A. et al., 2008) и/или зависимости от наркотических средств и алкоголизма, значительно повышающих риск заболевания ВИЧ-инфекцией (Dutra M.R.T., Campos L.N., Guimarães M.D.C., 2014; Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F. et al., 2014). Поведенческие нарушения признаны независимыми предикторами потребления психоактивных веществ (Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., 2014)

Как известно, наркотическая зависимость тесно связана с внутривенным потреблением наркотиков, что остается одним из основных факторов риска распространения ВИЧ-инфекции в России (Krupitskiy E., Zvartau E., Karandashova G. et al., 2004). Одним из факторов, значительно повышающих риск заражения ВИЧ является так называемое рискованное поведение (Гречаный С.В., Егоров А.Ю., 2013). Для ВИЧ-инфицированных типичны преморбидная социальная, в том числе микросоциальная, дезадаптация, девиантное поведение (Петрова Н.Н., Федотова Ю.А., 2006).

ВИЧ поражает ЦНС уже в первые недели после заражения (Беляков Н.А., Медведев С.В., Трофимова Т.Н. и др., 2012), что обуславливает высокую частоту развития в дальнейшем у ВИЧ-инфицированных больных органического поражения головного мозга, одними из характеристик которого являются клинически выявляемые когнитивные нарушения (Letendre S.L., Ellis R.J., Ances B.M., et al., 2010). При этом частота и структура этих и других психических расстройств, развившихся у ВИЧ-инфицированных пациентов, зависит от срока установления диагноза ВИЧ-инфекции и от активности инфекционного процесса (Бешимов А.Т., 2006).

При сифилисе также имеет место поражение ЦНС. Отмечен даже рост заболеваемости нейросифилисом в Санкт-Петербурге в последние годы, при этом есть достаточно оснований считать, что его регистрация является неполной и не отражает истинной картины заболеваемости (Кушнир О.Н., Поляков Ю.И., Митрофанов А.Ю., 2012). При ранних формах сифилиса частота психогенных расстройств преобладает над соматогенными (Ишутина Н.П., 1986). Психические нарушения при раннем сифилисе могут проявиться в виде острой реакции на стресс (аффективно-шоковые реакции, депрессивные, тревожные, апатические, истероформные и вегетативные нарушения), пролонгированных клинко-психопатологических форм реагирования (астеническими, астено-депрессивными, тревожно-фобическими расстройствами) и выявляются у 68% пациентов с этим заболеванием (Окружнова Т.В., 2002).

Исследователями установлено, что ВИЧ и сифилис обладают сходством ряда биологических, социально-демографических и поведенческих характеристик (Родионов А.Н., 2007). В условиях наблюдаемого в последние годы роста числа сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией (Козенко Л.И., 2004; Zetola N.M., 2007) представляется необходимым специальное изучение выявленное исследователями (Miller B.A., Hicks C.B., 2010; Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H., 2015) взаимовлияние

биопсихосоциальных особенностей этих двух заболеваний и их проявление в целостной клинической картине страдания.

Степень разработанности темы исследования. Имеющиеся в литературе данные о психических нарушениях при сифилисе и ВИЧ-инфекции описывают лишь случаи монозаболеваний этими инфекциями.

Предметом изучения сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией на сегодняшний момент стали, в основном, эпидемиологические и инфекционные характеристики возбудителей, но не влияние коморбидности этих заболеваний на психические расстройства.

Лишь в единичных работах имеются некоторые обобщенные данные о взаимовлиянии ВИЧ-инфекции и сифилиса, характеризующемся утяжелением целостной клинической картины заболевания (Hall C.S., 2006; Marra C.M., Deutsch R., Collier A.C. et al., 2013).

Цель исследования – изучение психических расстройств и личностно-психологических особенностей у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.

Задачи исследования:

1. Установить частоту и клинико-феноменологические характеристики психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом;
2. Дать характеристику личностно-психологических особенностей, включая рискованное поведение и качество жизни, у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом;
3. Определить факторы, влияющие на развитие психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом;
4. Выявить особенности когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.

Научная значимость. Впервые проведено комплексное (клиническое, психометрическое, катamnестическое, экспериментально-психологическое) исследование психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с

ранним сифилисом, что позволило установить частоту, структуру и выраженность психических расстройств у этих пациентов. Показано, что коморбидность этих инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (ИППП), сопряжена с большей частотой нозогенных реакций, чем при монозаражении каждой из инфекций.

Изучение «рискованного поведения» больных, его взаимосвязи с нередко представленными у таких пациентов аддиктивными характеристиками и особенностями социальной адаптации позволило дать научное обоснование его в сочетанном заражении сифилисом и ВИЧ. Изучение особенностей сексуального поведения, связанного с характером имеющихся у обследованных пациентов психических расстройств, также позволило дать научное обоснование его роли в сочетанном заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Уточнена роль психопатоподобного поведения, его взаимосвязь с другими проявлениями рискованного поведения в заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом у больных с расстройствами шизофренического спектра и органическим заболеванием головного мозга.

Получены новые данные не только о психопатологических, но и о психологических факторах риска заражения ИППП. Выявлена незначительная роль раннего нейросифилиса, в отличие от ВИЧ, в формировании когнитивных нарушений при сочетанном заражении этими инфекциями. Одновременно установлено, что аддиктивные и когнитивные симптомокомплексы негативно влияют на вероятность обращения к инфекционисту для начала терапии у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Получены новые данные о влиянии психических расстройств на качество жизни ВИЧ-инфицированных больных сифилисом.

Практическая значимость: В результате исследования уточнены психологические факторы риска заражения ВИЧ и сифилисом, установлены предикторы возникновения психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом, что способствует превенции психических расстройств, улучшению качества жизни и комплайенса у этих больных.

Уточнены психические расстройства, приведшие к заражению ИППП. Установлена связь рискованного поведения пациентов с имеющимися у них психическими расстройствами, что в конечном счете приводило к заражению сифилисом и ВИЧ-инфекцией.

Полученные данные свидетельствуют, что коррекция психических расстройств может способствовать улучшению приверженности терапии ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом. Показано, что рискованное поведение психически больных с сифилисом должно стать мишенью психосоциального вмешательства для улучшения приверженности пациентов терапии, профилактики заражения и распространения ИППП.

Установлено, что, помимо этого, в качестве группы риска в плане развития нозогенных реакций целесообразно рассматривать также пациентов без психических расстройств и/или социальной дезадаптации в анамнезе, с которыми необходимо превентивное проведение психообразовательных мероприятий

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Развитие психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом в большей степени зависит от поведенческих характеристик и от тяжести течения ВИЧ, чем от коморбидного заражения сифилисом. Заболевание ранними формами сифилиса (в особенности ранним нейросифилисом) приводит к большей частоте развития нозогенных реакций, чем при монозаражении этой инфекцией, и не вносит существенного вклада в развитие аддиктивных, аффективных, личностных особенностей и психических нарушений вследствие уже имевшегося у пациентов с ВИЧ-инфекцией органического поражения головного мозга, изначально связанного с этим заболеванием.

2. Заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом происходит вследствие рискованного поведения, прежде всего – инъекционного потребления наркотиков у женщин и гетеросексуальных мужчин, а также в следствие компульсивного сексуального поведения у мужчин, занимающихся сексом с

мужчинами. Заражение ВИЧ-инфекцией у больных с расстройствами шизофренического спектра связано с психопатоподобным (непсихотическим) поведением, сопровождающимся потреблением наркотиков.

3. На сочетанное заражение ИППП влияет личностно-психологическая особенность пациентов в виде их низкой прогностической компетентности (общей и личностно-ситуативной), характеризующей стрессоустойчивость, копинг-ресурсы личности.

4. Структура и частота когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом определяется тяжестью ВИЧ-инфекции при незначительной роли в их формировании раннего нейросифилиса.

Публикации и апробация диссертации. По материалам исследования опубликовано 27 работ, в том числе 6 статей в журналах, рекомендованных ВАК. Основные положения и результаты работы доложены на научно-практических конференциях: 16th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry (Санкт-Петербург), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань), 24-rd EADV Congress (Копенгаген), 24-th European Congress of Psychiatry (Мадрид), WPA Regional Conference «Mental Health, Directions and Challenges» (Тбилиси), Международный конгресс «Психосоматическая медицина – 2016» (Санкт-Петербург), Всероссийская научно-практическая конференция «Психиатрия – любовь моя!», заседание кафедры психиатрии и наркологии Медицинского факультета СПбГУ (Санкт-Петербург, 15 сентября 2016).

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Особенности течения ВИЧ-инфекции и сифилиса при сочетанном заражении

По данным федерального статистического наблюдения, в Российской Федерации в 2013 г. было зарегистрировано 333 852 вновь выявленных случая ИППП, из них 41 455 вновь выявленных случаев сифилиса (Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А. и др., 2014). Число ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации приближается к миллиону человек (907607 человек по предварительным данным 01.03.2015) (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.»), при этом оценочные показатели превосходят выявленные в 2-4 раза. (Беляков Н.А., 2011; Беляков Н.А., Розенталь В.В., Дементьева Н.Е. и др., 2012). Россия находится в числе лидеров по поражённости населения ВИЧ (Беляков Н.А., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В., 2012) – в 2014 г. выявлено 85252 новых случаев заражения ВИЧ, что на 6,9% больше, чем в 2013 г. (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.»). Санкт-Петербург находится в числе наиболее поражённых ВИЧ-инфекцией субъектов Российской Федерации (зарегистрировано 916,8 живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения при среднем показателе по России в 494,6 на 100 тыс. населения) (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.»). Чаще всего ВИЧ в Российской Федерации обнаруживается у мужчин 30–35 лет, из которых инфицированы 2,4%, и среди женщин в возрасте 25–34 лет (1,2%). С 2002 г. в России наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа инфицированных женщин и их доли в структуре ВИЧ-инфицированных лиц (феминизация эпидемии) (Должанская Н.А., Шмелева З.Б., 2015). В настоящее время в Санкт-Петербурге ВИЧ-инфицированы 5% популяции среди людей в возрасте 18-40 лет. (Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э. и др., 2014).

Несмотря на то, что последние годы в России отмечается снижение заболеваемости сифилисом (Иванова М.А., Лосева О.К., Малыгина Н.С. и др., 2009; Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А. и др., 2014), одной из причин которого называют неполную регистрацию, вызывает настороженность происходящее изменение структуры заболеваемости сифилисом со значительным увеличением числа поздних, скрытых форм сифилиса (Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А. и др., 2014), и нейросифилиса (Лосева О.К., Плотникова А.В., Мальцева О.Н., 2002). В странах Европы отмечается противоположная тенденция к увеличению заболеваемости сифилисом (Laar M., Spiteri G., 2012): на 22% в Германии (Bremer V., Marcus U., Hamouda O., 2012), на 10% в Великобритании (Savage E.J., Marsh K., Duffell S. et al., 2012), растёт заболеваемость сифилисом в Греции (Kanelleas A., Stefanaki C., Stefanaki I. et al., 2015). Число больных сифилисом в Китае возрастает с каждым годом (больше всего в возрастной группе 20-29 лет) (Gao J., Xu J., Sheng Y. et al., 2013). Значительно возрастает число больных сифилисом женщин (HIV in the United States: An overview, 2009).

Сходство эпидемиологических характеристик ВИЧ-инфекции и сифилиса обуславливает высокий уровень сочетанного заражения данными инфекциям (Беляков Н.А., Степанова Е.В., Рахманова А.Г. и др., 2009; Gao L., Zhang L., Jin Q., 2009). Диагноз сифилиса выставляется 46,5% больным после выявления ВИЧ-инфекции (Chang Y.-H., Liu W.-C., Chang S.-Y. et al., 2014). Последние годы отмечается рост числа случаев микстинфекции сифилиса и ВИЧ (Bolan G., 2012). С 2004 по 2008 г. количество пациентов с сифилисом и ВИЧ во Флоренции возросло на 248%. (Martinelli C.V., Tognetti L., Colao G. et al., 2012). Коморбидность сифилиса и ВИЧ-инфекции варьируется в пределах 15%-73% (Козенко Л.И., Лин В.Н., Цабак Н.Н. и др., 1999; Luise C., Blank S., Brown J. et al., 2002; Lynn W.A., Lightman S., 2004; Agmon-Levin N., Elbirt D., Asher I. et al., 2010). В Санкт-Петербурге сочетанное заражение ВИЧ и сифилисом встречается в 27% случаев (Смирнова Т.Т., Гайворонская О.В., Гульцева Н.Ю. и др., 2007).

Наиболее подверженной сочетанному заражению сифилисом и ВИЧ-инфекцией является когорта мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Колтунов В.А., Сердюков А.Г., Рассказов Д.Н., 2011; Lim R.B.T., Tan M.T., Young B. et al., 2013) (от 13% в Норвегии (Jakopanec I., Grjibovski A.M., Nilsen Ø. et al., 2013), 16% в Германии (Marcus U., Kollan C., Bremer V. et al., 2005) и Испании (Diaz A., Junquera M.L., Esteban V. et al., 2009), 21-45% в Канаде (Burchell A.N., Allen V.G., Moravan V. et al., 2013), 25-40% в Великобритании, 58% в США (Murphy D., Holt M., 2009) до 96% в Израиле (Brosh-Nissimov T., Mor Z., Avramovich E., 2012). 37% ВИЧ-положительных МСМ имели в анамнезе заболевание сифилисом (Hunt A.J., Christofinis G., Coxon A.P. et al., 1990). У 28% ВИЧ-инфицированных МСМ, больных сифилисом, выявляется повторное заражение сифилисом (Courjon J., Hubiche T., Dupin N. et al., 2015). Риск заражения ВИЧ-инфекцией для МСМ в 19-44 раза выше, чем для мужчин из общей популяции (Baral S., Sifakis F., Cleghorn F. et al., 2007; CDC 2010) и в 40 раз выше, чем у женщин (Estimated HIV incidence among..., 2010).

Ряд исследований выявили взаимосвязь заболевания сифилисом и ВИЧ-инфекцией (Gwanzura L., Latif A., Bassett M. et al., 1999; Vajpayee M., Malhotra N., Seth P. et al., 2000; Buchacz K., Klausner J.D., Kerndt P.R. et al., 2008). Некоторые учёные считают ранний сифилис фактором риска заражения ВИЧ (Hook E.W., Peeling R.W., 2004). Выявлено также взаимное влияние сифилиса и ВИЧ-инфекции друг на друга: сифилис повышает риск передачи ВИЧ (Sexton J., Garnett G., Rottingen J.A., 2005; Da Ros C.T., Schmitt C.S., 2008; Miller B.A., Hicks C.B., 2010; Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H., 2015) через нарушение слизистых оболочек, изъязвления (Fox J., Fidler S., 2010; Sellati T.J., Wilkinson D.A., Sheffield J.S. et al., 2000), или воспаление (Ward H., Ronn M., 2010) и за счет увеличения РНК ВИЧ в крови и половых органов (Solomon M.M., Mayer K.H., Glidden D.V. et al., 2014). *T. pallidum* вызывает мощный иннативный и адаптивный клеточный иммунный ответ в коже и периферической крови (Salazar J.C., Cruz A.R., Pope C.D. et al., 2007). Эта иммунная активация, измеряемая увеличением активированных CD4 клеток, может также повысить

передачу ВИЧ-инфекции. (Miller B.A., Hicks C.B., 2010) ВИЧ, в свою очередь, может влиять на клиническую картину сифилиса. (Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H., 2015) утяжеляя её (Radolf J.D., Lukehart S.A., 2006). Однако, существует противоположное мнение, отрицающее влияние ВИЧ-инфекции на течение сифилиса (Hutchinson C.M., Hook E.W., Shepherd M. et al., 1994; Rompalo A.M., Joesoef M.R., O'Donnell J.A. et al., 1997; McBroom R.L., Styles A.R., Chiu M.J. et al., 1999).

Значительное влияние заболевания сифилисом на заражение ВИЧ предполагает важность своевременной диагностики и лечения сифилиса, особенно среди групп риска, с целью уменьшения заболеваемости ВИЧ. Кроме того, постановка диагноза сифилиса несёт за собой ключевую возможность для исследования на ВИЧ, учитывая повышенный риск ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных сифилисом. (Solomon M.M., Mayer K.H., Glidden D.V. et al., 2014).

Значительное число больных сифилисом может служить индикатором увеличения числа заболевших ВИЧ в будущем, так как факторы риска заражения этими инфекциями схожи (Gao L., Zhang L., Jin Q., 2009). Сифилис в некоторых случаях может помочь в ранней диагностике ВИЧ (Martinelli C.V., Tognetti L., Colao G. et al., 2012), так как клинические проявления сифилиса возникают обычно раньше манифестации ВИЧ. Сифилис повышает вероятность сексуального пути (Paz-Bailey G., Meyers A., Blank S. et al., 2004; Galvin S.R., Cohen M.S., 2004; Xiao Y., Sun J., Li C. et al., 2010; Wang X., Lan G., Shen Z. et al., 2014) передачи ВИЧ-инфекции в 2-9 раз и риск заражения ВИЧ в 2-4 раза (Chesson H.W. et al., 2003) за счёт увеличению вирусной нагрузки в вагинальном секрете и семенной жидкости (Quinn T.C., Wawer M.J., Sewankambo N., 2000). Наличие у пациента одновременно сифилиса и ВИЧ-инфекции, увеличивает риск передачи ВИЧ в 2,3 – 8,6 раз (Funnye A.S., Abbasi J., 2003). Считается, что это происходит одновременно за счёт увеличения инфекционной активности вируса иммунодефицита человека и повышения

предрасположенности организма человека к ВИЧ (Fleming D.T., Wasserheit J.N., 1999; Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R. et al., 2003).

Сифилис у ВИЧ-инфицированных приводит к снижению количества CD4 клеток и увеличению вирусной нагрузки в плазме крови и спермы (Fleming D.T., Wasserheit J.N., 1999; Hall C.S., 2006). На фоне ВИЧ-инфекции могут возникать ложно-положительные и ложно-отрицательные результаты серологических тестов на сифилис, а развитие нейросифилиса возможно уже на ранней стадии сифилиса (Hall C.S., 2006). Другим механизмом повышения вероятности передачи ВИЧ при сифилисе является изъязвление мягкого шанкра (Sellati T.J., Wilkinson D.A., Sheffield J.S. et al., 2000).

Сифилис на фоне ВИЧ-инфекции отличается ускоренным течением (Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М., 2004) вплоть до поздних проявлений в короткие сроки (Потекаев С.Н., Потекаев Н.С., Юрин О.Г. и др., 1995), иногда злокачественным течением с тяжелыми и атипичными проявлениями (Musher D.M., Hamill R.J., Vaughn R.E., 1990), возможной инверсией клинических и серологических проявлений, необычно большим количеством бледных трепонем в отделяемом шанкров и эрозивных папул (Потекаев С.Н., Потекаев Н.С., Юрин О.Г. и др., 1995). Вторичный сифилис на фоне ВИЧ-инфекции может проявляться язвенными дефектами, рассеянными по кожному покрову и слизистым оболочкам. (Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М., 2004). Вторичные сифилиды у ВИЧ-инфицированных часто сочетаются со специфическими поражениями нервной системы, органов зрения, суставов, лихорадкой и другими нарушениями общего состояния и самочувствия (Потекаев С.Н., Потекаев Н.С., Юрин О.Г. и др., 1995), а также отличаются четким сосудистым компонентом и имеют сочную темно-вишневую окраску. Нередко наблюдаются атипичные псориазиформные или узловатые сифилиды (Козенко Л.И., Лин В.Н., Цабак Н.Н. и др., 1999). Проявления сифилиса могут имитировать различные другие заболевания, такие как гранулематоз Вегенера (Passo M.S., Rosenbaum J.T., 1988), синдром Рейно (Rufli T., 1989), болезнь Крона (Kleiner R.C., Najarian L., Levenson J. et al., 1987). Особенностью ре-

инфекции сифилисом у ВИЧ-инфицированных является менее выраженная клиническая картина (Courjon J., Hubiche T., Dupin N. et al., 2015). Клинические проявления сифилиса и скорость прогрессирования заболевания могут изменяться под влиянием сопутствующей ВИЧ-инфекцией на иммунную систему (Hook E.W., 1989). Эффективность стандартной терапии раннего сифилиса в случае ко-инфицирования ВИЧ может быть уменьшена (Hall C.S., 2006).

Вызывают настороженность данные о росте уровня ИППП у больных, живущих с ВИЧ и СПИДом и имеющих доступ к АРВТ (Scheer S., Chu P.L., Klausner J.D. et al., 2001; Stolte I.G., Dukers N.H., de Wit J.B. et al., 2001). С доступностью ВААРТ, ВИЧ-инфицированные МСМ, добившие неопределяемой вирусной нагрузки РНК ВИЧ в плазме крови, чаще занимаются незащищенным сексом (Dukers N.H., Goudsmit J., de Wit J.B. et al., 2001; Ostrow D.E., Fox K.J., Chmiel J.S. et al., 2002), что может увеличить риск передачи ИППП и ВИЧ. Высказывается предположение, что снижение смертности от ВИЧ, обусловленное применением антиретровирусной терапии, в совокупности с рискованным сексуальным поведением ВИЧ-инфицированных, может быть причиной нового роста заболеваемости сифилисом (Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R. et al., 2003).

1.2. Психические нарушения при ВИЧ-инфекции и сифилисе

1.2.1. Эволюция взглядов на психические нарушения при сифилисе

Проблема психических нарушений при сифилисе в последние годы приобрела особое значение. Актуальность в практике врачей дерматовенерологов нейросифилиса, который возникает в 25-40% случаев (Mehrabian S., Raycheva M.R., Petrova E. et al., 2009), растёт в последние годы – так, в Санкт-Петербурге в 2012 г. заболеваемость нейросифилисом превышала среднероссийский показатель почти в 3 раза (Шепило С.А., Разнатовский К.И., Александров Н.Ю., 2012). Частота психических нарушений при нейросифилисе

колеблется в диапазоне 17-51% (Timmermans M., Carr J., 2004; Friedrich F., Geusau A., Friedrich M.-E. et al., 2012). Психические расстройства доминируют в клинической картине заболевания при поздних стадиях нейросифилиса, что может проявляться различными симптомами (психомоторным возбуждением, бредом, галлюцинациями, аффективными нарушениями, снижением памяти, неадекватным поведением) (Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М. и др., 2011). Несмотря на то, что классический прогрессивный паралич в настоящее время встречается редко (Zheng D., Zhou D., Zhao Z. et al., 2011; Barbosa I.G., Vale T.C., de Macedo D.L. et al., 2012), за последние годы в зарубежной литературе опубликовано значительное число работ, в которых описаны клинические случаи манифестации нейросифилиса с психических нарушений психотического уровня (Klaus M.V., Amarante L., Beam T.R. et al., 1989; Friedrich F., Geusau A., Greisenegger S. et al., 2009; Friedrich F., Aigner M., 2011; Rahman S., Trimzi I., Centers N. et al., 2011; Keshavan MS, Kaneko Y., 2013), проявлявшихся галлюцинациями и бредом (Vargas A.P., Carod-Artal F.J., Del Negro M.C. et al., 2000; Schiff E., Lindberg M., 2002; Teixeira A.L., Malheiros J.A., Lambertucci J.R., 2006; Kararizou E., Mitsonis C., Dimopoulos N. et al., 2006; Taycan O., Ugur M., Ozmen M., 2006; Mannekote S.T., Singh V.K., 2008; Guller E., Leyhe T., 2011; Keskin G., Sunter G., Midi I., 2011), маниакальными (Patkar A.A., Pradhan P.V., Shan L.P. et al., 1989; Mannekote S.T., Singh V.K., 2008; Keskin G., Sunter G., Midi I. et al., 2011; Barbosa I.G., Vale T.C., de Macedo D.L. et al., 2012) и депрессивными (Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H. et al., 2009; Tchernev G., Cardoso J., Trafeli J. et al., 2011) состояниями, нарушениями поведения (Teixeira A.L., Malheiros J.A., Lambertucci J.R., 2006; Zheng D., Zhou D., Zhao Z. et al., 2011; Guller E., Leyhe T., 2011; Keskin G., Sunter G., Midi I. et al., 2011), генерализованными судорожными припадками (Yao Y., 2012) и когнитивным снижением вплоть до деменции (Васильева О.А., Кубрин Е.А., Карпов С.М. и др., 2012; Patkar A.A., Pradhan P.V., Shan L.P. et al., 1989; Goeman J., Hoksbergen I., Pickut B.A., 1996; Mannekote S.T., Singh V.K., 2008; Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H. et al., 2009; Mehrabian S., Raycheva M.R., Petrova E. et al., 2009; Kelly B.D.,

2009; Keskin G., Sunter G., Midi I. et al., 2011; Zheng D., Zhou D., Zhao Z. et al., 2011; Ahn S., Jung K.-I., Yoo W.-K. et al., 2012) с атрофией коры головного мозга (Teixeira A.L., Malheiros J.A., Lambertucci J.R., 2006).

Несмотря на то, что инфицирование ЦНС при сифилисе может происходить уже в течение нескольких недель или месяцев после заражения (Комкина Н.Г., Назаренко Н.В., Прохожев А.Ю. и др., 2001), выявляется низкая настороженность врачей по поводу возможности заболевания нейросифилисом (Timmermans M., Carr J., 2004) и прогрессивным параличом, который по оценке некоторых исследователей может развиваться уже через год после инфицирования в случае отсутствия лечения (Zeng Y.-L., Wang W.-J., Zhang H.-L. et al., 2013) и достигать 35% у больных нейросифилисом (Lin L.-R., Zhang H.-L., Huang S.-J. et al., 2014). Пациенты поступают для лечения в психиатрические больницы, и только там, спустя какое-то время, у них диагностируют инфекцию и начинают лечить основное заболевание. Лечение нейросифилиса антибиотиками и антипсихотиками, где это требуется, обычно улучшает, но не восстанавливает психическое состояние, в основном из-за нейронального повреждения (Hutto B., 2001), но существуют и случаи полного восстановления психического статуса (Kararizou E., Mitsonis C., Dimopoulos N. et al., 2006; Keshavan M.S., Kaneko Y., 2013). Эти данные свидетельствуют об отсутствии настороженности по поводу прогрессивного паралича и психических нарушений при сифилисе не только у интернистов, но и у психиатров. Из этого следует необходимость дополнительного акцентирования внимания врачей на этой проблеме.

Однако психические нарушения могут возникать у пациентов с сифилисом и без поражения центральной нервной системы, доля их в некоторых исследованиях достигает 68% (Окружнова Т.В., 2002). Отдельно в ряду психических нарушений при сифилисе стоят нозогенные реакции на факт заболевания. Факт заражения сифилисом остаётся глубоко стигматизирующим, поэтому способен вызывать аффективные расстройства разной степени выраженности по типу расстройств адаптации (реактивных состояний). Чувство

тревоги может сопровождать больного на протяжении всего заболевания (Валеева А.М., Мухаметова Р.Н., Синюшина Н.Н., 2013). Острая реакция на стресс, отмеченная при сообщении о заражении сифилисом, может заключаться в изменениях психического состояния, сходных с гипо- и гиперкинетическим вариантом аффективно-шоковых реакций, депрессивных, тревожных, апатических, истероформных и вегетативных нарушениях (Окружнова Т.В., 2002). Особая значимость нозогенных реакций в структуре психических нарушений при сифилисе в настоящее время объясняется тем, что, в противоположность 19 столетию, когда сифилис ассоциировался в глазах общественности с творческой, интеллектуальной или философской деятельностью (Pearce J.M.S., 2012), в 21 веке сифилис является стигматизирующим заболеванием, ассоциирующимся в обществе с его низшими слоями. Тотальная убежденность населения в победе антибиотиков над сифилисом и малая информированность о настоящей распространенности и об особенностях заражения сифилисом ведёт к беспечному отношению к сексуальным контактам, часто сопровождается рискованным сексуальным поведением и, как следствие, повышенным риском заражения ИППП, а также ведёт к абсолютной неподготовленности пациентов к новости о заражении. Комплекс этих факторов, а также недостаточная информированность о патоморфозе заболевания приводят к патологическому, преимущественно аффективному, реагированию пациентов на известие о «стыдном» заболевании. Основополагающую роль, по нашему мнению, в профилактике подобных психических нарушений у пациентов может сыграть своевременное и полное информирование пациентов об их состоянии, возможном лечении и прогнозе заболевания.

Связь психических нарушений и сифилиса долгое время оставалась неясна. Характер и структура психических нарушений при сифилисе были предметом изучения специалистов не одно столетие. Значение выделения прогрессивного паралича в 1822 г. Антуаном Лораном Бейлем в отдельное заболевание и определения этиологической и патогенетической связи его с сифилисом трудно

переоценить. Только с момента выделения прогрессивного паралича как самостоятельной болезни началась истинно научная эра в психиатрии. В классификации психозов в одном ряду с классическими синдромами – манией, меланхолией и слабоумием – впервые заняла место болезнь с действительно кардинальными признаками, характерным течением и своеобразной патологической анатомией.

Первые упоминания о психических нарушениях у больных сифилисом в литературе встречаются в начале XVI века, так, в 1519 г. Ульрих фон Гуттен упоминал о параличах у сифилитиков, но приписывал их происхождение применению с лечебными целями ртути (Kaplan R.M. (a), 2010). Уже в начале XVII века стало известно о способности сифилиса поражать головной мозг: в 1616 г. Баллониусом было проведено первое патологоанатомическое наблюдение сифилитических поражений головного мозга (Ruhhran J. , 1928).

Изолированные сообщения о ранее не описанной форме помешательства впервые возникли в конце 18 века. Джон Эслэм, психиатр-новатор из психиатрической больницы Бедлам, описал состояние с параличом и помешательством в 1798 г. (Pearce J.M.S., 2012). Большой шаг вперёд в изучении сифилиса и психических нарушений при нём связан с именем Жана-Этьена Доминика Эскироля, который начал закладывать учение о прогрессивном параличе (Каннабих Ю.В., 2012).

Прорывом в изучении психических нарушений при сифилисе стало первое описание прогрессивного паралича как отдельной болезни Антуаном Лораном Бейлем в 1822 г. (Pearce J.M.S., 2012). В своей диссертации «Исследования о душевных болезнях» («Recherches sur l'arachnitis chronique») и в ряде других работ он выделил прогрессивный паралич как отдельную нозологическую единицу, основываясь на единстве характерных психических, соматоневрологических и патологоанатомических изменений. В его работах также можно встретить заметки о частом сочетании прогрессивного паралича и сифилиса, но признать связь двух состояний он ещё не был готов (Каннабих Ю.В., 2012).

Во второй половине XIX века появился ряд работ и описаний клинических случаев, посвященных сифилису нервной системы. Одна из публикаций принадлежала Гризингеру, который в 1860 г. описал новую в то время форму сифилитического менингита (Новгородова Т.И., Новиков Ю.А., Филиппов С.О. и др., 2011).

Взгляд на сифилис как на единственную, исключительную причину прогрессивного паралича высказал впервые в 1863 г. шведский учёный Кьельберг (Каннабих Ю.В., 2012).

Заболеваемость прогрессивным параличом неуклонно росла. Альтхауз (1875 г.) в своём исследовании показал, что за период времени от 1838 до 1871 г. процент паралитиков в английских больницах повысился с 12,61% до 18,11%, увеличение диагностики прогрессивного паралича в этот период также было зафиксировано и во Франции, Берлине, Вене (Попов Н.М., 1913). По данным П.Б. Ганнушкина (1901 г.) не многим менее 1/3 душевнобольных в Москве в конце XIX века составляли паралитики, при этом он регистрировал постоянное увеличение числа заболевших прогрессивным параличом, особенно среди женщин (Ганнушкин П.Б., Суханов С.А., 1901).

К 1900 г. заболеваемость сифилисом выросла до 5-20% населения Европы и США. К 1914 было зарегистрировано около 3 миллионов случаев сифилиса в Великобритании с заболеваемостью на уровне 7%. В русской армии в 1907 г. сифилисом болели 20% личного состава. Если до этого он был распространён, в основном, в высших слоях общества, то в это время он распространился и среди других слоёв населения. Женщины стали болеть с такой же частотой, как и мужчины (Коляденко В.Г., Степаненко В.И., 2004).

Научное изучение сифилиса нервной системы началось в конце XIX столетия, когда А. Альцгеймер описал сифилитические поражения ЦНС – острый сифилитический менингомиелит и энцефалит (Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М. и др., 2011). В начале XX века изучались в основном поздние формы нейросифилиса – прогрессивный паралич, спинная сухотка, цереброспинальный сифилис. Больные нейросифилисом в то время составляли

существенную часть госпитализированных в неврологические и психиатрические стационары.

Окончательно первопричина прогрессивного паралича была установлена в начале XXв. благодаря ряду важнейших научных открытий. Изучение этиологии прогрессивного паралича началось с попыток экспериментального заражения животных. Исследованиями в этом направлении занимались И.И. Мечников, Э. Ру и Д.К. Заболотный, привившие в 1903 г. сифилис обезьянам шимпанзе и павианам. В микропрепаратах ими были обнаружены плохо преломляющие свет микроорганизмы, однако их наличие не связывали с возникновением заболевания (Коляденко В.Г., Степаненко В.И., 2004). В 1905 году ученые-микробиологи Фриц Шаудин и Эрах Гофман обнаружили в выделениях из язв на теле больных бактерию в виде спирали – спирохету. Протозоолог Шаудин в поле микроскопа обнаружил её в неокрашенных нативных мазках, приготовленных венерологом Гофманом из папулы больной сифилисом женщины. Так как бактерия плохо подвергалась окрашиванию, то ученые назвали ее бледной. Позднее удалось выделить подвиid бледной спирохеты – трепонему. Таким образом, возбудитель сифилиса получил окончательное название – бледная трепонема (Pearce J.M.S., 2012).

Еще одна важная веха в истории болезни – открытие реакции Вассермана. В 1906 г. ученые А. Нейссер, К. Брук и А. Вассерман провели лабораторное исследование, в ходе которого была зафиксирована реакция сыворотки крови на возбудитель сифилиса, сопровождающаяся появлением специфичных антител. Было установлено, что она даёт положительный результат как в крови, так и в цереброспинальной жидкости паралитиков почти в 100% случаев. Данный метод получил название реакции Вассермана или, сокращенно, RW. Анализ на сифилис RW стал единственно достоверным методом диагностики вплоть до конца 20 века. Он также продемонстрировал возможность латентных, скрытых форм сифилиса, без клинических проявлений.

Все сомнения об этиологии сифилиса были полностью исключены, когда японец Г. Ногуши и англичанин Дж. Мур обнаружили бледные трепонемы в

паренхиме мозга у пациентов, умерших от прогрессивного паралича. Они опубликовали результаты своих исследований в 1913 г. в английском «*Journal of experimental Medicine*». С этого момента прогрессивный паралич стали рассматривать как одну из форм позднего сифилиса с крайне своеобразной клинической картиной (Noguchi H., Moore J.W., 1913).

Это открытие вызвало некоторую обеспокоенность в психиатрическом сообществе. Бейль, описывая результаты своих исследований, надеялся, что понимание патофизиологии прогрессивного паралича приведет к его излечению, хотя в его время соотношения смертности от паралича к выздоровлению составляло 30:1. Но прорыва в лечении не произошло. По данным Рейнора за период с 1911 по 1918 г. 87% госпитализированных по поводу прогрессивного паралича умерли, у 9% было зарегистрировано некоторое улучшение состояния и лишь у 3,5% была зарегистрирована ремиссия (Новгородова Т.И., Новиков Ю.А., Филиппов С.О. и др., 2011).

Прорывом в терапии сифилиса явилось применение в 1943г. американцем Джоном Махони пенициллина. Использование антибиотикотерапии позволило значительно снизить долю поздних форм сифилиса в структуре заболевания. Представляют интерес статистические данные по Москве и Московской области: в 1928—1930 г. на нейросифилис приходилось 10% органических заболеваний нервной системы; в 1951—1955 г. — 2,6% (Лурье З.Л., 1959).

Активное применение антибиотиков в лечении сифилиса привело к значительному снижению его распространённости и, как следствие, к практически полному исчезновению прогрессивного паралича из практики психиатров. Относительно благоприятные десятилетия с низким уровнем распространения сифилиса благодаря хорошему ответу на лечение антибиотиками стали причиной того, что прогрессивный паралич как психическое заболевание долгое время оставался только на страницах учебников. Однако произошедший за последние десятилетия патоморфоз заболевания, рост резистентности сифилиса к лечению (Yao Y., 2012) привёл к тотальному увеличению скрытых и латентных форм в структуре заболевания,

что, в свою очередь, приводит к поздней диагностике заболевания, зачастую уже на фоне осложнений.

Новый пик заболеваемости сифилисом непосредственным образом связан с появлением ВИЧ и эпидемией СПИДа, возникшей после 1985 г. Заболевание, которое считалось некоторыми учёными практически побеждённым, фактически возродилось, причём в новом качестве. Коморбидность сифилиса и ВИЧ значительна и составляет в зависимости от изучаемой популяции от 20% до 73% (Wasserhert J.N., 1992; Luise C., Blank S., Brown J. et al., 2002). Кроме того, отсутствие эффекта от терапии сифилиса может быть связано с наличием у больных нейросифилисом ВИЧ-инфекции (Дамулин И.В., 2009).

1.2.2. Современный подход к психическим нарушениям у больных ВИЧ-инфекцией

Проблема взаимосвязи психических нарушений и ВИЧ-инфекции остается актуальной многие годы. Психические расстройства, в частности, зависимость от наркотических средств и алкоголизм значительно повышают риск заболевания ВИЧ-инфекцией (Сафьянникова А.А., 2010; Красносельских Т.В., 2011; Dutra M.R.T., Campos L.N., Guimarães M.D.C., 2014; Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F. et al., 2014). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди психически больных примерно в восемь раз больше, чем в общей популяции (Collins P.Y., Berkman A., Mestry K. Et al., 2009; Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F. et al., 2014), а в некоторых регионах, неблагоприятных по ИППП, это соотношение доходит до 96,1 (Сафьянникова А.А., 2010). Распространённость ИППП среди пациентов с психическими заболеваниями в развитых странах находится на уровне 3-22% (Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A. et al., 2008). При этом частота ИППП среди пациентов с наркотической зависимостью значительно выше по сравнению с психиатрическими пациентами без зависимости (Сафьянникова А.А., 2010). До 95% сексуально активных пациентов психиатрического звена обладают

признаками сексуального рискованного поведения (Ramrakha S., Paul C., Bell M.L. et al., 2013). Значительна коморбидность ВИЧ-инфекции и патологии аффективного спектра (до 50%) (Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A. et al., 2008), что согласуется с результатами исследований о наличии связи между аффективными нарушениями и рискованным поведением, способствующим заражению ИППП (Ramrakha S., Paul C., Bell M.L. et al., 2013). Высказано мнение, что пациенты психиатрических больниц находятся в особой группе риска распространения ВИЧ (Dutra M.R.T., Campos L.N., Guimarães M.D.C., 2014).

Больные психическими заболеваниями находятся в повышенном риске заражения ИППП (Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F. et al., 2014) и демонстрируют более высоко-рискованное сексуальное поведение (Dutra M.R.T., Campos L.N., Guimarães M.D.C., 2014). Частота обнаружения ВИЧ-инфекции среди психически больных варьирует в диапазоне от 3% до 24%, что в восемь раз выше, чем в популяции (Collins P.Y., Berkman A., Mestry K. et al., 2009). Действительно, гораздо чаще, чем в общей популяции, среди ВИЧ-инфицированных людей встречаются пациенты с биполярным аффективным расстройством, шизофренией, расстройствами личности и с синдромами зависимости от ПАВ (Бородкина О.Д., 2005; Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Batki S.L., 1990). Отмечена связь между выраженностью продуктивной симптоматики и психопатоподобного поведения (Cournos F., McKinnon K. (a), 1997), а успешное лечение психотической симптоматики приводит к снижению рискованного поведения (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2014). В последние два десятилетия увеличилось количество психических больных с первичным и вторичным сифилисом (Савчук Т.В., Попов Д.В., 2008).

К факторам риска ВИЧ-инфицирования у больных психическими расстройствами относят (Наумов О.Ю., 2004):

— особенности клинической картины психического расстройства (аффективные состояния, бредовое поведение, суицидные намерения,

психопатоподобное поведение, беспорядочные половые связи, бродяжничество, злоупотребление или наличие синдромов зависимости от ПАВ);

— поверхностное отношение к вероятности ВИЧ-инфицирования (большинство больных считают, что проблема ВИЧ никогда их не коснется);

— низкое качество лечения психического расстройства, что обуславливает высокую частоту обострений психического заболевания.

Несмотря на различия в сексуальном поведении среди психически больных (например, больные шизофренией реже сохраняют сексуальную активность; Meade C., Sikkema K., 2005), высоко-рискованное сексуальное поведение (например, незащищённые контакты, множество партнёров, коммерческий секс и потребление наркотиков) встречается у них чаще (Gray R., Brewin E., Noak J. et al., 2002; Meade C., Sikkema K., 2005; Higgins A., Barker P., Begley C.M., 2006), а уровень гемоконтактных инфекций, таких как ВИЧ и гепатит С, у психических больных выше, чем в общей популяции (Rosenberg S.D., Goodman L.A., Osher F.C. et al., 2001; Pandor A., Kaltenthaler E., Higgins A. et al., 2015). Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией — особая категория больных, характеризующаяся в большинстве своем наличием зависимости от опиоидов, с грубыми поведенческими нарушениями, с анозогнозией в отношении заболевания ВИЧ, нуждающиеся в особой помощи и поддержке со стороны специалистов медицинского и психологического профилей. Отсутствие сознания болезни, асоциальный и антисоциальный характер поведения приводят к некомплаентности больных, что создает серьезные препятствия для организации помощи (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2014). Уровень гемоконтактных инфекций у людей с психическими заболеваниями значимо выше показателя в популяции в регионах с низкой распространённостью гемоконтактных инфекций, таких как северная Америка и Европа, и на одном уровне с популяционным значением в регионах с высокой распространённостью инфекций, таком как Африка (для ВИЧ). Заражены ВИЧ 6% психически больных в США, в то время как популяционный показатель находится на уровне 0,6%. Тяжёлые психические заболевания не могут

считаться изолированным фактором риска для гемоконтактных инфекций, но должны оцениваться как потенциально ассоциированные с тяжёлым социально-экономическим фоном, злоупотреблением алкоголя и наркотиков, сексуальным рискованным поведением. (Hughes E., Bassi S., Gilbody S. et al., 2015).

По разным оценкам психические расстройства у ВИЧ-позитивных людей могут встречаться с частотой от 49% до 100% (Бородкина О.Д., 2005; Бешимов А.Т., 2006; Petrushkin H., Boardman J., Ovuga E., 2005; Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009; Yehia B.R., Stephens-Shield A.J., Momplaisir F. et al., 2015). Сведения о распространённости психических расстройств при ВИЧ-инфекции существенно различаются в зависимости от региона, исследуемого контингента и системы организации медицинской помощи (Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А., 2013). По данным Халезовой Н.Б., психические расстройства наблюдаются у подавляющего числа ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (85,6%) (Халезова Н.Б., 2011). Согласно докладу Секретариата ВОЗ 2008г., распространённость психических заболеваний среди ВИЧ-инфицированных лиц является существенно более высокой, чем среди населения в целом, а ВИЧ/СПИД является фактором риска развития психических расстройств (ВИЧ/СПИД и психическое здоровье. Доклад Секретариата ВОЗ 20 ноября 2008г.). Частота первичных обращений к психиатрам среди ВИЧ-инфицированных существенно возрастает, среди них растёт доля женщин (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007).

Проблемы психического здоровья могут проявиться на любой стадии инфицирования ВИЧ: во время проведения анализа ВИЧ, прогрессирования болезни, умирания. Несостоятельность лечения проблем психического здоровья может привести к сокращению жизни, ухудшению качества жизни и трудностям соблюдения предписанного лечения ВИЧ.

Согласно классификации МКБ-10 у ВИЧ-инфицированных больных встречаются относительно самостоятельные диагностические категории психических расстройств, относящихся к группе органического поражения головного мозга (Международная классификация болезней, 2005).

Среди развивающихся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных выделяют психические расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания, и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга (Бородкина О.Д., 2005; Бешимов А.Т., 2006; Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А. и др., 2012; Lyketsos C.G., Hanson A.L., Fishman M., 1994). Понятие психических расстройств у ВИЧ-инфицированных включает в себя также преморбидные психические расстройства, приводящие к заражению ВИЧ и психические расстройства, развившиеся уже после заражения (Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А., 2013). К преморбидной психической патологии относят расстройства, существовавшие к моменту заражения, относительно стабильно наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных на всём протяжении заболевания и сопоставимые по распространённости с ВИЧ-негативным контингентом, входящим в группу риска по ВИЧ, включая ВИЧ-контактных лиц без факта заражения (Бородкина О.Д., 2005). Эти психические нарушения чаще представлены расстройствами непсихотического уровня: расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте, невротическими и аффективными нарушениями (Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А., 2013). ВИЧ-инфекция чаще встречается среди лиц с расстройствами личности (Newville H., Haller D.L., 2012), с низким социальным и образовательным статусом (Houston E., Sandfort T., Watson K.T. et al., 2012). Нередко, ВИЧ-инфицированные пациенты характеризуются аддиктивным поведением, с деструктивными преморбидными чертами (Бородкина О.Д., 2005). Психогении у ВИЧ-инфицированных могут быть связаны, как с самим заболеванием (Бородкина О.Д., 2005), так и с индивидуальными кризисами во время нарушений психосоциальной адаптации (Недзельский Н., Морозова Е., 2003).

Зависимость от психоактивных веществ среди ВИЧ-инфицированных по разным данным встречается в 26-74% случаев (Säll L., Salamon E., Allgulander C. et al., 2009; Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009). Внутривенное использование наркотиков является и остается одним из основных факторов

риска распространения ВИЧ-инфекции в России (ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге: ВИЧ/СПИД — информационно-аналитический бюллетень, 2012; Krupitskiy E., Zvartau E., Karandashova G. et al., 2004). При этом потребление наркотиков может стать копинг-стратегией совладания со стрессом заражения ВИЧ (Cramer R.J., Colbourn S.L., Gemberling T.M. et al., 2015). Злоупотребление алкоголем характерно для людей, живущих с ВИЧ. (Garey L., Bakhshaie J., Sharp C. et al., 2015). Недавние эпидемиологические исследования показали, что 64% ВИЧ-инфицированных потребляли запрещённые государством вещества (наркотики) (NIDA InfoFacts..., 2011). Уровень распространенности ВИЧ-инфекции в популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) – 30,0%, гепатита В – 85,2%, гепатита С – 96,9%, сифилиса – 3,7%. 33,8% ПИН вовлечены в коммерческие сексуальные отношения (Красносельских Т.В., 2011). ПИН составляют наиболее пораженную ВИЧ группу: в Санкт-Петербурге распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в результате парентеральной передачи при небезопасных инъекциях возросла с 2% в 1999г. до 59% в 2009г. (Eritsyan K., Heimer R., Barbour R. et al., 2013). Этот путь передачи ВИЧ наиболее часто представлен в возрасте 18–40 лет (Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В. и др., 2012).

Злоупотребление ПАВ связано с рискованным сексуальным поведением (Schuster R., Bornovalova M., Hunt E., 2012). Широко принята позиция, что потребление ПАВ влияет на принятие решения об участии в сексуальном поведении (Yan A.F., Chiu Y., Stoesen C.A. et al., 2007; Yaya I., Saka B., Landoh D.E. et al., 2014). Чрезмерное потребление алкоголя во время занятия сексом снижает вероятность защищенного контакта в этом эпизоде (Raj A. (b), Cheng D.M., Krupitsky E.M. et al., 2009). Люди, вовлеченные в один из видов рискованного поведения, более вероятно будут вовлечены также и в остальные виды рискованного поведения (Dembo R., Belenko S., Childs K. et al., 2010). Потребление психостимуляторов ВИЧ-инфицированными связано с увеличением числа половых партнеров, высокой частотой инъекционного введения наркотика и низкой приверженностью к ВААРТ (Marquez C., Mitchell

S.J., Hare C.B. et al., 2009). Потребление каннабиноидов имеет сильную взаимосвязь с рискованным потреблением инъекционных наркотиков и множественными сексуальными связями у ВИЧ-инфицированных (Tyurina A., Krupitsky E., Cheng D.M. et al., 2013), а также связано со снижением когнитивного функционирования в аспекте принятия рискованных решений (Simons J.S., Maisto S.A., Wray T.B., 2010). При этом работающие наркоманы (то есть социально адаптированные) имеют меньшую вероятность заболеть ИППП, ассоциированными с потреблением наркотиков (Gyarmathy V.A., Li N., Tobin K.E. et al., 2009). Депрессия ассоциируется с высоко-рискованным поведением, особенно потреблением алкоголя (Sullivan L.E., Goulet J.L., Justice A.C. et al., 2011) и наркотиков (Berger-Greenstein J.A., Cuevas C.A., Brady S.M. et al., 2007).

В Санкт-Петербурге 63% ВИЧ-инфицированных, состоящих на учёте в Центре СПИДа, – опиатные или эфедроновые наркоманы (F11.24, F11.25, F15.24) или имели в анамнезе опыт потребления опиоидов или эфедрона (F11.20, F15.20). Наркомании достоверно чаще отмечены в возрасте до 30 лет, а с увеличением возраста – все реже. У мужчин по сравнению с женщинами чаще ($p < 0,05$) наблюдаются синдромы зависимости. У 18,4% ВИЧ-инфицированных выявляют органическое расстройство личности (F07.0). Частота синдрома зависимости от алкоголя (F10) составляет 3,8% и с возрастом постепенно повышается ($k=0,5$; $p < 0,05$), мужчины страдают алкогольной зависимостью чаще ($p < 0,05$). Невротические и связанные со стрессом расстройства представлены реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (F43 – 1,6%), астеническими (F48.0 – 0,9%) и тревожно-фобическими расстройствами (F40, F41 – 0,5%). У женщин расстройства адаптации встречаются чаще, чем у мужчин (2,2 против 0,7%; $p < 0,05$). Кроме того, невротические расстройства чаще выявляются в течение первого года наблюдения в Центре. (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007).

Компульсивное сексуальное поведение, относимое к сексуальным аддикциям (Егоров А.Ю., 2007), связано с рискованным сексуальным

поведением и повышенным риском заражения ВИЧ (Coleman E., Raymond N., McBean A., 2003). Сексуальные аддикции часто коморбидны различным химическим зависимостям, более того, прием ПАВ может использоваться как запуск сексуальной реализации. (Егоров А.Ю., 2007). Гиперсексуальность связана с эмоциональной реактивностью, рискованным поведением и импульсивностью (Miner M.H., Romine R.S., Raymond N. et al., 2016). Большая часть научной литературы по компульсивному сексуальному поведению сосредоточена на риске заражения ВИЧ среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (Rosser S.B.R., Noor S., Iantaffi A., 2014). Сексуальное поведение MSM отличается от такового в других социальных группах и характеризуется большим числом сексуальных партнёров, вовлечением в более рискованное сексуальное поведение и большей склонностью к поиску сексуальных ощущений, по сравнению с гетеросексуальными мужчинами и женщинами (Weinstein A., Katz L., Eberhardt H. et al., 2015) ВИЧ-позитивные MSM могут находиться в повышенном риске передачи ВИЧ через незащищённые сексуальные контакты, так как имеют более ярко выраженное компульсивное сексуальное поведение в сравнении с ВИЧ-негативными MSM. (Coleman E., Horvath K.J., Miner M. et al., 2010).

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. По разным оценкам частота психозов у ВИЧ-инфицированных составляет от 0,2 до 15% с увеличением числа на поздних стадиях заболевания и при деменции (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Koutsilieri E., Scheller C., Sopper S. et al., 2002; Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009; Keshavan M.S., Kaneko Y., 2013). У ВИЧ-инфицированных описаны и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010).

Некоторые авторы считают, что эндогенные психозы развиваются независимо от ВИЧ-инфекции и связаны непосредственно с психическим заболеванием (шизофренией, шизофреноподобным психозом, кратковременным психотическим расстройством), а также ВИЧ, будучи патогенным для ЦНС, может спровоцировать психоз у предрасположенных к нему лиц (Fernandez F., 2002). Другие авторы предполагают, что психоз может быть прямым результатом воздействия вируса на ЦНС и вызван субкортикальной нейродегенерацией, поражением мозга от другой оппортунистической инфекции, деменцией (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009).

Имеющие место психические расстройства у ВИЧ-инфицированных отличаются атипичностью вследствие одновременно развивающегося органического поражения головного мозга, что связано с тем, что ВИЧ поражает ЦНС уже в первые недели после заражения, что подтверждается выявлением ВИЧ в спинномозговой жидкости в этот период (Дамулин И.В., 2009; Беляков Н.А., С.В. Медведев, Т.Н. Трофимова и др., 2012), а также 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 $0,6-1,9 \times 10^9/\text{л}$) (Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., 2001). ВИЧ инфицирует такие клетки нервной системы, в которых он либо не реплицируется, либо размножается с небольшой скоростью (микроглию, макрофаги, астроциты, олигодендроциты), вследствие чего инфекция имеет латентный характер, а эти клетки могут быть резервуаром для вируса до его активации в мозге (Belyakov N.A., 2011; Grovit-Ferbas K., Harris-White M.E., 2010). При попадании в ткани головного мозга ВИЧ находится в интерстиции, контактируя с несколькими группами клеток, имеющих CD4⁺ и корецепторы. Начинается процесс инфицирования CD4⁺ рецепторных клеток и размножение ВИЧ. Вирус поэтапно захватывает все тканевые секторы, но репликация идет медленно, в течение нескольких лет, до постепенного или

неожиданного обострения (Nath A., Clements J.E., 2011). Клиническую картину органического поражения головного мозга может утяжелять возможность наличия у ВИЧ-инфицированных больных оппортунистических инфекций, также поражающих ЦНС (Manji H., Miller R., 2004). У ВИЧ-инфицированных с психическими нарушениями зарегистрировано меньшее подавление активности вируса на фоне АРВТ (Yehia B.R., Stephens-Shield A.J., Momplaisir F. et al., 2015). ВИЧ-позитивные пациенты с поражением ЦНС более чувствительны к антипсихотикам (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009).

В основе поражений ЦНС при ВИЧ-инфекции могут лежать различные причины: 1) непосредственное поражение мозговой ткани вирусом иммунодефицита человека; 2) связь повреждений головного мозга с цитокинами, вырабатываемыми инфицированными периваскулярными макрофагами; 3) воздействие возбудителей ряда вторичных инфекций; 4) новообразования, прежде всего изолированные В-клеточные лимфомы (Нейронауки и ВИЧ-инфекция, 2013).

По данным многочисленных исследований в настоящее время рассматриваются следующие пути проникновения ВИЧ в ЦНС (Цинзерлинг В.А., 2014):

1) Вирус может транспортироваться в ЦНС в составе клеток крови — лимфоцитов и макрофагов. В моноците репликация вируса ограничена, однако, при проникновении в ткань, где происходит созревание моноцита до макрофага, его репликация усиливается. Вновь образованные вирусные частицы вызывают изменения клеток и повреждение ткани. Зараженные ВИЧ моноциты играют роль «троянского коня», транспортируя вирус в ЦНС и обеспечивая его контакт с нейронами и нейроглией.

2) ВИЧ может проникнуть в ЦНС по нервным волокнам. Глиальные клетки инфицируются благодаря их мембранному лизису белком gp120. Проникновение в спинномозговую жидкость растворенного gp120, также, может запустить аутоиммунный процесс против клеток ЦНС.

3) ВИЧ может проникнуть в ЦНС через щели между эндотелиальными клетками капилляров и инфицировать, таким образом, клетки нейроглии.

К числу факторов, способствующих повышенной уязвимости к нарушениям психического здоровья ВИЧ-инфицированных относят: бедность, гуманитарный кризис, гендерные неравенства, детская и взрослая сексуальная виктимизация, существующие проблемы психического здоровья, злоупотребление психоактивными веществами, интеллектуальная недееспособность, стигматизация и дискриминация («Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и новых независимых государствах», 2006). А.Т. Бешимов считает, что на формирование психических расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов оказывают влияние комплекс социально-демографических и биологических факторов: психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов формируются достоверно чаще у лиц женского пола, воспитывавшихся в условиях "гиперопеки", в семьях с частыми конфликтами, испытывавшими в детстве чрезмерную возбудимость, страхи темноты и одиночества, перенесшие психические травмы. По его данным, среди ВИЧ-инфицированных пациентов с психическими расстройствами преобладают безработные лица, имеющие частые конфликтные ситуации в семье, испытывающие материальные затруднения и жилищно-бытовые трудности (Бешимов А.Т., 2006).

Депрессия – одно из наиболее часто встречающихся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных (Benton, T.D., 2008; Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009; Simoni J.M., Safren S.A., Manhart L.E. et al., 2011; Andersen L., Kagee A., O'Cleirigh C. et al., 2015). Частота депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных составляет от 4% до 66% (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Treisman G., Fishman M., Schwartz J., 1998; Orlando M., Burnam M.A., Beckman R. et al., 2002; Asch S.M., Kilbourne A.M., Gifford A.L. et al., 2003; Petrushkin H., Boardman J., Ovuga E., 2005; Rabkin, J.G., 2008; Peng E.Y.-C., Lee M.B., Morisky D.E. et al., 2010; Morrison S.D., Banushi V.H.,

Sarnquist C. et al, 2011; Reis R.K., Haas V.J., Santos C.B. et al., 2011; Silveira M.P., Guttier M.C., Pinheiro C.A. et al., 2012; Gaynes B.N., Pence B.W., Atashili J. et al., 2012; Zhang W., O'Brien N., Forrest J.I. et al., 2012; Charles B., Jeyaseelan L., Pandian A.K. et al., 2012; Pappin M., Wouters E., Booysen F., 2012), вероятность наличия депрессивных симптомов у ВИЧ-инфицированных в 2-7 раз больше, чем в популяции (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009), при этом 50%-60% депрессий остаются не диагностированными (Silveira M.P., Guttier M.C., Pinheiro C.A. et al., 2012). Аффективные нарушения (депрессия и тревога) могут быть ведущими патологическими состояниями в рамках органического поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции (Atkinson J.H., Heaton K.K., Patterson T.L. et al., 2008). Особенностью психического статуса ВИЧ-инфицированных является коморбидность эндогенной депрессии (Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А. и др., 2013). Большой депрессивный эпизод диагностируется у 56% пациентов специализированных психиатрических клиник для ВИЧ-инфицированных (Treisman G., Fishman M., Schwartz J., 1998), но стоит отметить, что авторы не учитывали этиологию депрессии при постановке диагноза, считая, что депрессивное расстройство может быть результатом влияния вируса на ЦНС, реакцией на стигматизацию, эмоциональной реакцией на диагноз, линией поведения пациента с серьёзным заболеванием, или комбинацией этих факторов. Часто именно по поводу депрессивных нарушений больные обращаются в психиатрические учреждения, где у них и выявляется ВИЧ-инфекция (Atkinson J.H., Heaton K.K., Patterson T.L. et al., 2008). Однако более позднее исследование выявило, что депрессивный эпизод может быть не диагностирован у ВИЧ-инфицированных из-за низкой настороженности больных и медицинских работников (Andersen L., Kagee A., O'Cleirigh C. et al., 2015).

Депрессия влияет на течение заболевания ВИЧ с помощью различных биоповеденческих механизмов (Palfai T.P., Cheng D.M., Coleman S.M. et al., 2014). Заболевание ВИЧ в этом случае протекает существенно злокачественнее, повышает больше чем в два раза риск прогрессирования до стадии СПИДа

(Golub E.T., Astemborski J.A., Hoover D.R. et al., 2003; Bouhnik A.D., Preau M., Vincent E. et al., 2005; Leserman J., 2008; Whetten K., Reif S., Whetten R. et al., 2008; Horberg M.A., Silverberg M.J., Hurley L.B. et al., 2008; Ghebremichael M., Paintsil E., Ickovics J.R. et al., 2009; Shacham E., Nurutdinova D., Satyanarayana V. et al., 2009; Vinet-Oliphant H., Alvarez X., Buza E. et al., 2010) и может сопровождаться более высокой скоростью уменьшения количества CD4⁺ Т лимфоцитов (Ghebremichael M., Paintsil E., Ickovics J.R. et al., 2009; Leserman J., 2008; Schuster R., Bornovalova M., Hunt E., 2012) и увеличением вирусной нагрузки (Ironson G., O'Cleirigh C., Fletcher M.A. et al., 2005; Horberg M.A., Silverberg M.J., Hurley L.B. et al., 2008; Shacham E., Nurutdinova D., Satyanarayana V. et al., 2009; Vinet-Oliphant H., Alvarez X., Buza E. et al., 2010; Schuster R., Bornovalova M., Hunt E., 2012). Влияние депрессии на течение ВИЧ инфекции выявлялось как в эру до внедрения антиретровирусной терапии (АРВТ) (Burack J.H., Barrett D.C., Stall R.D. et al., 1993), так и после внедрения терапии (Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D. et al., 2001; Ironson G., O'Cleirigh C., Fletcher M.A. et al., 2005). Депрессия оказывает влияние на патогенез ВИЧ посредством изменения нейроэндокринных биомаркеров (Cole S.W., 2008). Большое депрессивное расстройство приводит к гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (Pariante C.M., Lightman S.L., 2008). Эта гиперактивация приводит к чрезмерной секреции и ингибированию регуляции глюкокортикоидов. Иммуносупрессивные эффекты чрезмерного количества глюкокортикоидов включают в себя индукцию клеточной гибели и удаление Т-клеток из циркуляции с помощью прерывания продукции лимфоцитов в тимусе (Meuleman J., Katz P., 1985). Чрезмерное количество глюкокортикоидов также влияет на высвобождение интерлейкинов и интерферонов, которые ингибируют способность лимфоцитов реагировать на инфекционного агента. Наконец, исследования показали, что глюкокортикоиды повышают репликацию ВИЧ (Goodkin K., Feaster D. J., Tuttle R. et al., 1996). Депрессия приводит к снижению производства и деятельности цитотоксических лимфоцитов, в частности, естественных-киллеров (Kronfol Z.,

Nair M., Goodson J. et al., 1989; Herbert T.B., Cohen S., 1993) и возрастанию цитокинов воспаления (Maes M., Scharpé S., Meltzer H.Y. et al., 1993; Maes M., Vandoolaeghe E., Ranjan R. et al., 1995), тем самым нарушая иммунный ответ. Повышенный уровень кортизола может привести к изменению продукции цитокинов Т-лимфоцитами, запуская деструкцию Т-клеток и тем самым приводя к повышению репликации вируса (Corley P.A. 1996; Clerici M., Fusi M.L., Ruzzante S. et al., 1997). Повышение уровня кортизола связано с маркерами прогрессирования заболевания ВИЧ (Leserman J., Petitto J.M., Golden R.N. et al., 2000; Leserman J., Petitto J.M., Gu H. et al., 2002).

Депрессия связана с более быстрым наступлением смерти у ВИЧ-инфицированных (Patterson T.L., Shaw W.S., Semple S.J. et al., 1996; Leserman J., 2008; Whetten K., Reif S., Whetten R. et al., 2008; Horberg M.A., Silverberg M.J., Hurley L.B. et al., 2008; Shacham E., Nurutdinova D., Satyanarayana V. et al., 2009; Vinet-Oliphant H., Alvarez X., Buza E. et al., 2010), так как хроническая депрессия подавляет иммунную систему у ВИЧ-инфицированных (Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D. et al., 2001; Cook J.A., Grey D., Burke J. et al., 2004; Ironson G., O'Cleirigh C., Fletcher M.A. et al., 2005). ВИЧ-инфицированные с симптомами депрессии имеют на 67% больше риск умереть от заболевания, по сравнению с ВИЧ-инфицированными без депрессии (Mayne T.J., Vittinghoff E., Chesney M.A. et al., 1996). Вероятность летального исхода в два раза выше у ВИЧ-инфицированных женщин, перенёсших симптомы депрессии (Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D. et al., 2001; Cook J.A., Grey D., Burke J. et al., 2004). Усиление депрессии увеличивает риск смерти от СПИДа (Leserman J., Pence B.W., Whetten K. et al., 2007). Установлено, что ВИЧ-инфицированные пациенты с коморбидной психической и аддиктивной патологией, в целом, имеют в четыре раза более высокий риск летального исхода (De Lorenze G.N., Satre D.D., Quesenberry C.P et al., 2010), а ВИЧ-инфицированные с депрессией и недостаточной приверженностью к лечению умирают почти в шесть раз чаще (Lima V.D., Geller J., Bangsberg D.R. et al., 2007). При этом не все исследователи находят связь депрессии с прогрессированием заболевания ВИЧ (Lyketsos C.G.,

Hoover D.R., Guccione M. et al., 1993), но отмечают повышение частоты депрессии у ВИЧ-инфицированных в течении 6-18 месяцев до установления диагноза (Lyketsos C.G., Hoover D.R., Guccione M. et al., 1996). Зависимость между количеством CD4+ клеток и тяжестью депрессии в одном исследовании выявлена не была (Akena D.H., Musisi S., Kinyanda E., 2010), однако в ходе другого исследования установлено, что чем тяжелее уровень депрессии, тем хуже показатели ВИЧ (количество CD4+ лимфоцитов и уровень вирусной нагрузки). Утяжеление симптомов депрессии было также связано с более вероятным злоупотреблением алкоголем, потреблением наркотиков, рискованным сексуальным поведением. Исследование показало важность скрининга депрессивной симптоматики, как стандарта оказания помощи, с целью выявления больных, находящихся в группе риска прогрессирования ВИЧ (Taniguchi T., Shacham E., Önen N.F. et al., 2014).

Расстройства адаптации развиваются примерно у 20% пациентов при сообщении ВИЧ-положительного статуса (Арсененко Л.Д., 2008). При наличии в преморбиде расстройства личности, особенно с чертами истеро-возбудимых, примерно в половине случаев реакция на ВИЧ-положительный статус способствует декомпенсации (Арсененко Л.Д., 2008).

По некоторым оценкам симптомы СПИДа и число CD4+ клеток сами по себе не являются предикторами депрессии (Leserman J., 2003), но симптомы депрессии являются предикторами развития СПИДа (Leserman J., Jackson E.D., Petitto J.M. et al., 1999). Однако более позднее исследование обнаружило прямую корреляцию степени выраженности симптомов СПИДа с вероятностью развития депрессии (Gaynes B.N., Pence B.W., Atashili J. et al., 2012). Депрессия и потребление психоактивных веществ негативно влияют на приём АРВТ и приверженность к ней (Pecoraro A., Mimiaga M., O'Cleirigh C. et al., 2015). Депрессия средней и тяжёлой степени тяжести связана с низкой приверженностью к АРВТ, что приводит к 2,5-кратному возрастанию риска смерти (Perry S., Karasic D., 2002). Больные с тяжёлой депрессией имеют самую низкую приверженность к лечению, в сравнении с больными другой

психопатологией (Sledjeski E.M., Delahanty D.L., Bogart L.M., 2005; Waldrop-Valverde D., Valverde E., 2005). Депрессия также ассоциируется с более плохим ответом на APBT (Horberg M.A., Silverberg M.J., Hurley L.B. et al., 2008; Shacham E., Nurutdinova D., Satyanarayana V. et al., 2009; Vinet-Oliphant H., Alvarez X., Buza E. et al., 2010; Safren S.A., O'Cleirigh C.M., Bullis J.R. et al., 2012).

Противоречивы данные о связи брака с возможностью возникновения симптомов депрессии у ВИЧ-инфицированных: В. Charles и соавт. выявили, что риск состоящих в браке ВИЧ-инфицированных заболеть депрессией выше; авторы связали это с необходимостью заботиться о семье и сопутствующем страхе не оправдать ожидания близких (Charles B., Jeyaseelan L., Pandian A.K. et al., 2012). Однако другое исследование показало, что процент пациентов с депрессией в браке был ниже, чем у одиноких (Pappin M., Wouters E., Booysen F., 2012).

Сравнивая особенности депрессивных состояний у ВИЧ-инфицированных и серонегативных по ВИЧ, D.H. Akena и соавт. пришли к выводу, что ВИЧ-позитивные пациенты заболевали депрессией в более позднем возрасте (старше 30 лет) и в их семьях, в основном, не было до этого случаев психических расстройств. Основные отличия в клинике депрессивного состояния заключались в том, что ВИЧ-позитивные пациенты меньше страдали от снижения аппетита, по сравнению с неинфицированными пациентами, но нарушения сна у них были глубже (Akena D.H., Musisi S., Kinyanda E., 2010).

В 20-60% случаев у ВИЧ-инфицированных имеет место коморбидность психических расстройств (Petrushkin H., Boardman J., Ovuga E., 2005; Бородкина О.Д., 2005). Сочетание ВИЧ и большого депрессивного эпизода с другой психиатрической коморбидной патологией связано с более тяжёлой картиной ВИЧ и более низким качеством жизни (Gaynes B.N., O'Donnell J., Nelson E. et al., 2015).

У ВИЧ-позитивных потребителей ПАВ выявляют симптомы депрессии чаще, чем у ВИЧ-инфицированных, не потребляющих алкоголь и наркотики

(McClure J.B., Catz S.L., Prejean J. et al., 1996; Cook J.A., Grey D.D., Burke-Miller J.K. et al., 2007). Депрессивные симптомы могут увеличить прогрессирование заболевания через свою связь с другими видами рискованного поведения, ведущего к ВИЧ (Simoni J.M., Safren S.A., Manhart L.E. et al., 2011; Zhan W., Shaboltas A.V., Skochilov R.V. et al., 2012). Например, алкоголизм связан с прогрессированием заболевания ВИЧ через биологические и поведенческие механизмы (Samet J.H., Cheng D.M., Libman H. et al., 2007; Pandrea I., Happel K.I., Amedee A.M. et al., 2010). У ВИЧ-инфицированных депрессия связана с более высоким уровнем алкоголизма и других расстройств потребления алкоголя (Rosenbloom M.J., Sullivan E.V., Sasso S.A. et al., 2007; Sullivan L.E., Saitz R., Cheng D.M. et al., 2008; Sullivan L.E., Goulet J.L., Justice A.C. et al., 2011; Longmire-Avital B., Holder C.A., Golub S.A. et al., 2012). Потребление алкоголя является одним из главных факторов риска незащищённых сексуальных контактов среди живущих с ВИЧ (Krupitsky E.M., Horton N.J., Williams E.C. et al., 2005; Shuper P.A., Neuman M., Kanteres F. et al., 2009). Среди злоупотребляющих алкоголем ВИЧ-инфицированных пациентов высокий уровень симптомов депрессии был связан с более частым употреблением алкоголя. (Palfai T.P., Cheng D.M., Coleman S.M. et al., 2014)

Злоупотребление ПАВ влияет негативно на ВИЧ-инфицированных наряду с прочим и тем, что потребление алкоголя и наркотиков повышает уровень кортизола в крови (Tabakoff B., Jafee R.C., Ritzmann R.F. et al., 1978; Sipp T.L., Blank S.E., Lee E.G. et al., 1993). Потребление алкоголя увеличивает репликацию ВИЧ-1 и снижает выработку цитокинов, Т-хелперов и Т-супрессоров (Bagasra O., Kajdacsy-Balla A., Lischner H.W. et al., 1993; Crum R.M., Galai N., Cohn S. et al., 1996). Эти молекулярные изменения ускоряют развитие СПИДа (Balla A.K., Lischner H.W., Pomerantz R.J. et al., 1994). Прекращение потребления алкоголя связано с определённым улучшением иммунного функционирования и общего состояния здоровья среди ВИЧ-инфицированных (Pol S., Artru P., Thépot V. et al., 1996).

Симптомы тревоги выявляют у 4-82% ВИЧ-инфицированных (Бешимов А.Т., 2006; Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Peng E.Y.-C., Lee M.B., Morisky D.E. et al., 2010; Morrison S.D., Banushi V.H., Sarnquist C. et al, 2011; Rappin M., Wouters E., Booysen F. et al., 2012). Приспособление к жизни в условиях ВИЧ-инфекции предполагает постоянную борьбу с психотравмирующими воздействиями. Чувство тревоги может сопровождать больного на протяжении всего заболевания (Валеева А.М., Мухаметова Р.Н., Синюшина Н.Н., 2013). Особенностью тревожной симптоматики у ВИЧ-инфицированных является постоянное перечитывание литературы о заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных симптомов, ипохондрическая фиксация на своём состоянии (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010). Обнаружена прямая зависимость возникновения симптомов тревоги с побочными эффектами принимаемого лечения (Rappin M., Wouters E., Booysen F., 2012). Вероятность возникновения симптомов тревоги выше при наличии депрессии в анамнезе после инфицирования (Morrison S.D., Banushi V.H., Sarnquist C. et al, 2011). У 32,6% ВИЧ-инфицированных выявляется паническое расстройство (Petrushkin H., Boardman J., Ovuga E., 2005). Среди ВИЧ-инфицированных велика частота расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (27,8%) (Бородкина О.Д., 2005). До 45% ВИЧ-инфицированных страдают нарушениями сна (Lee K.A., Gay C., Portillo C.J. et al., 2012). Сексуальные расстройства выявляются у 25%-84% ВИЧ-инфицированных (Scanavino M .T., Abdo C.H.N., 2010). Значительно снижена инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные разрывают свои сексуальные связи не из-за этого, а из боязни заболеть другой ИППП. Часть ВИЧ-инфицированных, напротив, открыто проявляет антисоциальные тенденции, стремясь или к возможно большему расширению своих сексуальных связей, или к передаче ВИЧ-инфекции другим путём. Для этой группы характерны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения и суицидальными мыслями (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010).

ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства (ВАНКР) (СПИД-дементный синдром, ВИЧ-энцефалопатия) – симптомокомплекс, обусловленный поражением ЦНС при ВИЧ-инфекции. В России наиболее часто встречающимися и сочетаемыми причинами нейрокогнитивных расстройств являются влияние самого ВИЧ, потребление наркотиков и алкоголя, гепатит С, оппортунистические инфекции (Леонова О.Н., Степанова Е.В., Фоменкова Н.В. и др., 2010; Рассохин В.В., Фомина М.Ю., Щербук Ю.А., 2010). При этом существуют данные о том, что АРВТ вызывает самостоятельные метаболические нарушения в ЦНС (Bandaru V.V., Mielke M.M., Sacktor N. et al., 2013).

Наибольшее распространение приняла классификация ВИЧ-1-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств, предложенная Antinori A., Arendt G., Becker J.T. et al. в 2007 г. (таблица 1).

Таблица 1. Классификация ВИЧ-1-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств

ВИЧ-1- ассоциированное бессимптомное нейрокогнитивное расстройство	Нейропсихологическое тестирование (с поправкой на возраст и уровень образования) выявляет нарушения (минимум на одно стандартное отклонение) когнитивных функций в двух и более функциональных областях. Эти нарушения не мешают в повседневной жизни.
ВИЧ-1- ассоциированное лёгкое нейрокогнитивное расстройство	Результаты тестирования когнитивной функции - как при БНР. По меньшей мере, небольшое влияние на выполнение повседневных действий (по крайней мере, что-нибудь из нижеперечисленного): а) пациент жалуется на утрату способности быстро соображать, снижение работоспособности (на рабочем месте и дома), уменьшение социальной активности; б) по наблюдениям хорошо знающих пациента людей, пациент стал медленнее соображать, вследствие чего он стал менее эффективно справляться с профессиональными задачами и делами в повседневной жизнедеятельности или стал менее социально активен.
ВИЧ-1- ассоциированная деменция	Заметное приобретённое нарушение когнитивной функции. Результаты тестирования когнитивной функции - как при БНР, но, в большинстве случаев, нарушения выявляют в нескольких функциональных областях и составляют не менее двух стандартных отклонений. Эти нарушения заметно влияют на повседневную жизнь (выполнение профессиональных обязанностей, домашних дел, социальную активность).

ВИЧ-обусловленные нейрокогнитивные расстройства встречаются в 84% случаев, бессимптомные расстройства отмечаются у 24–33% пациентов, а наиболее тяжелые формы в виде ВИЧ-деменции можно ожидать у 2–8% людей (Fernandez F., 2002; Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009; Letendre S.L., Ellis R.J., Ances B.M., et al., 2010). Первые проявления когнитивных нарушений могут проявиться уже на ранней стадии заболевания ВИЧ

(Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Koutsilieri E., Scheller C., Sopper S. et al., 2002; Atkinson J.H., Heaton K.K., Patterson T.L. et al., 2008). АРВТ значительно снижает риск возникновения тяжёлых ВАНКР (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009), но не лёгких (Letendre S., 2011). Установлено, что на фоне АРВТ атрофия коры головного мозга достоверно связана с определяемой вирусной нагрузкой в крови (Kallianpur K.J., Kirk G.R., Sailasuta N. et al., 2012). Распространённость тяжёлых ВАНКР существенно снизилась с началом применения АРВТ, в то время как проблема лёгких ВАНКР остаётся актуальной и возрастает с возрастом (Janssen M.A.M., Bosch M., Koopmans P.P. et al., 2015). Когнитивные нарушения встречаются у 44-75% ВИЧ-инфицированных больных без выявленных коморбидных заболеваний в период применения АРВТ (Heaton R.K., Clifford D.B., Franklin D.R. et al., 2010; Simioni S., Safren S.A., Manhart L.E. et al., 2010; Ellis R.J., Badiee J., Vaida F. et al., 2011; Hasbun R., Eraso J., Ramireddy S. et al., 2012), а также в первый год ВИЧ-инфекции до начала терапии (Simioni S., Safren S.A., Manhart L.E. et al., 2010). В настоящее время ВАНКР – распространённая проблема, даже у пациентов с желательным уровнем CD4+ лимфоцитов и неопределяемой вирусной нагрузкой (Robinson-Papp J., Elliott K.J., Simpson D.M., 2009). На фоне вирусной супрессии (вирусная нагрузка <50 коп/мкл) бессимптомные ВАНКР отмечены примерно у 50% обследованных больных (Ciccarelli N., Fabbiani M., Colafigli M. et al., 2013). Чем ниже минимальный уровень CD4+ лимфоцитов, наблюдавшийся у пациента, тем выше риск возникновения неврологических нарушений. По данным S. Simioni и соавт (2010) общая распространенность всех ВАНКР у больных с неопределяемой вирусной нагрузкой ВИЧ (ВН) составляет 69%, распространенность асимптомных расстройств — 50%, легких — 17% и деменции — 2% (Simioni S., Safren S.A., Manhart L.E. et al., 2010). Наличие СПИД-деменции комплекса является неблагоприятным прогностическим признаком – летальный исход в течение 6 месяцев отмечается у 2/3 больных (Дамулин И.В., 2009).

Выделяют следующие факторы риска для развития ВАНКР:

1) факторы, связанные с больным: генетическая предрасположенность, метаболические расстройства, возраст, сосудистые заболевания, анемия, недоедание;

2) факторы, связанные с ВИЧ: СПИД, иммунная активность, подтип ВИЧ, нейроадаптация, и лекарственная резистентность;

3) сопутствующие факторы: потребление психостимулянтов, коморбидность гепатита С, депрессия.

Когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных больных характеризуются постепенным нарушением когнитивных функций, прогрессивным снижением интеллекта, низкой концентрацией внимания, забывчивостью и рассеянностью, замедлением мыслительных процессов, неустойчивой (шаткой) походкой, неповоротливостью (неуклюжестью), мочевым недержанием, колебаниями настроения и апатией (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009). В начале заболевания они мало выражены и могут быть выявлены только в ходе нейропсихологического тестирования (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010; Dunbar N., Brew B.J., 1996). Начальным проявлением деменции у ВИЧ-инфицированных может быть депрессивное состояние, которое также может быть связано с прогрессией когнитивного ухудшения, при этом пациенты с депрессией коморбидной деменции хуже поддаются лечению (Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009). Когнитивные нарушения чаще встречаются и сильнее выражены у ВИЧ-позитивных пациентов с психическими нарушениями, чем у ВИЧ-негативных пациентов с психическими нарушениями (Nakasujja N., Allebeck P., Agren H. et al., 2012). Известно влияние алкоголизации и наркотизации на когнитивные функции больных (Sassoon S.A., Rosenbloom M.J., Fama R. et al., 2012), прямое и не прямое воздействие на когнитивные функции также оказывают стигматизация, социальная неустроенность пациентов (Vance D.E., 2013). Есть данные о взаимосвязи когнитивного функционирования и тяжести депрессии (Bragança M., Palha A., 2011).

Сосудистые заболевания имеют влияние на ВАНКР сильнее, чем уровень

CD4+ клеток и уровень вирусной нагрузки в крови (Becker J.T., Kingsley L., Mullen J. et al., 2009). Уровень CD4+ клеток имеют взаимосвязь с риском когнитивных нарушений (Letendre S., 2011). Улучшение когнитивных функций обусловлено снижением вирусной нагрузки (Ances B.M., Clifford D.B., 2008), хотя оно и не устраняет полностью этих нарушений. На фоне увеличения количества CD4-лимфоцитов также отмечено улучшение когнитивных функций (Obiabo Y.O., Ogunrin O.A., Ogun A.S., 2012).

А.Т. Бешимов установил, что частота и структура психических расстройств среди инфицированных пациентов зависит как от длительности срока установления диагноза ВИЧ-инфекции, так и от активности инфекционного процесса: с увеличением срока установления диагноза ВИЧ-инфекции в целом происходит снижение частоты психических расстройств и несколько видоизменяется их структура (у пациентов с длительностью сроков установления диагноза ВИЧ-инфекции до 6 месяцев ведущими являются фобические и депрессивные расстройства: (86,7% и 66,7%, соответственно); у пациентов со сроком год – фобические (66,7%) и астено-депрессивные (50,0%) расстройства; однако, при длительности срока установления диагноза свыше одного года впервые ведущими становятся конверсионные расстройства (75,0%) в сочетании с депрессией (62,5%) (Бешимов А.Т., 2006).

По данным И.М. Улюкина и Ю.В. Лобзина (2003) в динамике заболевания ВИЧ-инфекцией происходит увеличение количества лиц, считающих качество своей жизни плохим. Этот процесс более активно происходит в группе пациентов, не получающих АРВТ, и зависит в большей степени от стадии заболевания, чем от его длительности. Низкие показатели качества жизни выявляются у 34-54% ВИЧ-инфицированных (Бешимов А.Т., 2006; Charles B., Jeyaseelan L., Pandian A.K. et al., 2012). Доля больных психическими расстройствами среди ВИЧ-инфицированных с низким качеством жизни достигает 85% (Бешимов А.Т., 2006). ВИЧ-обусловленные поражения центральной нервной системы оказывают выраженное влияние на качество жизни больных (Гайсина А.В., Рассохин В.В., Дементьева Н.Е. и др., 2014;

Bhaskaran K., Mussini C., Antinori A. et al., 2008; Power C., Boisse L., Rourke S. et al., 2009). Депрессия ведёт к снижению качества социальной поддержки как в здоровой популяции (Davila J., Bradbury T.N., Cohan C.L. et al., 1997), так и среди ВИЧ-инфицированных (Kelly J.A., Murphy D.A., Bahr G.R. et al., 1993; McClure J.B., Catz S.L., Prejean J. et al., 1996; Song Y.S., Ingram K.M., 2002). При этом низкая социальная поддержка утяжеляет течение депрессии и прогнозирует её хронизацию (Brugha T.S., Bebbington P.E., MacCarthy B. et al., 1990; Joiner T.E., Katz J., Lew A.S. et al., 1997; Lara M.E., Leader J., Klein D.N. et al., 1997). Выявлено соответствие тяжести депрессии при ВИЧ-инфекции со снижением качества жизни (Reis R.K., Haas V.J., Santos C.B. et al., 2011). Низкая социальная поддержка является сильным стрессом и связана с повышенным базовым уровнем кортизола (Kirschbaum C., Klauer T., Filipp S.H. et al., 1995; Uchino B.N., Cacioppo J.T., Kiecolt-Glaser J.K. et al., 1996; Turner-Cobb J.M., Sephton S.E., Koopman C. et al., 2000; Sayal K., Checkley S., Rees M. et al., 2002; Heinrichs M., Baumgartner T., Kirschbaum C. et al., 2003). Среди ВИЧ-инфицированных, низкая социальная поддержка коррелирует с повышенным в течение долгого времени уровнем кортизола (Leserman J., Petitto J.M., Gu H., 2002). Отсутствие социальной поддержки в этой группе также является фактором риска для более быстрого снижения числа CD4 лимфоцитов (Solano L., Costa M., Salvati S. et al., 1993; Leserman J., Jackson E.D., Petitto J.M. et al., 1999; Leserman J., Petitto J.M., Golden R.N. et al., 2000; Leserman J., Petitto J.M., Gu H. et al., 2002). Во время 5-летнего наблюдения было обнаружено, что возможность прогрессирования до уровня СПИДа была в 2,5 раза выше у больных, характеризовавшихся уровнем социальной поддержки ниже обычного (Leserman J., Jackson E.D., Petitto J.M. et al., 1999). Низкий показатель качества жизни у ВИЧ-инфицированных связан с финансовыми трудностями, персональной стигматизацией; наоборот, высокий уровень социальной поддержки соответствует более высокому качеству жизни (Charles B., Jeyaseelan L., Pandian A.K. et al., 2012). Исследования показывают, что удовлетворенность больных социальной поддержкой коррелирует с состоянием

их психического статуса и субъективной оценкой своего здоровья (Бородкина О.Д., 2005; Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010). У 82,3% ВИЧ-инфицированных субъективное эмоциональное восприятие своего здоровья стало значительно лучше после начала приёма АРВТ (Morrison S.D., Banushi V.H., Sarnquist C. et al., 2011). Проблема качества жизни при ВИЧ имеет сложный характер, так как побочные эффекты терапии также могут негативно влиять на качество жизни (Pappin M., Wouters E., Booysen F., 2012).

Психические нарушения, в том числе непсихотического уровня, значимо влияют на приверженность к лечению ВИЧ-инфицированных больных. (Himmelhoch S., Moore R.D., Treisman G. et al., 2004). Так, злоупотребление ПАВ остается серьезным фактором риска несоблюдения схемы лечения (Hendershot C.S., Stoner S.A., Pantalone D.W. et al., 2009; Panos S.E., Del Re A.C., Thames A.D. et al., 2014). Наркопотребление является главным элементом неприверженности ВИЧ-инфицированных (Булеков И.С., 2011) Депрессия является фактором риска нарушения непрерывности лечения (Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю., 2013; Pecoraro A., Royer-Malvestuto C., Rosenwasser B. et al., 2013).

Ухудшение социального положения оказывает негативное влияние на приверженность лечению пациентов с ВИЧ (Ларин А.Б., Тюков Ю.А., 2012) Высокий уровень образования, официальный брак, наоборот являются предикторами соблюдения режима АРВТ (Устинов А.С., Суворова А.В., Беляков А.Н. и др., 2015) К факторам неприверженности к лечению по поводу ВИЧ-инфекции относят холостой/незамужний статус пациента, отсутствие высшего образования (Федяева О.Н., Ющук Н.Д., Сирота Н.А., 2014). В этой связи, повышение приверженности рассматривается как самая перспективная область сотрудничества системы помощи ВИЧ-инфицированным и клинической психиатрии (Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А., 2013; Kagee A., 2012; Springer S.A., Dushaj A., Azar M.M., 2012).

1.2.3. Психические нарушения при ассоциированных ВИЧ-инфекции и сифилисе

В ходе изучения доступной литературы нами было встречено только одно исследование, посвящённое психическим нарушениям при ВИЧ-инфекции и сифилисе (Marra C.M., Deutsch R., Collier A.C. et al., 2013). Предметом изучения Marra C.M. было влияние заболевания сифилисом (включая нейросифилис) на формирование когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных. Однако, авторы оценивали не сочетанное заражение сифилисом и ВИЧ-инфекцией, а наличие у ВИЧ-инфицированных перенесённого сифилиса в анамнезе. Исследователи пришли к выводу, что больные с сифилисом в анамнезе имеют более выраженные когнитивные нарушения, по сравнению с ВИЧ-инфицированными серонегативными по сифилису.

Других исследований, посвящённых психическим нарушениям при сочетанном заражении сифилисом и ВИЧ-инфекции, не встретилось.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Условия проведения исследования

Клиническая база исследования: Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова» (СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»), Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер» (СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер»), Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина» (СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина»), Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»).

2.2. Материал исследования

Исследование было разделено на три этапа. На первом этапе был проведён ретроспективный анализ историй болезней психиатрического стационара. Архивным методом было обработано 953 истории болезней (ИБ) пациентов, получавших лечение по поводу различных психических расстройств в психиатрической больнице в 2013 г.

На втором этапе было обследовано 115 больных сифилисом, находившихся на лечении в Городском кожно-венерологическом диспансере (у 65 из них в ходе лечения был зафиксирован установленный ранее или впервые

выявлен диагноз ВИЧ-инфекции) и 33 ВИЧ-инфицированных, не заражённых сифилисом, но проходивших лечение по поводу оппортунистических инфекций (вызываемых условно-патогенными вирусами или клеточными организмами) в Клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина (всего 148 больных).

На третьем этапе был проведён анализ амбулаторных карт обследованных ВИЧ-инфицированных больных в «Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Для решения поставленных задач были сформированы три группы: основную группу исследования составили 65 ВИЧ-инфицированных больных сифилисом (первая группа); в группы сравнения вошли 50 больных с моноинфекцией сифилиса (вторая группа) и 33 ВИЧ-инфицированных серонегативных по сифилису (третья группа).

Из числа больных первой и второй групп у 28 (43,1%) и 23 (46,0%) человек, соответственно, был диагностирован ранний нейросифилис, а у 37 (56,9%) и 27 (54,0%) человек, соответственно – ранний сифилис.

2.3. Методы исследования

Обследование пациентов всех групп носило комплексный характер и включало применение клинико-психопатологического, катамнестического, экспериментально-психологического, психометрического, лабораторного и статистического методов исследования.

Психический статус больных оценивали клинически. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовали психометрический метод.

Для скрининга уровня тревоги и депрессии применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS; Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Шкала разработана для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях

общемедицинской практики. Шкала содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики. Бланк шкалы выдавался для самостоятельного заполнения испытуемому и сопровождался инструкцией.

Для объективной количественной оценки уровня депрессии использовали клиническую градуированную «Шкалу Гамильтона для оценки депрессии» (НАМ-D; Hamilton M., 1960). Состоящая из 21 пункта шкала Гамильтона для оценки депрессии заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 20—25 минут) и предназначена для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами.

Для объективной количественной оценки уровня тревоги использовали клиническую градуированную «Шкалу Тревоги Гамильтона» (НАМ-A; Hamilton M., 1959). Шкала состоит из 14 пунктов. 13 пунктов относятся к проявлениям тревоги в повседневной жизни, 14-ый – к проявлению тревоги при осмотре. Её заполнение происходит в процессе полуструктурированного интервью, во время которого специалист, в том числе, собирает анамнестические сведения и наблюдает за поведением и другими невербальными проявлениями исследуемых психопатологических феноменов.

Когнитивные нарушения оценивали с помощью методики «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы» (КНОКС; Тонконогий И.М., 2010), которая позволяет провести нейропсихологическую оценку состояния когнитивных функций менее чем за 30 минут. Методика КНОКС направлена на оценку основных когнитивных функций, таких как память, гнозис, праксис, речь, ориентация, внимание и регуляторные функции. В методике 2 части, каждая состоит из пяти субтестов. Часть 1: Ориентировка, Память на президентов, Называние, Понимание, Конструктивный праксис. Все субтесты первой части больше связаны с процессами переработки знакомой информации. Часть 2: Набор последовательностей, Незавершённые изображения, Нахождение сходства, Внимание и Рабочая память. Субтесты 2 части предполагают работу с новой, неполной, менее привычной

информацией, что требует сохранности регуляторных функций. Задания методики характеризуются чувствительностью к нахождению когнитивных нарушений различной тяжести (от выраженных проявлений афазии, агнозии, апраксии и амнезии до «стёртых» форм, не выявляемых другими экспресс-методиками).

Для оценки связанного со здоровьем качества жизни использовали нозонеспецифический опросник SF-36 (Ware J.E.J., 1994), который был нами переведён и апробирован (Petrova N., Varshavsky S., Vasilyeva I., 1995). Опросник оценивает качество жизни за 4 недели, предшествующие обследованию, и включает восемь шкал: Физическое функционирование (PF); Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием (RP); Интенсивность боли (BP); Общее состояние здоровья (GH); Жизненная активность (VT); Социальное функционирование (SF); Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); Психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Уровни качества жизни соответствуют: низкому (0-20 баллов), пониженному (21-40 баллов), среднему (41-60 баллов), повышенному (61-80 баллов), высокому (81-100 баллов).

Для оценки личностных особенностей использовали опросник Мини-Мульт, сокращённый вариант Миннесотского многомерного личностного перечня MMPI. Адаптация MMPI была проведена в 1960 г. в НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Зайцев В.П., 1981). Опросник Мини-Мульт содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них три – оценочные (измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности: ипохондрия (Hs), депрессия (D), истерия (Hy), психопатия (Pd), паранойяльность (Pa), психастения (Pt), шизоидность (Se), гипомания (Ma) (Психологическая диагностика в практике врача, 2008).

Для изучения прогностической компетентности использовали тест антиципационной состоятельности (ТАС) В.Д. Менделевича, (Менделевич В.Д., 2003) состоящий из 81 утверждений. Больным предлагалось указать степень согласия или несогласия с каждым утверждением исходя из пяти установленных вариантов ответа. Результат теста показывает как общую антиципационную состоятельность, так и личностно-ситуационную, пространственную и временную компетентности.

Диагноз ВИЧ-инфекции подтверждался иммуноферментным анализом и иммунным блотом; сифилиса – клинической картиной и серологическими реакциями в крови и ликворе: микрореакция преципитации в количественном и качественном вариантах постановки; реакция связывания комплемента с кардиолипиновым и трепонемным антигенами; реакция иммунофлюоресценции в качественном и количественном вариантах постановки (с определением коэффициента позитивности (кп); реакция пассивной гемагглютинации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики. За критический уровень значимости принимался $p=0,05$. Для сравнения качественных данных использовался критерий χ^2 Пирсона. Для сравнения количественных данных использовались непараметрические методы статистики, а именно критерии Манна-Уитни в случае двух групп сравнения и Краскелла-Уоллиса в случае трёх групп сравнения. Изучение корреляционной связи между показателями проводили с помощью линейного корреляционного анализа – критерия Спирмена (r_s). Статистическая обработка материала выполнялась на ПЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа – Statistica for Windows v. 10.0, SPSS v 15.0 и MS Excel 2016.

2.4. Характеристика соматического состояния больных в группах сравнения

Возраст обследованных пациентов варьировал от 17 до 60 лет (таблица 2). Средний возраст больных в группах статистически значимо не различался и составил в первой группе – 31 [26; 36] лет, во второй группе – 29 [24; 37] лет, в третьей группе – 32 [27; 38] лет ($p=0,58$). Среди пациентов второй группы было наибольшее количество лиц в возрасте 20-29 лет ($p=0,007$), а среди пациентов третьей группы – в возрасте 30-39 лет ($p=0,004$).

Таблица 2. Распределение больных по возрасту в группах сравнения

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Возрастная группа 15-19 лет	4	6,3 %	1	2,0 %	0	0 %	0,23
Возрастная группа 20-29 лет	23	35,4 %	25	50,0 %	6	18,2 %	0,007
Возрастная группа 30-39 лет	28	43,1 %	16	32,0 %	22	66,6 %	0,004
Возрастная группа 40 лет и старше	10	15,6 %	8	16,0 %	5	15,2 %	0,99

ВИЧ-инфекция была выявлена впервые во время госпитализации у 43,1% больных первой группы (28 человек) и 36,4% больных третьей группы (12 человек). Время, прошедшее после постановки диагноза ВИЧ-инфекции до момента данной госпитализации у больных первой группы было несколько меньше, чем у больных третьей группы, но без статистической значимости (1 [0; 3] лет; 2 [0; 4] лет, соответственно; $p=0,34$). Распределение стадий заболевания ВИЧ-инфекцией больных представлено в таблице 3. АРВТ постоянно принимали при поступлении в стационар только 12 больных (18,5%) и 2 больных (6,1%) первой и третьей группы, соответственно.

Таблица 3. Стадии ВИЧ-инфекции больных

Стадия заболевания	Первая группа (n=65)		Третья группа (n=33)		Достоверность, р
	абс.	%	абс.	%	
2б	1	1,5 %	2	6,1 %	0,22
3	30	46,2 %	14	42,4 %	0,73
4а	31	47,7 %	15	45,4 %	0,83
4б	3	4,6 %	2	6,1 %	0,76

Всем больным первой и второй групп в ходе обследования в стационаре проводилась люмбальная пункция с целью исключения поражения бледной трепонемой ЦНС. Распределение поставленных диагнозов сифилиса в группах представлено в таблице 4. Все больные третьей группы были серонегативны по сифилису.

Таблица 4. Распределение поставленных диагнозов сифилиса

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	
Вторичный сифилис кожи и слизистых (A51.3)	24	36,9 %	21	42,0 %	0,58
Сифилис скрытый ранний (A51.5)	13	20,0 %	6	12,0 %	0,25
Нейросифилис ранний асимптомный (A51.4)	17	26,2 %	10	20,0 %	0,44
Нейросифилис ранний (A51.4)	11	16,9 %	13	26,0 %	0,24

Больные первой и третьей группой характеризовались высокой коморбидностью заражения вирусными гепатитами В и С (таблица 5). Больные третьей группы имели самые высокие показатели заражения вирусными гепатитами, включая сочетанное заражение гепатитами В и С. Важно отметить, что диагноз гепатита В или С больным первой и третьей группы выставлялся

несколько раньше, чем диагноз ВИЧ. Это может свидетельствовать о сохранении факторов риска заражения ИППП после диагностики гепатита, приведших к заражению ВИЧ. Время, прошедшее после постановки диагноза гепатита С составило: у больных первой группы – 3 [1; 9] лет, у больных второй группы – 13 [0; 17] лет, у больных третьей группы – 10 [3,5; 12] лет ($p=0,11$). Время, прошедшее после постановки диагноза гепатита В составило: у больных первой группы – 3 [0; 15] лет, у больных второй группы – 6,5 [0; 13] лет, у больных третьей группы – 10 [2; 12] лет ($p=0,29$).

Таблица 5. Характеристика заболеваемости вирусными гепатитами В и С

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Гепатит С	28	43,1 %	3	6,0 %	20	60,6 %	<0,001
Гепатит В	16	24,6 %	2	4,0 %	14	42,4 %	<0,001
Сочетанное заболевание вирусными гепатитами В и С	12	18,4 %	2	4,0 %	12	36,4 %	<0,001

Больные первой группой статистически значимо чаще болели ИППП в анамнезе, при этом в подавляющем большинстве случаев это было заболевание сифилисом (таблица 6). Во время обследования и лечения в стационаре заражение другими ИППП было выявлено только у больных первой группы: у 3,1% больных была диагностирована гонорея.

Таблица 6. Характеристика заболеваемости ИППП в анамнезе

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели в анамнезе другие ИППП	20	30,8 %	7	14,0 %	4	12,1 %	0,033
Имели в анамнезе пролеченный сифилис	14	21,5 %	3	6,0 %	0	0 %	0,004
Имели в анамнезе пролеченную гонорею	3	4,6 %	2	4,0 %	2	6,1 %	0,91
Имели в анамнезе пролеченный хламидиоз	2	3,1 %	1	2,0 %	1	3,0 %	0,93
Имели в анамнезе пролеченный трихомониаз	3	4,6 %	1	2,0 %	1	3,0 %	0,74

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Наибольшее число больных с низкой социальной адаптацией было выявлено в третьей группе (таблица 7). Под низкой социальной адаптацией понимали отсутствие постоянного места работы, отсутствие специального образования, криминальную деятельность, отсутствие поддержки со стороны близких или семьи (по собственной оценке больных). Во второй группе больные с низкой социальной адаптацией встречались статистически значимо реже. Среди больных второй группы статистически значимо чаще встречались пациенты, занимающиеся высококвалифицированным трудом и статистически значимо реже пациенты, вовлечённые в криминальную деятельность. Больные второй группы также реже характеризовались отсутствием поддержки со стороны семьи и близких. Стоит отметить тенденцию превалирования числа больных с детьми над числом зарегистрированных браков во всех группах, которая была наиболее ярко представлена в третьей группе: число больных с детьми более чем в два раза превышало число зарегистрированных браков.

Таблица 7. Характеристика социальных показателей в группах сравнения

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели низкую социальную адаптацию	27	41,5 %	15	30,0 %	19	57,6 %	0,044
Не имели на момент обследования постоянного места работы	28	43,1 %	11	22,0 %	14	42,4 %	0,043
Занимались низкоквалифицированным трудом	23	35,4 %	24	48,0 %	17	51,5 %	0,22

Занимались высококвалифицированным трудом	14	21,5 %	15	30,0 %	2	6,1 %	0,032
Получили неполное среднее или среднее образование	25	38,5 %	15	30,0 %	16	48,5 %	0,23
Получили средне-специальное образование	27	41,5 %	23	46,0 %	13	39,4 %	0,82
Получили высшее образование	13	20,0 %	12	24,0 %	4	12,1 %	0,41
Криминальная деятельность	12	18,5 %	2	4,0 %	7	21,2 %	0,037
Состояли в браке на момент обследования	18	27,7 %	7	14,0 %	8	24,2 %	0,21
Имели детей	21	32,3 %	10	20,0 %	18	54,5 %	0,005
Отсутствие поддержки со стороны близких или семьи (по оценке больных)	30	46,2 %	8	16,0 %	17	51,5 %	<0,001

Все обследованные больные за исключением 3 женщин третьей группы характеризовались рискованным поведением в течение жизни (таблица 8). Так как в настоящее время нет единого общепринятого значения термина рискованного поведения, мы оценивали его клинически и понимали под ним следующие поведенческие паттерны: потребление наркотиков, потребление алкоголя (с вредными последствиями или признаками зависимости), криминальная деятельность. Выделяют особый вариант рискованного поведения – «рискованное сексуальное поведение» (Шаболтас А.В., 2015), под которым понимают действия сексуального характера, потенциально способные привести к вредным последствиям (в том числе к заражению ИППП). Рискованное сексуальное поведение определялось клинически и включало:

незащищённые сексуальные контакты со случайными партнёрами, большое количество случайных партнёров (более 4 за период 6 месяцев до проведения данного обследования), сексуальные контакты с малознакомыми партнерами в состоянии опьянения (наркотического или алкогольного), потребление услуг коммерческого секса или вовлечение в них с целью заработка, раннее начало половой жизни (до 16 лет). Наименее выраженным рискованным поведением характеризовались больные второй группы. Они позже начинали половую жизнь (возраст начала половой жизни составил 16 [16; 17] лет для больных первой группы, 17 [16; 18] лет для больных второй группы, 16 [15; 17] лет для больных третьей группы; $p=0,038$ для больных второй и третьей группы), реже потребляли наркотики и имели зависимость от алкоголя (или потребляли алкоголь с вредными последствиями), реже вступали в сексуальные контакты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, реже являлись потребителями услуг коммерческого секса. Почти половина больных первой группы и четвертая часть больных второй группы сообщили о регулярных сексуальных контактах с представителями своего пола. Во всех случаях это были мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ).

Таблица 8. Рискованное поведение больных в течение жизни

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Начало половой жизни до 16 лет (включительно)	37	56,9 %	17	34,0 %	18	54,5 %	0,038
Вступали в сексуальные контакты с представителями своего пола	32	49,2 %	12	24,0	0	0 %	<0,001
Потребление наркотиков в течение жизни	44	67,7 %	19	38,0 %	19	57,6 %	0,01

Потребление алкоголя с вредными последствиями и зависимость от алкоголя	27	41,5 %	8	16,0 %	19	57,6 %	<0,001
Незащищённые случайные сексуальные связи в течение жизни	65	100,0 %	50	100,0 %	30	90,9 %	0,005
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/ наркотического опьянения	33	50,8 %	12	24,0 %	23	69,7 %	<0,001
Использовали услуги коммерческого секса (потребители)	18	27,7 %	6	12,0 %	12	36,4 %	0,028
Использовали услуги коммерческого секса как средство заработка	7	10,8 %	1	2,0 %	4	12,1 %	0,147

Рискованное поведение за последние 6 месяцев (таблица 9) характеризовалось преобладанием аддиктивного поведения в третьей группе (чаще потребляли наркотики, чаще имели зависимость от алкоголя (или потребляли алкоголь с вредными последствиями) и вступали в сексуальные контакты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения). При этом больные первой группы характеризовались преобладанием рискованного сексуального поведения (в этой группе практически не было больных, постоянно использующих средства контрацепции (презерватив) во время сексуальных контактов, среднее число сексуальных партнёров (в том числе случайных) было наибольшим (количество половых партнёров за последние 6

месяцев в группах сравнения составило: 2 [1; 5], 2 [1; 3], 1 [1; 1] для больных первой, второй и третьей групп, соответственно; $p < 0,05$ для первой и третьей групп, для второй и третьей групп, соответственно), почти половина больных имела более 4 сексуальных партнёров за указанный период). Количество случайных половых партнёров за последние 6 месяцев в группах сравнения составило: 1 [0; 5], 1 [0; 2], 0 [0; 1] для больных первой, второй и третьей групп, соответственно; $p < 0,05$ для первой и третьей групп, для второй и третьей групп, соответственно. Больные второй группы характеризовались наименее выраженным аддиктивным рискованным поведением.

Таблица 9. Рискованное поведение больных за последние 6 месяцев

Показатель	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Постоянно использовали средства контрацепции (презерватив) за последние 6 месяцев	2	3,1 %	7	14,0 %	8	24,2 %	0,006
Имели постоянного полового партнёра	31	47,7 %	26	52,0 %	15	45,5 %	0,83
Имели более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев	28	43,1 %	11	22,0 %	7	21,2 %	0,02
Вступали в незащищённые случайные вагинальные/анальные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	40	60,6 %	45	90,0 %	27	81,8 %	0,001
Вступали в незащищённые случайные оральные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	37	56,9%	27	54,0%	10	30,3	0,035
Потребление наркотиков	14	21,5 %	3	6,0 %	9	27,3 %	0,024

за последние 6 месяцев							
Потребление алкоголя с вредными последствиями и/или зависимость от алкоголя за последние 6 месяцев	15	23,1 %	5	10,0 %	14	42,4 %	0,003
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/наркотического опьянения за последние 6 месяцев	17	26,2 %	7	14,0 %	17	51,5 %	<0,001

71,1% мужчин первой группы (32 человека от числа 45 мужчин в первой группе) и 37,5% мужчин второй группы (12 человек от числа 32 мужчин во второй группе) сообщили о неоднократных сексуальных контактах с представителями своего пола. Гомосексуальные контакты среди женщин, а также среди мужчин третьей группы выявлены не были. Учитывая особенно высокий уровень сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом, а также специфические факторы риска заражения в когорте МСМ (Lim R.B.T., Tan M.T., Young B. et al., 2013), нами был проведён анализ результатов исследования во всех группах сравнения исходя из превалирующего сексуального поведения посредством выделения следующих подгрупп: женщины, МСМ, мужчины, занимающиеся сексом с женщинами (МСЖ).

Женщины и мужчины всех групп сравнения не имели статистически значимых различий по возрасту (таблицы 10-12).

Таблица 10. Распределение по возрасту больных первой группы

Показатель	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Возрастная группа 15-19 лет	1	5,0 %	3	9,4 %	0	0 %	0,48

Таблица 10. Распределение по возрасту больных первой группы

Возрастная группа 20-29 лет	6	30,0 %	13	40,6 %	4	30,8 %	0,68
Возрастная группа 30-39 лет	11	55,0 %	12	37,5 %	5	38,4 %	0,43
Возрастная группа 40 и старше	2	10,0 %	4	12,5 %	4	30,8 %	0,22

Таблица 11. Распределение по возрасту больных второй группы

Показатель	Женщины (n=18)		МСМ (n=12)		МСЖ (n=20)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Возрастная группа 15-19 лет	0	0 %	1	8,3 %	0	0 %	0,48
Возрастная группа 20-29 лет	10	55,6 %	7	58,4 %	9	45,0 %	0,68
Возрастная группа 30-39 лет	5	27,7 %	3	25,0 %	7	35,0 %	0,43
Возрастная группа 40 и старше	3	16,7 %	1	8,3 %	4	20,0 %	0,22

Таблица 12. Распределение по возрасту больных третьей группы

Показатель	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	
Возрастная группа 15-19 лет	0	0 %	0	0 %	1,0
Возрастная группа 20-29 лет	3	17,6 %	3	18,8 %	0,93
Возрастная группа 30-39 лет	11	64,7 %	11	68,8 %	0,81
Возрастная группа 40 и старше	3	17,6 %	2	12,5 %	0,68

Большинство женщин первой группы имели низкую социальную адаптацию (таблица 13). Высокий уровень участия в криминальной

деятельности у женщин был связан с отсутствием работы ($R=0,47$; $p=0,036$), отсутствием специального образования ($R=0,61$; $p=0,004$), вовлечением в услуги коммерческого секса ($R=0,58$; $p=0,007$). Наилучшие показатели социальной адаптации (за исключением показателя отсутствия поддержки со стороны близких или семьи) в первой группе продемонстрировали МСМ: они статистически значимо чаще занимались высококвалифицированным трудом ($p<0,001$), чаще имели высшее образование ($p=0,022$), а также не были вовлечены в криминальную деятельность. Получение высшего образования у МСМ первой группы было связано с последующим трудоустройством по специальности ($R=0,68$; $p<0,001$). Низкий показатель браков среди МСМ свидетельствует о наличии сочетания гомосексуальной и гетеросексуальной половой активности в этой когорте, что имеет значение как «мостик» передачи заболевания между разными группами риска. Безработица у МСЖ первой группы была связана с низким уровнем образования, а именно незаконченным средним образованием ($R=0,64$; $p=0,019$). Неполное среднее образование у МСЖ первой группы также было связано с высоким уровнем вовлечения в криминальную деятельность ($R=0,64$; $p=0,019$).

Таблица 13. Характеристика социального статуса больных первой группы

Показатель	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели низкую социальную адаптацию	15	75,0 %	7	21,9 %	5	38,5 %	<0,001
Не имели работы на момент обследования	15	75,0%	16	28,1%	4	30,8%	0,002
Занимались низкоквалифицированным трудом	5	25,0 %	10	31,3 %	8	61,5 %	0,079
Занимались высококвалифицир	0	0%	13	40,6%	1	7,7%	0,001

ованным трудом							
Получили неполное среднее или среднее образование	10	50,0%	9	28,1%	6	46,2%	0,24
Получили средне-специальное образование	10	50,0 %	10	31,3 %	5	38,5 %	0,54
Получили высшее образование	0	0%	10	31,3%	3	23,1%	0,022
Криминальная деятельность	8	40,0 %	0	0 %	4	30,8 %	<0,001
Состояли в браке на момент обследования	9	45,0 %	4	12,5 %	5	38,5 %	0,024
Имели детей	12	60,0 %	3	9,4 %	6	46,2 %	<0,001
Отсутствие поддержки со стороны близких или семьи (по оценке больных)	7	35,0 %	18	56,3 %	5	38,5 %	0,27

Во второй группе статистически значимых различий в показателях социальной адаптации среди больных подгрупп сравнения выявлено не было (таблица 14).

Таблица 14. Характеристика социального статуса больных второй группы

Показатель	Женщины (n=18)		МСМ (n=12)		МСЖ (n=20)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели низкую социальную адаптацию	6	33,3 %	3	25,0 %	7	35,0 %	0,83
Не имели работы на момент	7	38,9 %	2	16,7 %	4	20,0 %	0,29

Таблица 14. Характеристика социального статуса больных второй группы

обследования							
Занимались низкоквалифициро- ванным трудом	6	33,3 %	7	58,3 %	11	55,0 %	0,29
Занимались высококвалифицир- ованным трудом	5	27,8 %	3	25,0 %	5	25,0 %	0,98
Получили неполное среднее или среднее образование	6	33,3 %	3	25,0 %	6	30,0 %	0,89
Получили средне- специальное образование	7	38,9 %	7	58,3 %	9	45,0 %	0,57
Получили высшее образование	5	27,8 %	2	16,7 %	5	25,0 %	0,78
Криминальная деятельность	1	5,6 %	0	0 %	2	10,0 %	0,51
Состояли в браке на момент обследования	5	27,8 %	1	8,3 %	1	5,0 %	0,11
Имели детей	4	22,2 %	1	8,3 %	5	25,0 %	0,5
Отсутствие поддержки со стороны близких или семьи (по оценке больных)	2	11,1 %	4	33,3 %	2	10,0 %	0,17

В третьей группе женщины не были вовлечены в криминальную деятельность (таблица 15). Остальные показатели не имели статистически значимых различий.

Таблица 15. Характеристика социального статуса больных третьей группы

Показатели	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	
Имели низкую социальную адаптацию	9	52,9 %	9	56,2 %	0,85
Не имели работы на момент обследования	9	52,9 %	5	31,3 %	0,21
Занимались низкоквалифицированным трудом	6	35,3 %	11	68,8 %	0,054
Занимались высококвалифицированным трудом	2	11,8 %	0	0 %	0,16
Получили неполное среднее или среднее образование	9	52,9 %	7	43,8 %	0,59
Получили среднее-специальное образование	6	35,3 %	7	43,8 %	0,62
Получили высшее образование	2	11,8 %	2	12,5 %	0,95
Криминальная деятельность	0	0 %	7	43,8 %	0,002
Состояли в браке на момент обследования	5	29,4 %	3	18,8 %	0,48
Имели детей	11	64,7 %	7	43,8 %	0,23
Отсутствие поддержки со стороны близких или семьи (по оценке больных)	9	52,9 %	8	50,0 %	0,87

Все больные первой группы имели признаки рискованного поведения в течение жизни (таблица 16). Рискованное поведение было представлено как аддиктивными включениями, так и рискованным сексуальным поведением. Самый высокий показатель потребления наркотиков в течение жизни был у женщин. МСМ статистически значимо реже имели эпизоды потребления алкоголя с вредными последствиями и/или имели зависимость от алкоголя в течение жизни, а также вступали в сексуальные контакты в состоянии алкогольного/наркотического опьянения. Женщины статистически значимо чаще имели опыт вовлечения в услуги коммерческого секса с целью заработка

денег или обмена сексуальных услуг на наркотик. Подавляющее большинство МСЖ были потребителями сексуальных коммерческих услуг.

Таблица 16. Рискованное поведение больных первой группы в течение жизни

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Начало половой жизни до 16 лет (включительно)	12	60,0 %	17	53,1 %	8	61,5 %	0,83
Потребление наркотиков в течение жизни	16	80,0 %	19	59,4 %	8	61,5 %	0,29
Потребление алкоголя с вредными последствиями и зависимость от алкоголя	11	55,0 %	7	21,9 %	9	69,2 %	0,006
Незащищённые случайные сексуальные связи	20	100 %	32	100 %	13	100 %	1,0
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/ наркотического опьянения	16	80,0 %	10	31,3 %	7	53,9 %	0,04
Коммерческий секс (работа)	6	30,0 %	1	3,0 %	0	0,0 %	0,004
Коммерческий секс (потребитель)	0	0,0 %	3	9,4 %	9	69,2 %	<0,001

Рискованное поведение за последние 6 месяцев в первой группе было представлено в большей степени рискованным сексуальным поведением у мужчин (таблица 17). Они статистически значимо чаще вступали в незащищённые вагинальные/анальные и оральные сексуальные связи и имели

более 4 сексуальных партнёров. У мужчин общее количество половых партнёров и число случайных половых партнёров значимо превосходило аналогичные показатели у женщин: а) общее количество половых партнёров за последние 6 месяцев составило 1 [0; 1], 5 [2; 7], 2 [1; 5] у женщин, МСМ и МСЖ первой группы, соответственно; $p < 0,05$ для женщин и МСМ, для женщин и МСЖ; б) количество случайных половых партнёров за последние 6 месяцев составило 0 [0; 0], 4 [1; 7], 2 [0; 5] у женщин, МСМ и МСЖ первой группы, соответственно; $p < 0,05$ для женщин и МСМ, для женщин и МСЖ. Также только МСМ (15,6% или 5 человек) имели одновременно более одного постоянного сексуального партнёра. Важно отметить, что 70,6% МСМ первой группы, знавшие о диагнозе ВИЧ (12 из 17 МСМ первой группы, знавшие о диагнозе ВИЧ до поступления в специализированный дерматовенерологический стационар), не сообщали своим сексуальным партнёрам о заболевании, если они сами не спрашивали об этом, а последнее, по оценкам больных, случалось «редко». 29,4% МСМ первой группы, знавшие о ВИЧ-положительном статусе (5 из 17 МСМ первой группы, знавшие о диагнозе ВИЧ до поступления в специализированный дерматовенерологический стационар), использовали поиск партнёров по их серопозитивному статусу («серосортинг»).

Таблица 17. Рискованное поведение больных первой группы за последние 6 месяцев

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Постоянно использовали средства контрацепции (презерватив) за последние 6 месяцев	0	0 %	0	0 %	2	15,4 %	0,016
Имели постоянного полового партнёра	11	55,0 %	18	56,3 %	7	53,8 %	0,99
Имели более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев	2	10,0%	20	62,5%	6	46,2%	0,001

Таблица 17. Рискованное поведение больных первой группы за последние 6 месяцев

Вступали в незащищённые случайные вагинальные/анальные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	3	15,0 %	28	87,5 %	9	69,2 %	0,001
Вступали в незащищённые случайные оральные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	3	15,0%	32	100,0%	2	15,4%	0,001
Потребление наркотиков за последние 6 месяцев	4	20,0 %	8	25,0 %	3	23,1 %	0,92
Потребление алкоголя с вредными последствиями и/или зависимость от алкоголя за последние 6 месяцев	6	30,0 %	8	25,0 %	6	46,2 %	0,17
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/наркотического опьянения за последние 6 месяцев	4	20,0 %	9	28,1 %	4	30,8 %	0,74

Рискованное поведение в течение жизни больных второй группы было представлено незащищёнными случайными сексуальными контактами во всех случаях (таблица 18). МСЖ достоверно чаще являлись потребителями коммерческого секса (в сравнении с женщинами).

Таблица 18. Рискованное поведение больных второй группы в течение жизни

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=18)		МСМ (n=12)		МСЖ (n=20)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Начало половой жизни до 16 лет (включительно)	4	22,2 %	4	33,3 %	9	45,0 %	0,33
Потребление наркотиков в течение жизни	4	22,2 %	4	33,3 %	11	55,0 %	0,11
Потребление алкоголя с вредными последствиями и зависимость от алкоголя	3	16,7 %	0	0 %	5	25,0 %	0,17
Незащищённые случайные сексуальные связи	18	100 %	12	100 %	20	100 %	1,0
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/нарк отического опьянения	4	22,2 %	3	25,0 %	8	40,0 %	0,45
Коммерческий секс (работа)	0	0 %	1	8,3 %	0	0 %	0,19
Коммерческий секс (потребитель)	0	0 %	1	8,3 %	6	30,0 %	0,024

Рискованное поведение за последние 6 месяцев у больных второй группы характеризовалось преобладанием сексуального рискованного поведения (таблица 19). Наименее выраженным рискованным поведением обладали женщины (они чаще использовали средства контрацепции, чаще имели постоянного сексуального партнёра, имели меньшее число сексуальных

партнёров, реже вступали в незащищённые сексуальные контакты). Наиболее выраженным рискованным сексуальным поведением характеризовались МСМ. Общее количество половых партнёров за последние 6 месяцев составило 1 [1; 2], 4 [2; 6], 2 [1; 2] у женщин, МСМ и МСЖ второй группы, соответственно; $p < 0,05$ для женщин и МСМ, для МСМ и МСЖ. Количество случайных половых партнёров за последние 6 месяцев составило 0 [0; 1], 3 [1; 5], 1 [0; 2] у женщин, МСМ и МСЖ второй группы, соответственно; $p < 0,05$ для женщин и МСМ, для МСМ и МСЖ.

Таблица 19. Рискованное поведение больных второй группы за последние 6 месяцев

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=18)		МСМ (n=12)		МСЖ (n=20)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Постоянно использовали средства контрацепции (презерватив) за последние 6 месяцев	0	33,3 %	0	0 %	2	10,0 %	0,033
Имели постоянного полового партнёра	11	77,8 %	18	41,6 %	7	35,0 %	0,022
Имели более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев	2	5,6 %	20	58,3 %	6	15,0 %	0,002
Вступали в незащищённые случайные вагинальные/анальные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	3	27,8 %	28	91,7 %	9	75,0 %	<0,001
Вступали в незащищённые случайные оральные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	3	27,8%	32	100,0%	2	50,0%	0,001
Потребление наркотиков за последние 6 месяцев	4	5,6 %	8	8,3 %	3	5,0 %	0,92

Потребление алкоголя с вредными последствиями и/или зависимость от алкоголя за последние 6 месяцев	6	11,1 %	8	8,3 %	6	10,0 %	0,97
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/наркотического опьянения за последние 6 месяцев	4	11,1 %	9	16,7 %	4	15,0 %	0,89

В третьей группе рискованное поведение в течение жизни было выявлено у всех МСЖ и большинства женщин (таблица 20). Только у 3 женщин третьей группы (17,6%) среди всех обследованных больных трёх групп не были установлены факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией. В целом, среди женщин был высок показатель вовлечённости в услуги коммерческого секса с целью заработка денег или обмена сексуальных услуг на наркотики, половина МСЖ являлись потребителями услуг коммерческого секса.

Таблица 20. Рискованное поведение больных третьей группы в течение жизни

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	
Начало половой жизни до 16 лет (включительно)	8	47,1 %	10	62,5 %	0,37
Потребление наркотиков в течение жизни	8	47,1 %	11	68,8 %	0,21
Потребление алкоголя с вредными последствиями и зависимость от алкоголя	10	58,8 %	9	56,3 %	0,88
Незащищённые случайные сексуальные связи	14	82,4 %	16	100 %	0,76
Незащищённые сексуальные связи в состоянии	11	64,7 %	12	75,0 %	0,52

Таблица 20. Рискованное поведение больных третьей группы в течение жизни

алкогольного/наркотического опьянения					
Коммерческий секс (работа)	4	23,5 %	0	0 %	0,039
Коммерческий секс (потребитель)	0	0 %	8	50,0 %	<0,001

За последние 6 месяцев в третьей группе рискованное поведение проявилось более выражено у МСЖ (таблица 21). Они чаще вступали в незащищённые сексуальные контакты, имели большее количество партнёров, чаще вступали в незащищённые сексуальные контакты в состоянии алкогольного опьянения. Общее количество половых партнёров за последние 6 месяцев составило 1 [0; 1] и 1 [1; 4] у женщин и МСЖ третьей группы, соответственно ($p=0,36$). Количество случайных половых партнёров за последние 6 месяцев составило 0 [0; 0] и 1 [0; 4] у женщин и МСЖ третьей группы, соответственно ($p=0,024$).

Таблица 21. Рискованное поведение больных третьей группы за последние 6 месяцев

Показатели рискованного поведения	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	
Постоянно использовали средства контрацепции (презерватив) за последние 6 месяцев	7	41,2 %	1	6,3 %	0,019
Имели постоянного полового партнёра	9	52,9 %	6	37,5 %	0,37
Имели более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев	2	11,8 %	5	31,3 %	0,17
Вступали в незащищённые случайные	4	23,5 %	10	62,5 %	0,024

Таблица 21. Рискованное поведение больных третьей группы за последние 6 месяцев

вагинальные/анальные сексуальные контакты за последние 6 месяцев					
Вступали в незащищённые случайные оральные сексуальные контакты за последние 6 месяцев	4	23,5%	6	37,5%	0,27
Потребление наркотиков за последние 6 месяцев	5	29,4 %	4	25,0 %	0,78
Потребление алкоголя с вредными последствиями и/или зависимость от алкоголя за последние 6 месяцев	7	41,2 %	7	43,8 %	0,88
Незащищённые сексуальные связи в состоянии алкогольного/наркотического опьянения за последние 6 месяцев	5	29,4 %	12	75,0 %	0,009

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

4.1. Клиническая оценка психических нарушений в группах сравнения

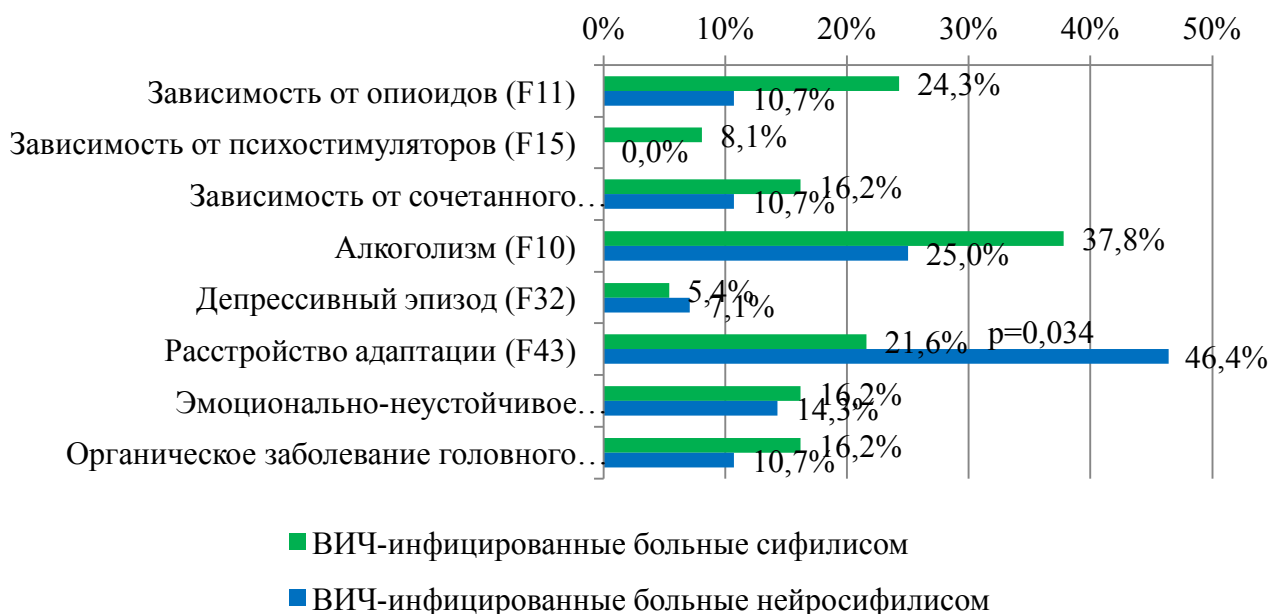
Психические нарушения были диагностированы у большинства обследованных пациентов (диаграмма 1). Чаще всего психические расстройства встречались в третьей группе (100% или 33 человека), реже всего во второй группе (60,0% или 30 больных). В первой группе психические нарушения были диагностированы у 54 больных (83,1%; $p < 0,001$ для групп сравнения). Ранее никто из больных не обращался за психолого-психиатрической помощью.

Диаграмма 1. Распределение психиатрической патологии в группах сравнения



Известно, что у ВИЧ-инфицированных пациентов психические расстройства отличаются атипичностью вследствие развивающегося органического поражения головного мозга (Полянский Д.А., Калинин В.В., 2010). Вероятно, именно в связи с этим обстоятельством ВИЧ-инфекция в случае сочетанного заражения сифилисом приводит к большей, чем при монозаболевании сифилисом, частоте развития у больных нейросифилиса (Коробко А.В., Орлова И.А., Смирнова Н.В., 2014). Было сделано предположение, что поражение ЦНС у ВИЧ-инфицированных больных бледной трепонемой может иметь влияние на частоту развития и структуру формирующихся на этом фоне психических расстройств. В проведенном исследовании установлено, что у ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом (13 человек из 28 пациентов первой группы с этими проявлениями сифилиса) статистически значимо чаще, чем у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом (8 человек из 37 пациентов первой группы с этими проявлениями сифилиса), развивались нозогенные реакции (диаграмма 2). В отличие от этого, статистически значимых различий в частоте развития аддиктивных, аффективных, личностных расстройств и психических нарушений вследствие органического поражения головного мозга у больных ранним нейросифилисом и ранним сифилисом в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией выявлено не было. Психические расстройства вследствие органического поражения головного мозга во всех случаях имели смешанный генез (в том числе инфекционный), то есть были связаны и обусловлены уже имевшейся у больных ВИЧ-инфекцией. Исходя из этого можно сделать вывод о незначительном влиянии раннего нейросифилиса на частоту развития психических расстройств в случае сочетанного заражения пациента, уже имеющего ВИЧ-инфекцию (которая и определяет органическое поражение головного мозга).

Диаграмма 2. Структура психических расстройств ВИЧ-инфицированных с ранними формами сифилиса



Во второй группе диагноз органического поражения головного мозга (F06) был поставлен 34,8% (8 из 23 больным ранним нейросифилисом второй группы) больным нейросифилисом и 11,1% (3 из 27 больным ранним сифилисом второй группы) больных ранним сифилисом ($p=0,044$).

Больные первой и третьей групп характеризовались наиболее выраженным аддиктивным поведением. Диагноз зависимости нами был поставлен 47,7% (31 человек) и 60,6% (20 человек) больным первой и третьей группы, соответственно ($p<0,001$ в сравнении с больными второй группы, где аддиктивные нарушения были выявлены только у 10,0% (5 человек) больных).

Зависимость от опиатов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F11 по МКБ-10) чаще наблюдалась в третьей группе (30,3% больных; 10 человек), и не была диагностирована во второй группе. В первой группе зависимость от опиатов была выявлена у 12 (18,5%) больных ($p<0,001$ для групп сравнения). Диагноз зависимости от сочетанного потребления наркотиков (F19, включал сочетанную зависимость от опиатов и психостимуляторов или от психостимуляторов и каннабиноидов) был поставлен также только больным первой и третьей группы (9 человек или 13,8% и 6 человек или 18,2% больных первой и третьей группы; $p=0,01$ в

сравнении с больными второй группы, где зависимость от сочетанного потребления наркотиков не встретилась. Зависимость от психостимуляторов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F15) была установлена только в первой группе (4,6%; 3 человека). Зависимость от алкоголя (F10) встречалась примерно с одинаковой частотой у больных первой и третьей группы (32,3% или 21 человек и 30,3% или 10 человек, соответственно) и статистически значимо реже у больных второй группы (10,0%; 5 человек; $p=0,015$).

Диагноз депрессивного эпизода был поставлен 4 (6,2%) и 5 (15,2%) больным первой группы и третьей группы, соответственно ($p=0,018$ в сравнении со второй группы, где депрессия выявлена не была). Во всех случаях депрессия была оценена как вторичная по отношению к аддиктивным расстройствам.

Расстройства адаптации в рамках нозогенных расстройств (F43) были выявлены во всех группах сравнения и характеризовались наибольшей частотой в первой группе (21 человек; 32,3%) и наименьшей частотой в третьей группе (4 человека; 12,1%). Во второй группе расстройства адаптации были выявлены у 13 человек (26,0%; $p=0,088$ для групп сравнения). Личностные расстройства были обнаружены также во всех группах (15,4% или 10 человек, 8,0% или 4 человека, 6,1% или 2 человека в первой, второй и третьей группах, соответственно; $p=0,27$) и были представлены эмоционально-неустойчивым расстройством личности (F60.3). Психические нарушения вследствие органического поражения головного мозга (F06) были смешанного генеза (посттравматического, интоксикационного, инфекционного), характеризовались аффективными нарушениями и психоорганическим синдромом и встречались статистически значимо чаще в третьей группе (57,5%; 19 человек), в сравнении с больными первой (23,1%; 15 человек) и второй (22,0%; 11 человек) групп ($p<0,001$).

Коморбидность психических расстройств была выявлена у более половины больных третьей группы (51,5%; 17 человек), около трети больных первой

группы (30,8%; 20 человек) и только у 4% больных (2 человека) второй группы ($p < 0,001$ для групп сравнения).

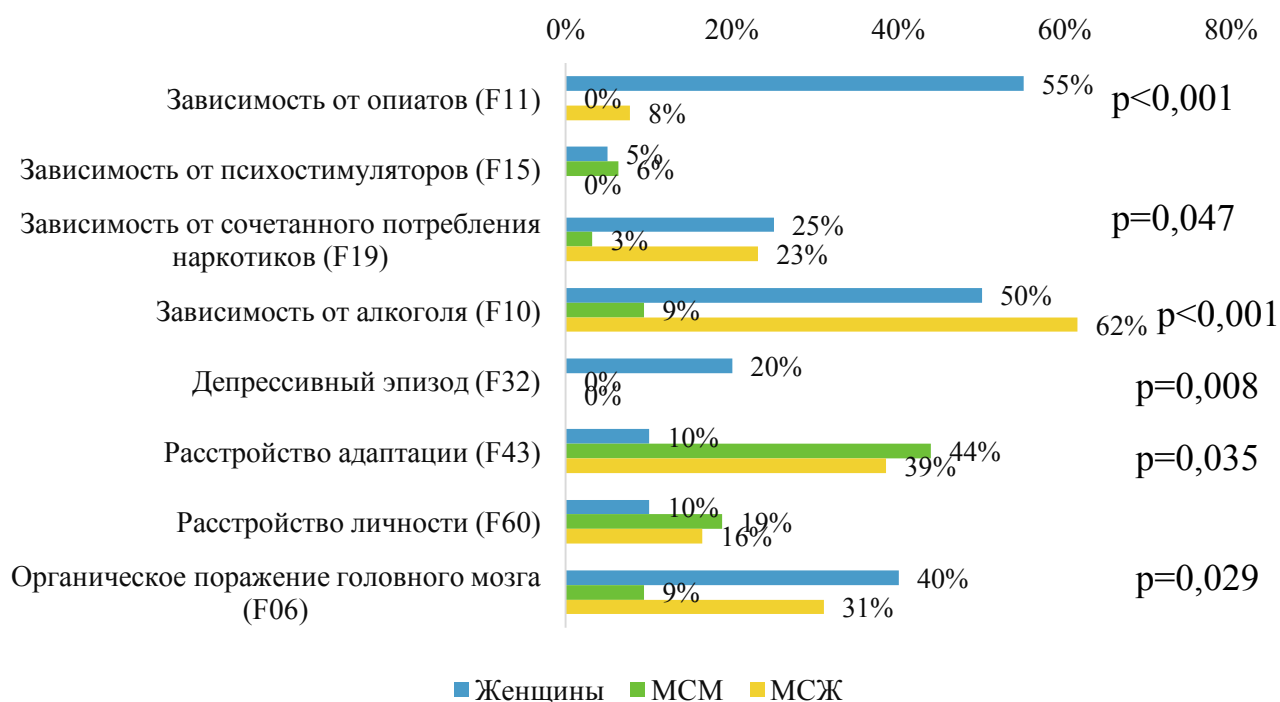
Наследственность психопатологически была отягощена у 33,8% (22 человека) больных первой группы, 20,0% (10 человек) и 24,2% (8 человек) больных второй и третьей групп, соответственно ($p = 0,23$). Установлено, что алкоголизм был в числе наиболее распространённых психических нарушений среди близких родственников обследованных больных во всех группах (таблица 22). Под другими психическими нарушениями понимали явные психические заболевания родных обследованных больных, диагнозы которых больные назвать не могли.

Таблица 22. Психические нарушения близких родственников обследованных больных

Психические нарушения	Первая группа (n=65)		Вторая группа (n=50)		Третья группа (n=33)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкоголизм	12	18,5%	8	16,0%	6	18,2%
Зависимость от наркотика	5	7,7%	1	2,0%	1	3,0%
Другие психические нарушения	5	7,7%	1	2,0%	1	3,0%

В первой группе психические расстройства различались в зависимости от пола и сексуального поведения (диаграмма 3) и статистически значимо чаще встречались у женщин (100%; 20 человек) и МСЖ (92,3%; 12 человек из числа 13 МСЖ первой группы) в сравнении с МСМ (68,8%; 22 человека из числа 32 МСМ первой группы; $p = 0,009$).

Диаграмма 3. Психические нарушения у больных первой группы



Диагноз зависимости статистически значимо чаще выставлялся женщинам (85,0%; 17 человек из числа 20 женщин первой группы) и МСЖ (61,5%; 8 человек из числа 13 МСЖ первой группы), в сравнении с МСМ (18,8%; 6 человек из числа 32 МСМ первой группы; $p < 0,001$ для групп сравнения). Зависимость от опиатов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F11 по МКБ-10) чаще наблюдалась у женщин: 11 женщин (55,0%) против 1 человека из подгруппы МСЖ (7,7%) при $p < 0,001$. Зависимость от опиатов среди МСМ отсутствовала. Зависимость от сочетанного потребления наркотиков (F19, включал сочетанную зависимость от опиатов и психостимуляторов) диагностировалась примерно с одинаковой частотой у женщин (5 женщин; 25,0%) и МСЖ (3 МСЖ; 23,1%), у МСМ полинаркотизация (зависимость от сочетанного потребления психостимуляторов и каннабиноидов) встретилась в 1 случае (3,2%; $p = 0,047$). Зависимость от психостимуляторов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F15) была установлена у 1 женщины (5,0%) и 2 МСМ (6,3%), и не выявлялась у МСЖ. Зависимость от алкоголя (F10) встречалась чаще у МСЖ (8 человек;

61,5%), на втором месте по частоте были женщины (10 человек; 50,0%). Алкоголизм был диагностирован у 3 МСМ (9,4%), что было статистически значимо реже, чем у женщин и МСЖ ($p < 0,001$).

У 20,0% женщин (4 человека) первой группы выраженность расстройств достигала уровня умеренного депрессивного эпизода (F32.1), который не был диагностирован у мужчин ($p = 0,008$). Диагноз расстройства адаптации (F43) чаще выявлялся у мужчин (у 14 МСМ (43,8%), 5 МСЖ (38,5%) и 2 женщин (10,0%); $p = 0,035$). Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3) было обнаружено у 2 (10,0%) женщин, 6 (18,8%) МСМ и 2 (15,4%) МСЖ. Психические нарушения вследствие органического поражения головного мозга (F06) были смешанного генеза (посттравматического, интоксикационного, инфекционного), характеризовались аффективными нарушениями и психоорганическим синдромом, отмечаясь статистически значимо реже у МСМ (3 человека; 9,4%), в сравнении с женщинами (8 человек; 40,0%) и МСЖ (4 человека; 30,8%; $p = 0,029$).

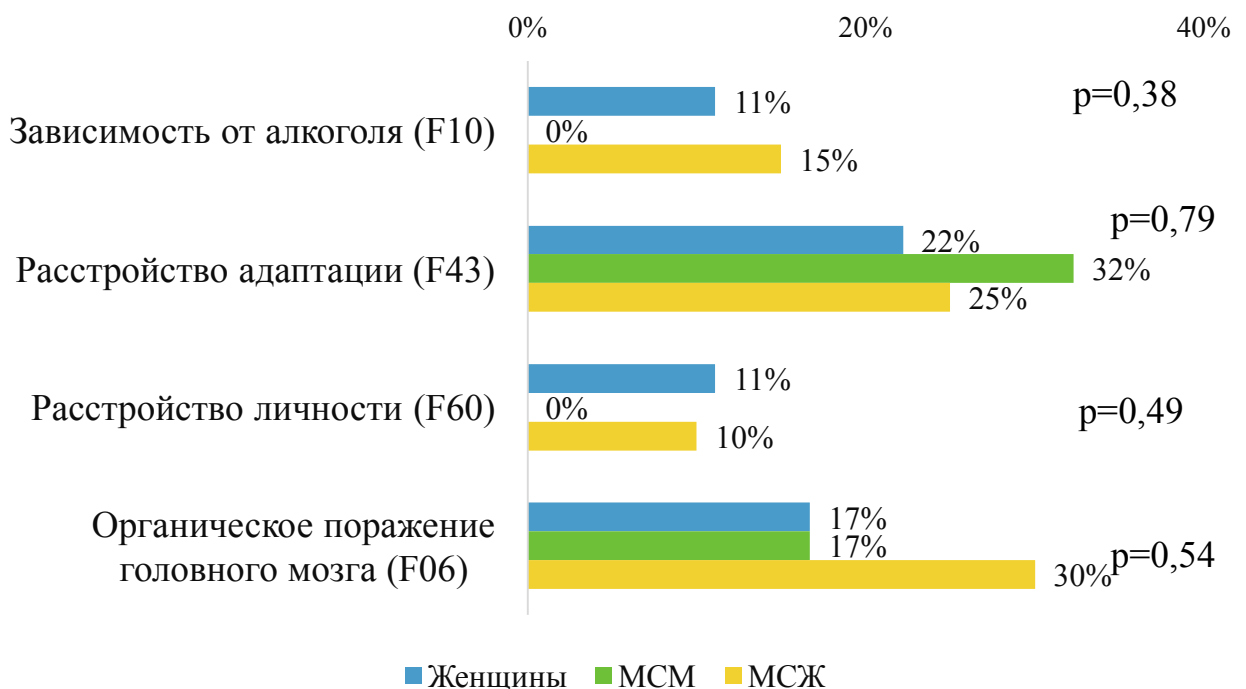
Коморбидность психических расстройств была выявлена у 30,8% больных (20 больных первой группы). Она проявлялась сочетанием аддитивных нарушений и депрессивного эпизода (6,2%; 4 человека), расстройств личности (6,2%; 4 человека) и органического заболевания головного мозга (18,4%; 12 человек). Установлена связь отягощённой наследственности (алкоголизмом или зависимостью от наркотика) и аддитивных нарушений у женщин первой группы, а именно полинаркомании (F19; $R = 0,64$; $p = 0,002$) и алкоголизма (F10; $R = 0,50$; $p = 0,002$).

Диагноз психических нарушений не был установлен в первой группе только 31,3% МСМ (10 человек) и 7,8% МСЖ (1 человек). Все больные первой группы без психических нарушений характеризовались хорошей социальной адаптацией: 9 из 11 больных без психических нарушений (81,8%) имели работу (в том числе 8 больных (72,7%) – высококвалифицированную), а ещё один мужчина (9,1%) был студентом ВУЗа; 10 из 11 больных без психических нарушений (90,9%) получили специальное образование (в том числе 7 больных

(63,6%) – высшее образование). Ни один из этих больных не имел периодов дезадаптации в анамнезе, а также не был причастен к криминальной деятельности. Заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом у них произошло в связи с рискованным сексуальным поведением.

Во второй группе психические нарушения были диагностированы у 55,6% женщин (10 человек), 50,0% МСМ (6 человек) и 70,0% МСЖ (14 человек; $p=0,48$). В целом, больные второй группы характеризовались наименьшим спектром психических нарушений, особенно аддиктивной патологии (диаграмма 4) среди трёх групп сравнения. У больных этой группы не встретились диагнозы зависимости от наркотиков и эндогенной депрессии. Статистически значимых различий в зависимости от пола и сексуального поведения выявлено не было. Диагноз зависимости от алкоголя (F10) был поставлен 2 (11,1%) женщинам и 3 (15,0%) МСЖ. Расстройства адаптации (F43) по типу нозогенных реакций на факт заражения сифилисом были диагностированы у 4 (22,2%) женщин, 4 (33,3%) МСМ и 5 (25,0%) МСЖ. Эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F60.3) у МСМ не встретилось. Психические нарушения вследствие органического поражения головного мозга (инфекционного, интоксикационного, посттравматического генеза) встретились у 30,0% (6 человек) МСЖ и у 16,7% (3 человека) женщин и (2 человека) МСМ. Коморбидность психических нарушений (алкоголизма и органического поражения головного мозга) встретила у 1 (5,6%) женщины и 1 (5,0%) МСЖ.

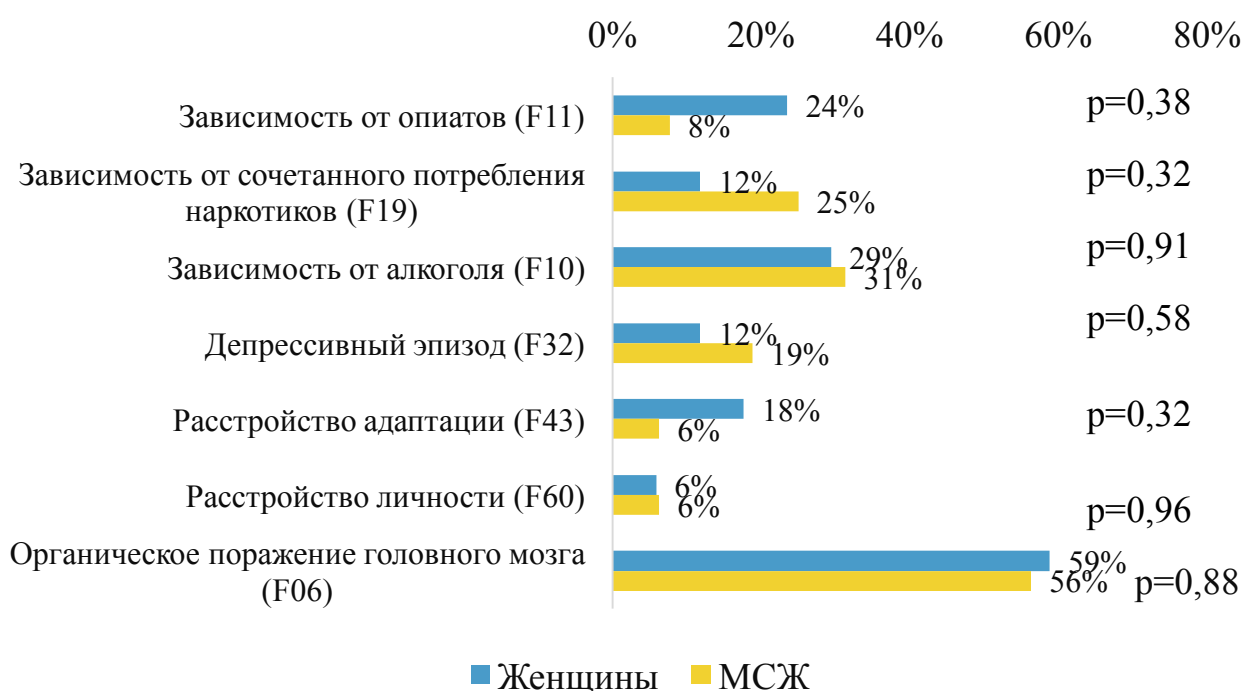
Диаграмма 4. Психические нарушения у больных второй группы



В третьей группе психические нарушения были диагностированы у всех больных (диаграмма 5). Статистически значимых различий в частоте встречаемости диагнозов психической патологии в зависимости от пола выявлено не было. Наиболее часто как женщинам, так и МСЖ выставлялся диагноз органического заболевания головного мозга (интоксикационного, инфекционного, посттравматического генеза). Значительная частота органической патологии головного мозга была обусловлена комплексом факторов: массивной наркотизацией больных и высокой частотой оппортунистических инфекций, поражающих ЦНС, диагностированных в ходе лечения в стационаре. Больным третьей группы устанавливались диагнозы зависимости от опиатов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F11; 4 (23,5%) женщины и 1 (6,25%) МСЖ), зависимости от сочетанного потребления наркотиков (F19, сочетанную зависимость от опиатов и психостимуляторов; 2 (11,8%) женщины и 4 (25,0%) МСЖ), зависимости от алкоголя (F10; 5 (29,4%) женщин и 5 (31,3%) МСЖ). Диагноз депрессивного эпизода был установлен как у женщин, так и мужчин (F32): 2 (11,8%)

женщинам и 3 (18,8%) МСЖ. Расстройства адаптации (F43) по типу нозогенных реакций встретились у 17,6% (3 человека) женщин и 6,3% (1 человек) МСЖ. Расстройство личности (эмоционально-неустойчивое; F60.3) было выявлено только у одной женщины (5,9%) и одного МСЖ (6,3%). Коморбидность психической патологии встретилась у 47,1% (8 человек) женщин и 56,3% (9 человек) МСЖ ($p=0,59$).

Диаграмма 5. Психические нарушения у больных третьей группы



4.2. Аддиктивные нарушения у больных ВИЧ-инфекцией, ранним сифилисом и с коморбидными расстройствами

4.2.1. Аддиктивные нарушения у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом

Эпизоды потребления наркотических средств всех видов различной продолжительности в течение жизни в первой группе выявлялись статистически значимо чаще у женщин (17 женщин или 85,0%) и МСЖ (8 человек или 61,5%), в сравнении с МСМ (6 человек или 18,8%; $p<0,001$).

Больше половины больных, не сообщивших о гомосексуальных контактах, имели эпизоды потребления алкоголя с вредными последствиями и/или имели зависимость от алкоголя в течение жизни: 60,0% женщин (12 человек) и 69,2% МСЖ (9 человек). Алкоголизация у МСМ наблюдалась достоверно реже (21,9% или 7 человек; $p=0,01$ в сравнении с женщинами и МСЖ).

Анализ аддиктивного поведения в зависимости от вида потребляемого наркотического вещества (таблица 23) показал, что наиболее массивной наркотизацией характеризовались женщины: 17 (85,0%) женщин, 6 (18,8%) МСМ и 8 (61,5%) МСЖ имели зависимость от одного или нескольких ПАВ ($p=0,01$).

Таблица 23. Аддиктивное поведение больных первой группы в зависимости от вида наркотика

Показатель	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели зависимость от одного или нескольких наркотических веществ	17	85,0 %	6	18,8 %	8	61,5 %	0,01
Имели опыт потребления опиатов (внутривенно)	16	80,0 %	1	3,1 %	5	38,5 %	<0,001
Имели опыт потребления психостимуляторов	11	55,0 %	10	31,3 %	5	38,5 %	0,23
Имели опыт потребления психостимуляторов внутривенно	8	40,0 %	2	6,3 %	3	23,1 %	0,012
Имели опыт потребления каннабиноидов	5	25,0 %	16	50,0 %	8	61,5 %	0,14

Внутривенное потребление опиатов встретилось статистически значимо чаще у женщин (80,0%; 16 человек), в сравнении с мужчинами: 38,5% (5

человек) среди МСЖ и 3,1% (1 человек) МСМ ($p<0,001$). Следует отметить, что потребление наркотических средств, относящихся к группе психостимуляторов (амфетамины), было выявлено у 55,0% (11 человек) женщин, (в том числе внутривенное введение – 40,0% или 8 человек) против 38,5% (5 человек) у МСЖ (в том числе внутривенное введение – 23,1% или 3 человека) и 31,3% (10 человек) у МСМ (в том числе внутривенное введение – 6,3% или 2 человека), что достигает статистической значимости различий ($p=0,012$). Все мужчины, принимавшие наркотики, сообщили о потреблении каннабиноидов: 61,5% (8 человек) МСЖ и 50,0% (16 человек) МСМ, причём у 8 МСМ (25,%) и у 3 МСЖ (23,1%) это был единственный случай потребления наркотиков в жизни, а в остальных наблюдениях была зарегистрирована полинаркотизация. Потребление наркотических средств, относящихся к группе каннабиноидов, отмечалось в два раза реже и было выявлено лишь у 25% (5 человек) женщин.

В целом, больные первой группы, потреблявшие опиоиды (22 человека), характеризовались низким социальным статусом: 63,6% не имели работы (14 человек; $R=0,43$; $p<0,001$), 39,1% (9 человек) были вовлечены в криминальную деятельность ($R=0,50$; $p<0,0001$), а 27,3% (6 человек) – в услуги коммерческого секса ($R=0,38$; $p=0,002$). В отличие от этого, ни один больной с высококвалифицированной работой на момент обследования не имел опыта приёма опиатов. Получение среднего специального образования было связано с прекращением приёма опиатов ещё до постановки диагноза ВИЧ-инфекции ($R=0,53$; $p=0,013$). Потребление опиатов было связано с высоким уровнем коморбидного заражения вирусным гепатитом С (90,9% или 20 больных, потреблявших опиаты; $R=0,69$; $p<0,001$) и гепатитом В (50,0% или 11 больных, потреблявших опиаты; $R=0,42$; $p<0,001$).

Потребление психостимуляторов больными первой группы (26 человек) также было связано с высоким уровнем коморбидного заражения гепатитом С (61,5% или 16 больных, потреблявших психостимуляторы, были заражены гепатитом С; $R=0,30$; $p=0,014$). Низкая социальная адаптация больных первой группы имела взаимосвязь с фактом приёма психостимуляторов: 16 больных,

потреблявших психостимуляторы (61,5%) не имели работы ($R=0,30$; $p=0,014$). У пациентов, потреблявших психостимуляторы (26 человек), чаще отмечалось рискованное сексуальное поведение: 73,1% (19 человек) начали половую жизнь до 16 лет ($R=0,27$; $p=0,032$), а 38,5% (10 человек) были вовлечены в услуги коммерческого секса ($R=0,32$; $p=0,008$). Была установлена связь раннего начала приёма психостимуляторов и безработицы ($R=0,49$; $p=0,012$). Больные, занятые низкоквалифицированным трудом, начинали принимать психостимуляторы после установления диагноза ВИЧ-инфекции ($R=0,52$; $p=0,007$). Высококвалифицированный труд ($R=0,49$; $p=0,012$) и высшее образование ($R=0,49$; $p=0,012$) были связаны с прекращением приёма психостимуляторов после выявления ВИЧ-инфекции. Мужчины имели тенденцию к отказу от приёма психостимуляторов после постановки диагноза ВИЧ ($R=0,50$; $p=0,012$). Вовлечение в криминальную деятельность ($R=-0,47$; $p=0,018$) и услуги коммерческого секса ($R=-0,42$; $p=0,036$) были связаны с продолжением потребления психостимуляторов после установки диагноза ВИЧ-инфекции.

Средняя продолжительность наркотизации опиоидами у женщин и МСЖ составила 8 [5,5; 14] и 10 [9; 12] лет, соответственно; $p=0,53$. Вместе с тем 66,7% женщин (11 из 16 человек), потреблявшие опиоиды, и все мужчины (5 человек) из подгруппы МСЖ, потреблявшие опиоиды, на момент обследования не потребляли их более 6 месяцев, а что же касается подгруппы МСМ, то единственный человек, входящий в неё, принимал наркотик всего «несколько раз» без формирования зависимости. Среднее время, прошедшее после прекращения потребления опиоидов, у больных первой группы составило 2 [0,25; 3] лет и 3 [2; 3,5] лет у женщин и МСЖ, соответственно. 6 из 11 женщин (54,5%) и все МСЖ (5 человек), прекратившие потребление опиатов, сформировали после этого зависимость от алкоголя или другого наркотика.

Женщины, полностью прекратившие потребление наркотических веществ, назвали в числе причин прекращения вступление в брак, ответственность перед детьми или родителями. Одна женщина прекратила потребление опиатов во

время отбывания срока в тюрьме. Ни один из больных, прекративших наркотизацию опиатами, не обращался в этот период за медицинской помощью.

Прекращение потребления опиатов совпало по времени с выявлением ВИЧ у 5 из 11 (45,5%) женщин, прекративших потребление опиоидов. 3 (27,7%) женщины продолжили наркотизацию опиатами несмотря на факт постановки диагноза ВИЧ-инфекции и прекратили наркотизацию спустя 7 [5,5; 8,5] лет. Заболевание сифилисом в анамнезе не влияло на потребление опиатов больными. Средняя продолжительность текущей ремиссии на момент обследования варьировалась от 2 [0,25; 3] лет у женщин до 3 [2; 3,5] лет у МСЖ. Установлено также, что у 11 женщин (все женщины, прекратившие потребление опиатов) и 3 МСЖ (60,0% от числа МСЖ, прекративших потребление опиатов) отказ от приёма наркотиков этой группы сопровождался прекращением рискованного сексуального поведения (8 женщин (72,7% от числа женщин, прекративших приём опиатов) и 2 МСЖ (40,0% от числа МСЖ, прекративших приём опиатов) имели одного постоянного сексуального партнёра, а 3 женщины (27,3% от числа женщин, прекративших приём опиатов) и 1 МСЖ (20,0% от числа МСЖ, прекративших приём опиатов) не вступали в сексуальные контакты за 6 месяцев, предшествовавшие поступлению в стационар).

36,4% женщин (4 из числа 11 женщин, имевших опыт потребления психостимуляторов), 60% (6 из числа 10 МСМ, имевших опыт потребления психостимуляторов) МСМ и 40% (2 из числа 5 МСЖ, имевших опыт потребления психостимуляторов) МСЖ не сформировали зависимости при их приёме. Продолжительность потребления психостимуляторов была самой значительной у МСЖ и составила 8 [8; 14,5] лет против 3 [1,25; 4,75] и 4 [2,5; 4,25] лет у женщин и МСМ, соответственно ($p < 0,05$ для МСЖ и женщин, МСЖ и МСМ). 63,6% женщин (7 из 11 женщин), 50,0% МСМ (5 из 10 МСМ) и 66,7% МСЖ (3 из 5 МСЖ) от числа больных, имевших опыт потребления психостимуляторов, прекратили их приём на момент обследования (не потребляли психостимуляторы более 6 месяцев). Среднее время, прошедшее

после прекращения потребления психостимуляторов, у больных первой группы в среднем составило 10 [4,5; 15], 9 [5; 11] и 3 [2; 4] лет у женщин, МСМ и МСЖ, соответственно

Большинство больных первой группы, имевших опыт потребления каннабиноидов, характеризовались разовыми случаями потребления: 80% женщин (4 из числа 5 женщин, имевших опыт потребления каннабиноидов), 93,8% МСМ (15 из числа 16 МСМ, имевших опыт потребления каннабиноидов) и 62,5% МСЖ (5 из числа 8 МСЖ, имевших опыт потребления каннабиноидов).

В целом прекращение потребления наркотических веществ благоприятно влияло на социальную адаптацию больных. Так, 5 больных, (50% от числа полностью прекративших приём наркотиков), устроились на работу (низкоквалифицированную; $R=0,45$; $p=0,039$). Продолжение приёма психостимуляторов было связано с низкой обращаемостью к инфекционисту после окончания лечения сифилиса ($R=-0,32$; $p=0,009$).

Зависимость от алкоголя в течение жизни или с вредными последствиями чаще ($p=0,006$) отмечалась у МСЖ (69,2% или 9 человек) и у женщин (55,0% или 11 человек), в то время как у МСМ – значительно реже (21,9% или 7 человек) при $p=0,016$.

Установлено, что все женщины, потреблявшие алкоголь с вредными последствиями или признаками зависимости, сочетали алкоголизацию с приёмом наркотиков (во всех случаях имело место потребление опиатом как ведущего наркотического вещества) или развили зависимость от алкоголя после окончания приёма наркотиков (сменив зависимость от одного ПАВ на другое), в то время как для мужчин было более характерным изолированное потребление алкоголя (57,1% и 66,6% от числа МСМ и МСЖ, потреблявших алкоголь с вредными последствиями или признаками зависимости; $p=0,001$ в сравнении с женщинами). При этом для МСМ, сочетавших потребление наркотиков и алкоголизацию, было характерным потребление психостимуляторов как ведущего потребляемого наркотического вещества, в то время как для МСЖ – опиатов. Средняя продолжительность потребления

алкоголя с признаками зависимости у больных составила: 7 [5; 13] лет, 2[1,5; 4] лет и 10 [3; 13] лет для женщин, МСМ и МСЖ, соответственно ($p=0,12$).

Часть больных (27,3% или 3 женщины, 28,6% или 2 МСМ и 33,3% или 3 МСЖ) прекратили приём алкоголя на момент обследования. Среднее время, прошедшее после прекращения потребления алкоголя у этих больных составило: 3 [2,25; 3] и 4 [3,25; 4] лет у женщин и МСЖ, все МСМ, прекратившие приём алкоголя, не принимали его около одного года.

Злоупотребление алкоголем у больных первой группы было связано с высоким уровнем заражения гепатитом С (62,9%; 17 из числа 27 человек, потреблявших алкоголь с вредными последствиями или с признаками зависимости; $R=0,34$; $p=0,005$). Потребление алкоголя было связано с отсутствием специального образования ($R=0,31$; $p=0,012$), в особенности с незавершённым средним образованием ($R=0,36$; $p=0,004$). В свою очередь для больных с высшим образованием (2 (7,4%) больных, злоупотреблявших алкоголем, имели высшее образование; $R=-0,29$; $p=0,017$) и высококвалифицированной работой (1 (3,7%) больной, злоупотреблявший алкоголем, занимались высококвалифицированным трудом; $R=-0,39$; $p=0,001$) потребление алкоголя было менее характерно. Потребление алкоголя было связано с периодами социальной дезадаптации в анамнезе ($R=0,47$; $p<0,001$) и с социальной дезадаптацией на момент обследования ($R=0,44$; $p<0,001$). Алкоголизация была связана с криминальной деятельностью ($R=0,37$; $p=0,002$) и аффективными нарушениями ($R=0,32$; $p=0,009$). Злоупотребление алкоголем имело корреляцию с более высоким уровнем депрессии по данным общего балла шкалы HAM-D ($R=0,33$; $p=0,007$) и с более высокими уровнями депрессии ($R=0,37$; $p=0,002$) и тревоги ($R=0,39$; $p=0,001$) по данным HADS.

Продолжительность алкоголизации увеличивалась с возрастом больных ($R=0,36$; $p=0,048$). Сочетанное потребление алкоголя и наркотиков имело связь с вовлечением в услуги коммерческого секса ($R=0,42$; $p=0,020$) и высокой частотой заражения гепатитом С ($R=0,54$; $p=0,002$).

На прекращение потребления алкоголя влияла адаптация больных, в частности наличие высшего образования ($R=0,44$; $p=0,014$). На продолжительность ремиссии негативно влияли коморбидные аффективные нарушения ($R=-0,88$; $p=0,004$).

Прекращение потребления опиатов до диагностики ВИЧ-инфекции ($R=0,77$; $p=0,006$) влияло положительно, а продолжение потребления психостимуляторов после установки диагноза ВИЧ-инфекции ($R=-0,45$; $p=0,045$) влияло негативно на формирование приверженности к наблюдению у инфекциониста у женщин первой группы. Продолжение приёма ПАВ у MSM ($R=-0,51$; $p=0,003$) и MSЖ ($R=-0,78$; $p=0,002$) первой группы имело негативное влияние на приверженность к наблюдению у инфекциониста после окончания лечения сифилиса, в то время как прекращение алкоголизации у MSM имело обратный эффект ($R=0,87$; $p=0,005$). Вероятность приверженности к наблюдению у инфекциониста после завершения лечения в стационаре у MSЖ первой группы уменьшалась с возрастанием продолжительности алкоголизации ($R=-0,70$; $p=0,034$), длительность последней при этом была меньше у MSЖ в браке ($R=0,83$; $p=0,005$).

Низкая социальная адаптация у женщин первой группы ($R=0,47$; $p=0,036$) имела связь с потреблением алкоголя, а отсутствие работы у них было связано с продолжением потребления наркотических веществ и алкоголя после диагностики ВИЧ-инфекции ($R=0,54$; $p=0,029$). В отличие от женщин, для которых низкоквалифицированный труд был уже свидетельством некоторого улучшения социальной адаптации, для MSM первой группы установлено, что низкоквалифицированный труд был связан не только с самой алкоголизацией ($R=0,39$; $p=0,028$), но и с меньшей вероятностью прекращения потребления алкоголя ($R=-0,75$; $p=0,034$). Единственный MSЖ первой группы, занимавшийся высококвалифицированным трудом, ПАВ не принимал, что может косвенно свидетельствовать о благоприятном влиянии социальной адаптации на профилактику потребления ПАВ в этой когорте. Наличие специального образования у женщин первой группы влияло на более раннее

прекращение потребления опиатов до диагностики ВИЧ-инфекции ($R=0,58$; $p=0,019$), в то время как криминальная деятельность имела обратное влияние на раннее прекращение потребления опиатов ($R=-0,58$; $p=0,019$). Брак у женщин первой группы являлся прогностически благоприятным фактором, препятствующим аддиктивному поведению в целом ($R=-0,46$; $p=0,039$) и началу алкоголизации в частности ($R=-0,49$; $p=0,027$).

Потреблением ПАВ у МСМ первой группы было связано с рискованным сексуальным поведением. Начало половой жизни до 16 лет у МСМ сопровождалось потреблением ПАВ в зрелой жизни ($R=0,50$; $p=0,004$), в частности, психостимуляторов ($R=0,36$; $p=0,041$) и каннабиноидов ($R=0,44$; $p=0,012$). МСМ, потреблявшие психостимуляторы, чаще имели более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев, предшествовавшие госпитализации в стационар ($R=0,38$; $p=0,031$). Вовлечение в услуги коммерческого секса ($R=0,60$; $p=0,031$) и криминальную деятельность ($R=0,62$; $p=0,022$) у женщин первой группы были связаны с более длительной продолжительностью алкоголизации.

Приём ПАВ имел связь с высоким уровнем тревоги у МСЖ первой группы (по результатам субтеста тревоги HADS; $R=0,60$; $p=0,030$). Потребление алкоголя у МСМ первой группы также было связано с более высоким уровнем тревоги (по шкале HAM-A, $R=0,36$; $p=0,045$; субтесту тревоги HADS, $R=0,47$; $p=0,006$). Депрессивная симптоматика (по результатам субтеста депрессии HADS) препятствовала прекращению потребления психостимуляторов у МСЖ первой группы после диагностики ВИЧ-инфекции ($R=-0,88$; $p=0,044$). Женщины первой группы, потреблявшие опиаты, характеризовались более выраженными показателями депрессивной симптоматики по данным шкалы HAM-D ($R=0,46$; $p=0,043$).

Потребление ПАВ у женщин первой группы было связано с формированием когнитивных нарушений ($R=0,45$; $p=0,044$). В то время как более высокие баллы по методике КНОКС (что соответствует менее выраженным когнитивным нарушениям или их отсутствию) были выявлены у

прекративших потребление психостимуляторов МСЖ первой группы ($R=0,89$; $p=0,044$).

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ; диаграмма 2) всех видов в первой группе диагностировалась статистически значимо чаще у женщин и МСЖ, в сравнении с МСМ ($p<0,001$) и была выявлена у 17 женщин (85,0%), 8 МСЖ (61,5%) и 6 МСМ (18,8%). Зависимость от опиатов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F11 по МКБ-10) чаще наблюдалась у женщин: 11 женщин (55,0%) против 1 человека из подгруппы МСЖ (7,7%) при $p<0,001$. Зависимость от опиатов среди МСМ отсутствовала. Зависимость от сочетанного потребления наркотиков (F19, включал сочетанную зависимость от опиатов и психостимуляторов) диагностировалась примерно с одинаковой частотой у женщин (5 женщин; 25,0%) и МСЖ (3 МСЖ; 23,1%), у МСМ полинаркотизация (зависимость от сочетанного потребления психостимуляторов и каннабиноидов) встретилась в 1 случае (3,2%; $p=0,047$). Зависимость от психостимуляторов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F15) была установлена у 1 женщины (5,0%) и 2 МСМ (6,3%), и не выявлялась у МСЖ. Зависимость от алкоголя в течение жизни чаще ($p=0,016$) отмечалась у МСЖ (61,5% или 8 человек) и у женщин (50,0% или 10 человек), в то время как у МСМ – значительно реже (9,4% или 3 человека) при $p=0,016$.

У 59,4% МСМ (19 человек) и 23,0% МСЖ (3 человека) первой группы было установлено компульсивное сексуальное поведение ($p<0,001$ в сравнении с женщинами, у которых компульсивное сексуальное поведение диагностировано не было), являющееся сексуальной (нехимической) аддикцией. Для МСМ были характерны следующие признаки сексуальной аддикции: стремление к одновременным или повторным последующим сексуальным контактам (15 МСМ первой группы; 46,9%), большое количество незнакомых партнёров (23 МСМ; 71,9%), пренебрежение безопасным сексом (32 МСМ; 100%), восприятие партнёра только в качестве сексуального объекта (19 МСМ; 59,4%), посещение специальных мест для поиска сексуального партнёра («тёмные комнаты» в гей-

клубах и гей-сауны; 20 МСМ; 62,5%), занятие проституцией (1 МСМ; 3,1%). МСЖ первой группы характеризовались примерно тем же спектром признаков компульсивного сексуального поведения: стремление к одновременным или повторным последующим сексуальным контактам (3 МСЖ первой группы; 23,1%), большое количество незнакомых партнёров (6 МСЖ; 46,2%), пренебрежение безопасным сексом (13 МСЖ; 100%), восприятие партнёра только в качестве сексуального объекта (4 МСЖ; 30,8%), использование услуг коммерческого секса (9 МСЖ; 69,2%). 18 МСМ (56,3%) и 7 МСЖ (53,8%) первой группы имели постоянного сексуального партнёра, при этом 5 из 18 МСМ, имевших постоянного сексуального партнёра (27,8%), имели нескольких постоянных сексуальных партнёров. 14 из 18 МСМ (77,8%) и 3 из 7 МСЖ (42,9%), имевших постоянного сексуального партнёра, регулярно вступали в случайные контакты с незнакомыми людьми. Диагноз сексуальной аддикции не был поставлен ни в одном случае ввиду отсутствия такой рубрики в МКБ-10.

4.2.2. Аддиктивные нарушения у больных ранним сифилисом

19 больных второй группы (38%) имели опыт приёма наркотических веществ, однако ни один больной не сформировал зависимость от наркотика (таблица 24). Особенностью больных второй группы было полное отсутствие внутривенного пути введения наркотиков. Единственный больной второй группы, имевший опыт потребления опиатов, потреблял героин интраназально (относился к подгруппе МСЖ). Все больные, потреблявшие психостимуляторы, принимали их в таблетированной форме или интраназально, избегая внутривенного пути введения. В отличие от первой группы, где психостимуляторы принимали больше половины женщин и около трети мужчин, во второй группе лидерами по потреблению психостимуляторов были МСМ. В целом, потребление психостимуляторов у больных второй группы встречалось статистически значимо реже, чем у больных других групп сравнения (психостимуляторы потребляли 40,0% (26) больных первой группы,

14,0% (7) больных второй группы и 39,4% (13) больных третьей группы; $p=0,006$). Ещё одной особенностью больных второй группы было статистически значимое преобладание потребления каннабиноидов МСЖ при сохранении тенденции к большему потреблению мужчинами, в сравнении с женщинами ($p=0,048$; $R=0,30$; $p=0,033$). Установлена связь низкого уровня образования больных второй группы (неполное среднее или среднее образование) с высоким уровнем потребления каннабиноидов ($R=0,31$; $p=0,028$). Потребление всех видов ПАВ женщинами второй группы было связано с низким уровнем образования (неполное среднее образование; $R=0,57$; $p=0,014$). Женщины, не получившие специальности, чаще принимали психостимуляторы ($R=0,50$; $p=0,036$). Другим фактором, влияющим на потребление наркотиков больными второй группы, было рискованное сексуальное поведение. Потребление психостимуляторов ($R=0,69$; $p=0,002$) и каннабиноидов ($R=0,54$; $p=0,020$) женщинами второй группы и потребление каннабиноидов МСЖ второй группы ($R=0,46$; $p=0,039$) было связано с большим количеством сексуальных партнёров за последние 6 месяцев.

Таблица 24. Аддиктивное поведение больных второй группы в зависимости от вида наркотика

Показатель	Женщины (n=18)		МСМ (n=12)		МСЖ (n=20)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Имели опыт потребления психостимуляторов	2	11,1%	3	25,0%	2	10,0%	0,45
Имели опыт потребления каннабиноидов	3	16,7%	4	33,3%	11	55,0%	0,048

Потребление алкоголя с вредными последствиями или признаками зависимости во второй группе было выявлено у 3 (16,7%) женщин и 5 (25,0%) МСЖ. Особенностью больных второй группы было отсутствие алкоголизации в подгруппе МСМ ($p=0,17$ в сравнении с женщинами и МСЖ). В целом, потребление алкоголя с вредными последствиями или признаками зависимости

во второй группе было связано с безработицей ($R=0,36$; $p=0,009$), отсутствием специального образования ($R=0,31$; $p=0,028$), использованием услуг коммерческого секса ($R=0,30$; $p=0,037$). Высокий уровень потребления алкоголя женщинами второй группы был связан с низким уровнем образования ($R=0,50$; $p=0,035$). Уровень потребления алкоголя среди МСЖ второй группы повторял тенденцию всей группы и имел связь с безработицей ($R=0,58$; $p=0,008$).

Диагноз зависимости от алкоголя (диаграмма 3) был поставлен 2 (11,1%) женщинам и 3 (15,0%) МСЖ второй группы. Все мужчины с установленными диагнозами алкогольной зависимости достигли ремиссии, в отличие от женщин, которые продолжали алкоголизироваться непосредственно перед поступлением в стационар. Алкоголизм у больных второй группы был связан с безработицей ($R=0,41$; $p=0,003$), низким уровнем образования (неполным средним или средним образованием; $R=0,36$; $p=0,009$) и использованием услуг коммерческого секса ($R=0,44$; $p=0,001$).

4.2.3. Аддиктивные нарушения у больных ВИЧ-инфекцией

Примерно половина женщин (8 человек; 47,1%) и 68,9% (11 человек) МСЖ третьей группы имели эпизоды потребления наркотических средств различной продолжительности в течение жизни. Уровень потребления алкоголя с вредными последствиями и/или с признаками зависимости в течение жизни был также очень высок (58,8% или 10 женщин и 56,3% или 9 МСЖ). 4 (23,5%) женщины и 2 (12,5%) МСЖ характеризовались сочетанием потребления наркотических веществ и алкоголя.

Аддиктивное поведение в зависимости от вида потребляемого наркотического вещества (таблица 25) не имело статистически значимых различий в зависимости от пола.

Таблица 25. Аддиктивное поведение больных третьей группы в зависимости от вида наркотика

Показатель	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, р
	абс.	%	абс.	%	
Имели опыт потребления опиатов (внутривенно)	8	47,1%	10	62,5%	0,37
Имели опыт потребления психостимуляторов	6	35,3%	7	43,8%	0,62
Имели опыт потребления психостимуляторов внутривенно	2	11,8%	3	18,8%	0,58
Имели опыт потребления каннабиноидов	7	41,2%	9	56,3%	0,39

Был установлен высокий уровень сочетанного потребления наркотиков: 6 из 8 (75,0%) женщин и 6 из 11 (54,4%) МСЖ, потреблявших наркотики. Во всех случаях это было сочетанное потребление опиоидов и психостимуляторов, а также случаи потребления каннабиноидов, предшествовавшие началу потребления наркотиков других групп. В целом, потребление каннабиноидов характеризовалось «разовыми» случаями и не имело тенденции к формированию зависимости.

Все больные, потреблявшие наркотик, характеризовались длительным потреблением (таблица 26). 37,5% женщин (3 из 8, потреблявших опиоиды) и 70,0% МСЖ (7 из 10, потреблявших опиоиды) прекратили наркотизацию опиоидами ($p=0,26$), а 33,3% женщин (2 из 6, потреблявших психостимуляторы) и 42,8% МСЖ (3 из 7, потреблявших психостимуляторы) третьей группы – прекратили приём психостимуляторов на момент обследования ($p=0,67$). Среднее время после прекращения потребления опиоидов в третьей группе у женщин и МСЖ составило 6 [6; 6] лет и 7 [5; 12] лет, соответственно. Среднее время после прекращения потребления психостимуляторов у больных третьей группы составило 6 лет.

Таблица 26. Длительность потребления наркотика больными третьей группы

Показатель	Женщины (n=17)	МСЖ (n=16)	Досто- верность, р
Средняя продолжительность наротизации опиоидами, лет	7 [5,25; 14,5]	12 [6; 16]	0,89
Средняя продолжительность наротизации психостимуляторами, лет	14 [11,75; 15,25]	16 [16; 16]	0,32

Аддиктивное поведение больных третьей группы было связано с сочетанным заражением гепатитом С ($R=0,62$; $p<0,001$), вовлечением в услуги коммерческого секса ($R=0,35$; $p=0,045$), криминальной деятельностью ($R=0,42$; $p=0,015$), отсутствием брака ($R=0,41$; $p=0,017$) и детей ($R=0,36$; $p=0,04$). Потреблявшие опиоиды больные третьей группы характеризовались низким социальным статусом, среди них был высокий уровень безработицы (63,2% больных, потреблявших опиоиды (12 из 19 больных, потреблявших опиоиды); $R=0,41$; $p=0,017$) и криминальной деятельности (42,1% больных, потреблявших опиоиды (8 из 19 больных, потреблявших опиоиды); $R=0,47$; $p=0,005$). У больных с высшим образованием потребление наркотических веществ выявлено не было.

Больше половины больных третьей группы (58,8% или 10 женщин и 56,3% или 9 МСЖ) имели эпизоды потребления алкоголя с вредными последствиями или признаками зависимости в течение жизни. Статистически значимых различий в продолжительности алкоголизации, достижении ремиссии и продолжительности последней у женщин и МСЖ выявлено не было. Средняя продолжительность потребления алкоголя с признаками зависимости у больных третьей группы составила: 7 [2; 10] лет и 9 [5; 10] лет для женщин и МСЖ, соответственно. Для всех больных, начавших потребление алкоголя после прекращения приёма наркотиков, этими наркотиками являлись опиоиды. В отличие от больных первой группы, где у всех женщин с зависимостью от алкоголя она сочеталась с потреблением наркотиков, а больше половины мужчин использовали алкоголь как ведущее потребляемое вещество, среди женщин третьей группы был выявлен высокий уровень алкоголизации вне

полиаддиктивного поведения (47,1%; 8 человек), в то время как для МСЖ третьей группы алкогольная зависимость сочеталась с приёмом наркотиков (во всех случаях потребление опиатом как ведущего наркотического вещества), или развилась после окончания приёма наркотиков (сменив зависимость от опиатов). Женщины, начавшие принимать алкоголь после окончания наркотизации, характеризовались полинаркоманией. На момент обследования прекратили приём алкоголя только 4 (40,0%) женщины, имевшие зависимость от алкоголя (против 0% мужчин; $p=0,056$). Время, прошедшее после прекращения алкоголизации у женщин составило 7 [5; 12] лет.

Низкая социальная адаптация больных третьей группы (безработица) была связана с высоким уровнем сочетанного потребления алкоголя и наркотиков ($R=0,58$; $p=0,024$). Для больных, вовлечённых в криминальную деятельность, было характерно полиаддиктивное поведение ($R=0,42$; $p=0,015$), в том числе замена одного преимущественно потребляемого наркотического вещества на другое ($R=0,48$; $p=0,048$). Потребление алкоголя с вредными последствиями или признаками зависимости было связано с психопатологически отягощённой наследственностью ($R=0,49$; $p=0,004$).

Отсутствие специального образования ($R=0,41$; $p=0,017$) и использование услуг коммерческого секса ($R=0,39$; $p=0,023$) имели связь с потреблением алкоголя, а безработица негативно влияла на длительность воздержания от его потребления ($R=-0,53$; $p=0,041$).

Семейная жизнь имела положительное влияние на превенцию аддиктивного поведения. Так, больные третьей группы в браке реже потребляли алкоголь с вредными последствиями или с признаками зависимости ($R=-0,52$; $p=0,002$), а продолжительность алкоголизации у больных с детьми была меньше ($R=-0,59$; $p=0,020$). Наличие детей было значимым фактором, влияющим на достижение ремиссии потребления опиоидов ($R=0,49$; $p=0,044$) и на её продолжительность ($R=0,64$; $p=0,005$). Появление детей также влияло на полное прекращение приёма ПАВ ($R=0,43$; $p=0,033$). Достижение ремиссии приёма опиоидов ($R=0,57$; $p=0,018$), алкоголя ($R=0,83$; $p<0,001$) и полное

прекращение приёма ПАВ ($R=0,56$; $p=0,004$), в свою очередь, положительно влияло на улучшение социальной адаптации больных третьей группы. В случае прекращения потребления алкоголя, длительность воздержания также влияла на улучшение социальной адаптации больных ($R=0,79$; $p<0,001$).

Среди больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией было меньше больных, потреблявших наркотики внутривенно в сравнении с больными уже знавшими о ВИЧ-инфекции до госпитализации (потребляли наркотики внутривенно 3 из 12 (25,0%) больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией и 15 из 21 (71,4%) больных с установленным ранее диагнозом ВИЧ-инфекции, соответственно; $R=-0,45$; $p=0,009$). Это же наблюдение было верно и для психостимуляторов ($R=-0,35$; $p=0,045$) и каннабиноидов ($R=-0,36$; $p=0,042$). Эти данные подтверждают увеличение значения полового пути передачи ВИЧ за последние годы.

Социальная адаптация женщин имела взаимосвязь с аддиктивным поведением. Так, безработные женщины ($R=0,68$; $p=0,011$) и женщины, вовлечённые в услуги коммерческого секса ($R=0,59$; $p=0,013$), продолжали принимать ПАВ. Прекращение приёма ПАВ положительно влияло на адаптацию женщин ($R=0,68$; $p=0,011$). Семейная жизнь у женщин имела профилактическое значение начала алкоголизации ($R=0,51$; $p=0,037$).

Потребление опиоидов МСЖ третьей группы также было связано с низкой социальной адаптацией: безработицей ($R=0,52$; $p=0,038$), низким образованием (неполным средним или средним; $R=0,68$; $p=0,004$), криминальной деятельностью ($R=0,68$; $p=0,004$). Потребители услуг коммерческого секса имели тенденцию к продолжению приёма ПАВ ($R=0,58$; $p=0,049$). Отягощённая наследственность у МСЖ имела связь с алкоголизацией ($R=0,51$; $p=0,044$).

Холостые МСЖ чаще алкоголизировались ($R=0,54$; $p=0,029$). Наличие постоянного сексуального партнёра имело обратное влияние на алкоголизацию МСЖ ($R=-0,62$; $p=0,011$).

Диагноз зависимости (диаграмма 4) был поставлен 60,6% больных третьей группы (20 человек). Статистически значимых различий в частоте аддиктивных

нарушений между женщинами и МСЖ выявлено не было. Во всех случаях установленного диагноза зависимости от наркотика ведущим потребляемым веществом был наркотик из группы опиоидов.

85,0% (17 из 20 больных с зависимостью) больных третьей группы с поставленным диагнозом зависимости имели коморбидный диагноз психического расстройства: депрессивный эпизод (F32; 10,0% или 2 больных аддиктивными нарушениями), органическое заболевание головного мозга (F06; 70,0% или 14 больных аддиктивными нарушениями), расстройство личности (F60; 5,0% или 1 больной аддиктивными нарушениями). Ни один больной с расстройством адаптации не страдал аддиктивными нарушениями ($R=-0,46$; $p=0,007$).

4.3. Особенности аффективных расстройств у больных ВИЧ-инфекцией, ранним сифилисом и с коморбидными расстройствами

4.3.1. Аффективные расстройства у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом

Депрессивные состояния были выявлены у 35 больных первой группы (53,8%): у 60,0% женщин (12 человек), 61,5% МСЖ (8 человек) и 46,9% МСМ (15 человек). Аффективные расстройства были представлены депрессивными и тревожно-депрессивными состояниями различного генеза (диаграмма 2). В структуре аффективной патологии доминировали нозогенные расстройства в рамках реакции личности на факт заболевания сифилисом и ВИЧ-инфекцией (21 больной первой группы; 32,3% больных первой группы). Во всех случаях нозогенные реакции развились в период обследования. Расстройства адаптации возникали как у больных с впервые выявленными инфекциями (диагноз расстройства адаптации был поставлен 12 из 28 больных (42,9%) с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией), так и у больных, заразившихся сифилисом уже после постановки диагноза ВИЧ-инфекции (диагноз расстройства адаптации был поставлен 9 из 37 больных (24,3%) с поставленным ранее диагнозом ВИЧ-

инфекции; $p=0,11$), что свидетельствует о реагировании больных на сочетанное заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Пациентам были свойственны малая информированность о заболеваниях, невозможность правильно оценить их прогноз. Установлено, что нозогенные расстройства статистически значимо чаще развивались у ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом (13 человек из 28 пациентов первой группы с этими проявлениями сифилиса; 46,4%) в сравнении с ВИЧ-инфицированными больными ранним сифилисом (8 человек из 37 пациентов первой группы с этими проявлениями сифилиса; 21,6%, $p=0,034$). Фактором, повышающим риск нозогенных расстройств, являлось заражение ВИЧ-инфекцией и нейросифилисом ($R=0,26$; $p=0,035$). Нозогенные реакции развивались у пациентов с отсутствием психических расстройств или социальной дезадаптации в анамнезе ($R=-0,35$; $p=0,004$) и, следовательно, имевших более гармонично развитую личность.

Диагноз расстройства адаптации (F43) чаще выявлялся у мужчин (у 14 МСМ (43,8%), 5 МСЖ (38,5%) и 2 женщин (10,0%); $p=0,035$). Нозогенные реакции были представлены невротическими и аффективными вариантами. Невротические нозогении были выявлены у 12,3% больных первой группы (8 человек) и проявились гипонозогнозическим вариантом тревожно-диссоциативных реакций с диссоциацией между проявлениями тревоги и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению. Аффективные нозогении были выявлены у 20,0% больных первой группы (13 человек) и были представлены гипернозогностическим вариантом реакций с преобладанием в клинической картине выраженной гипотимии с аффективной неустойчивостью, пессимистической оценкой будущего, растерянностью, тревогой, признаками дереализации, выраженными нарушениями сна и снижением аппетита.

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных расстройством адаптации по шкалам Гамильтона представлены на диаграммах 6-8, соответственно.

Диаграмма 6. Общий балл выраженности симптомов депрессии и тревоги по шкалам Гамильтона больных первой группы.

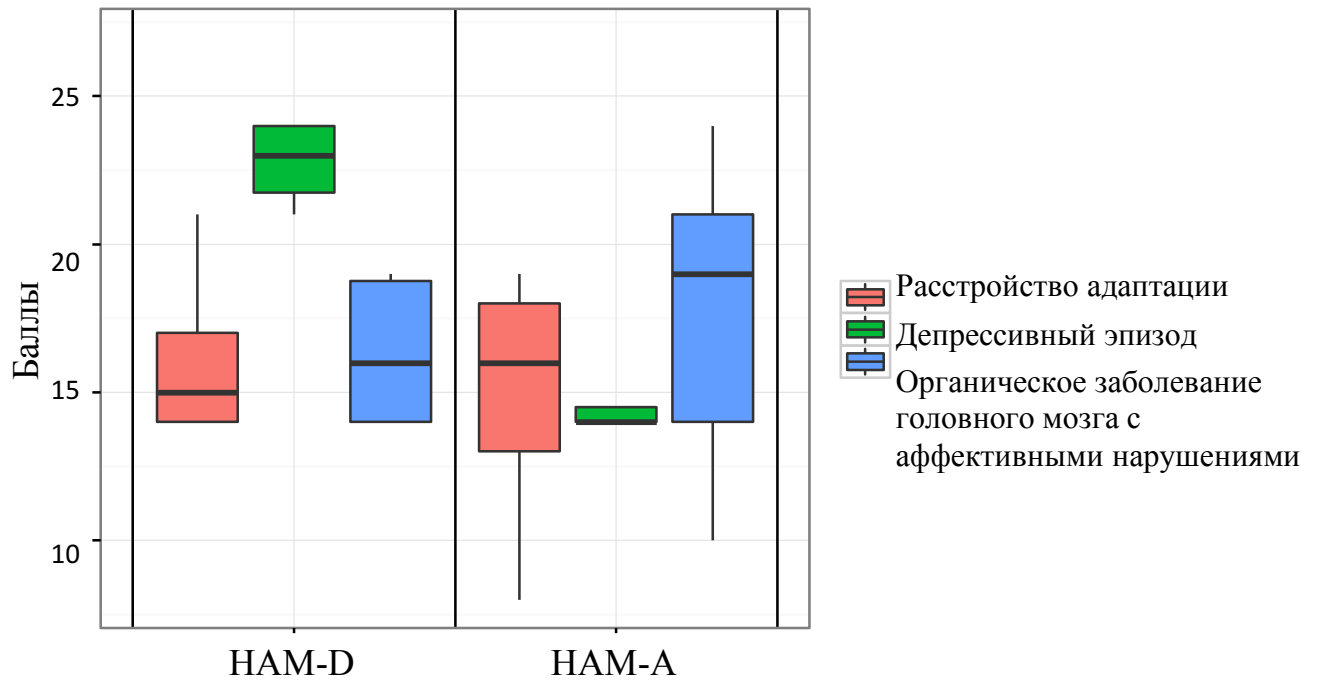


Диаграмма 7. Выраженность симптомов депрессии больных расстройством адаптации первой группы (HAM-D)

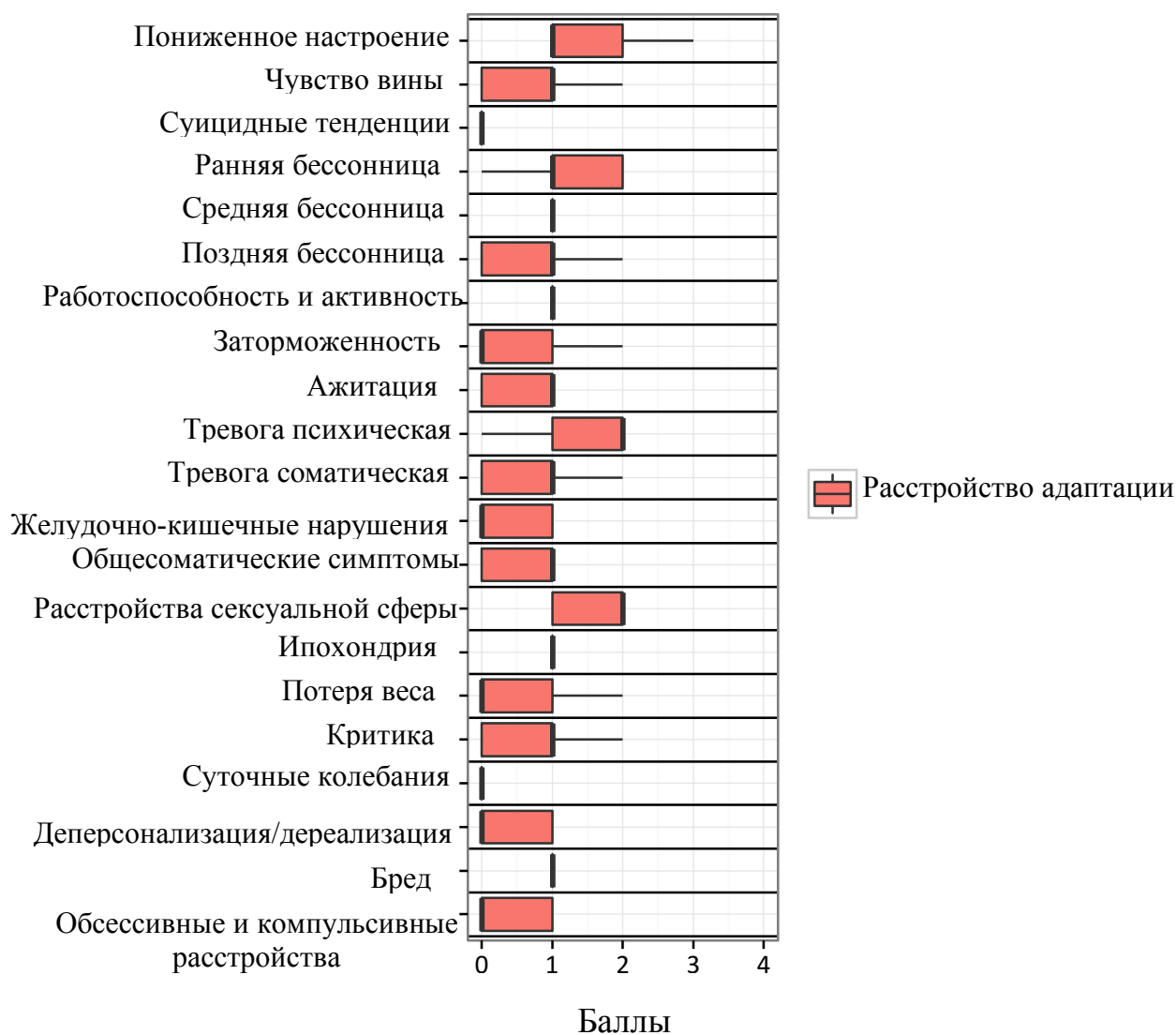
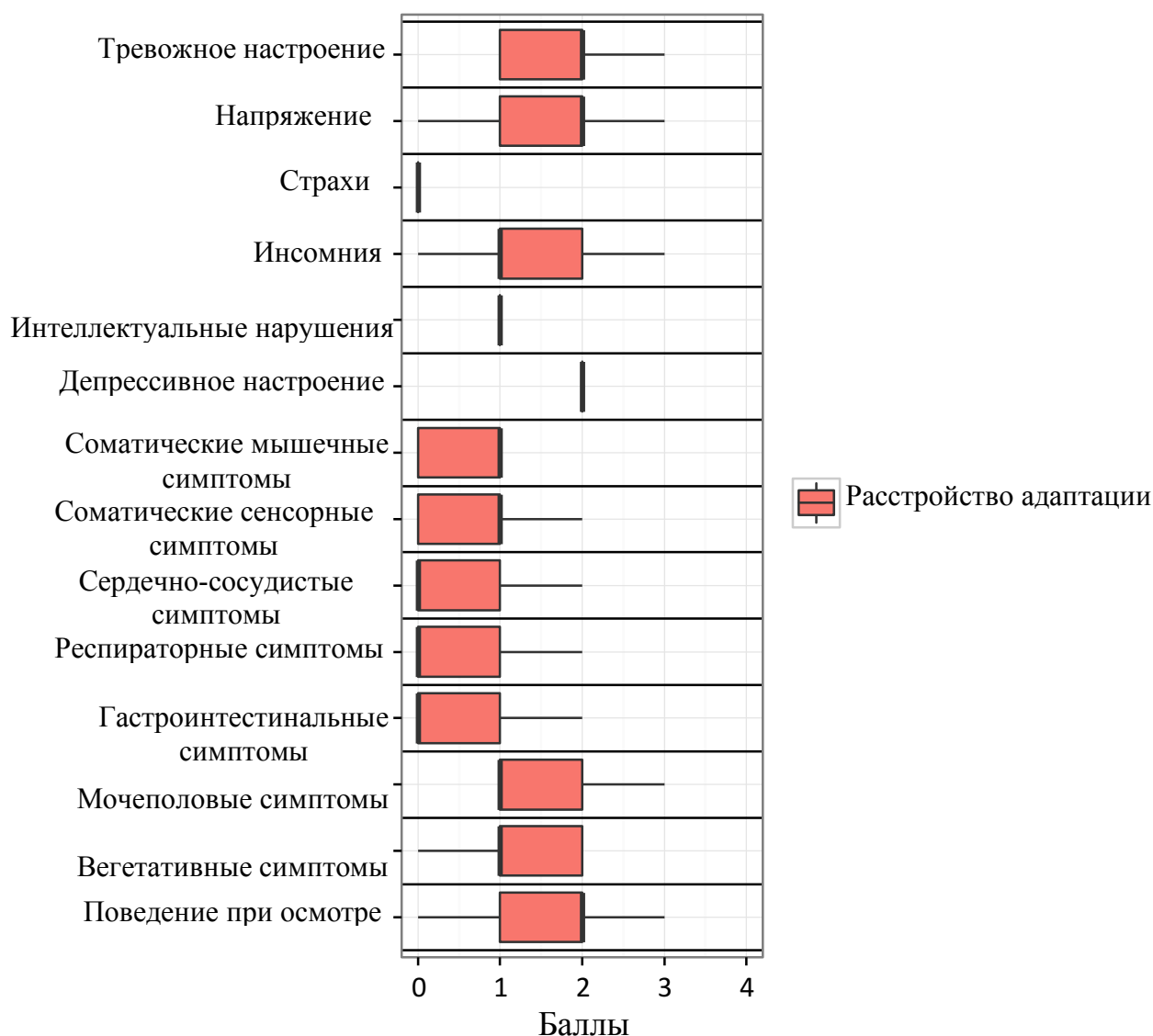


Диаграмма 8. Выраженность симптомов тревоги больных расстройством адаптации первой группы (НАМ-А).



На втором месте по встречаемости были депрессивные и тревожно-депрессивные состояния вследствие органического поражения головного мозга смешанного генеза (интоксикационного, инфекционного, посттравматического), которые были выявлены у 7,8% (5 человек) больных. Диагноз органического заболевания головного мозга с аффективными нарушениями (F06.3) был поставлен 4 (20,0%) женщинам и 1 (7,7%) МСЖ ($p=0,031$ в сравнении с МСМ, у которых данное заболевание выявлено не было). Особенностью клинической картины у этих больных был большой удельный вес когнитивных нарушений в структуре депрессивной симптоматики (проявления идеаторного варианта психоорганического

синдрома). Для больных с органическим заболеванием головного мозга были характерны нарушения засыпания, снижение работоспособности и активности, выраженная тревога, различные общесоматические симптомы и расстройства сексуальной функции.

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных органическим аффективным расстройством по шкалам Гамильтона представлена на диаграммах 6, 9 и 10, соответственно.

Диаграмма 9. Выраженность симптомов депрессии больных органическим заболеванием ГМ с аффективными нарушениями первой группы (НАМ-D).

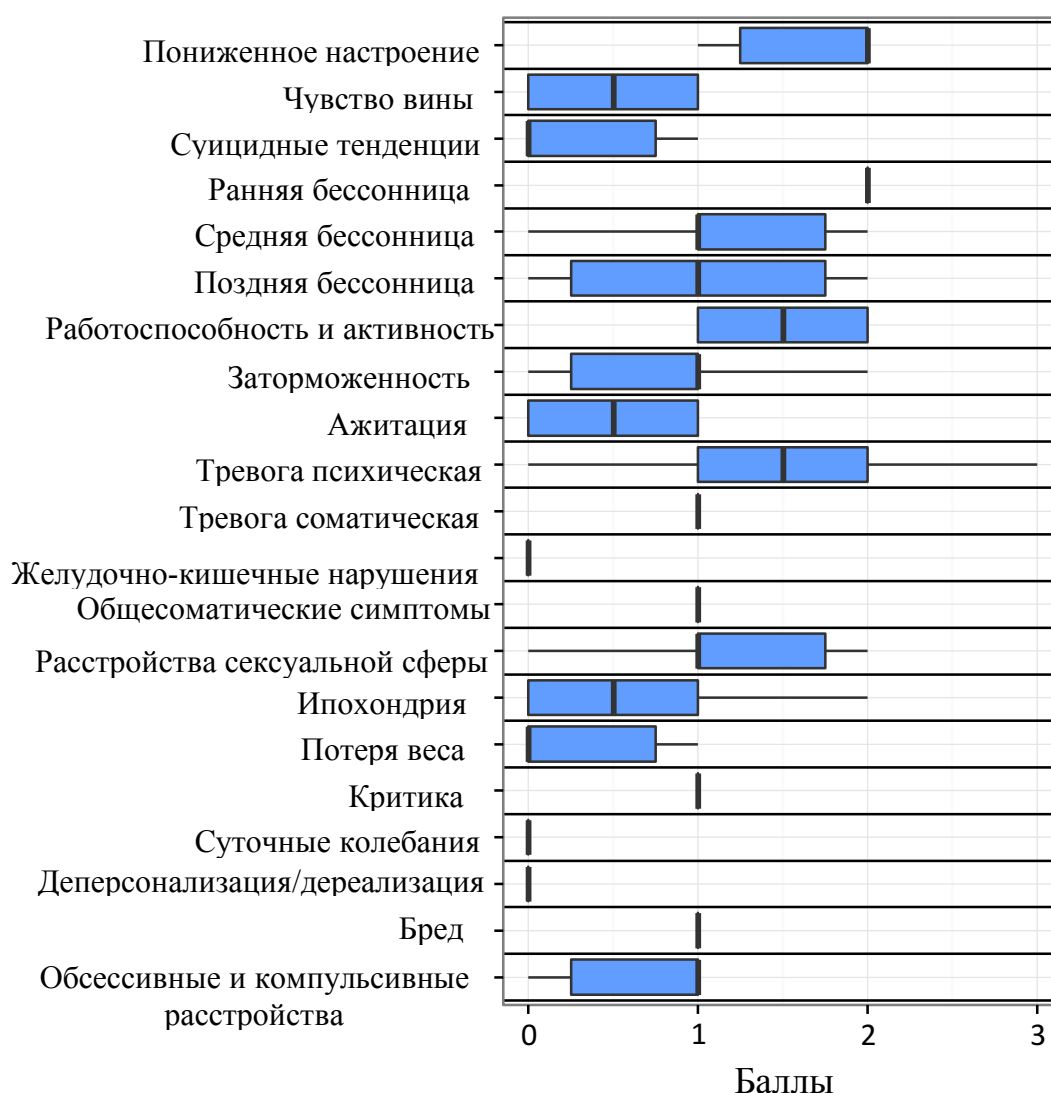
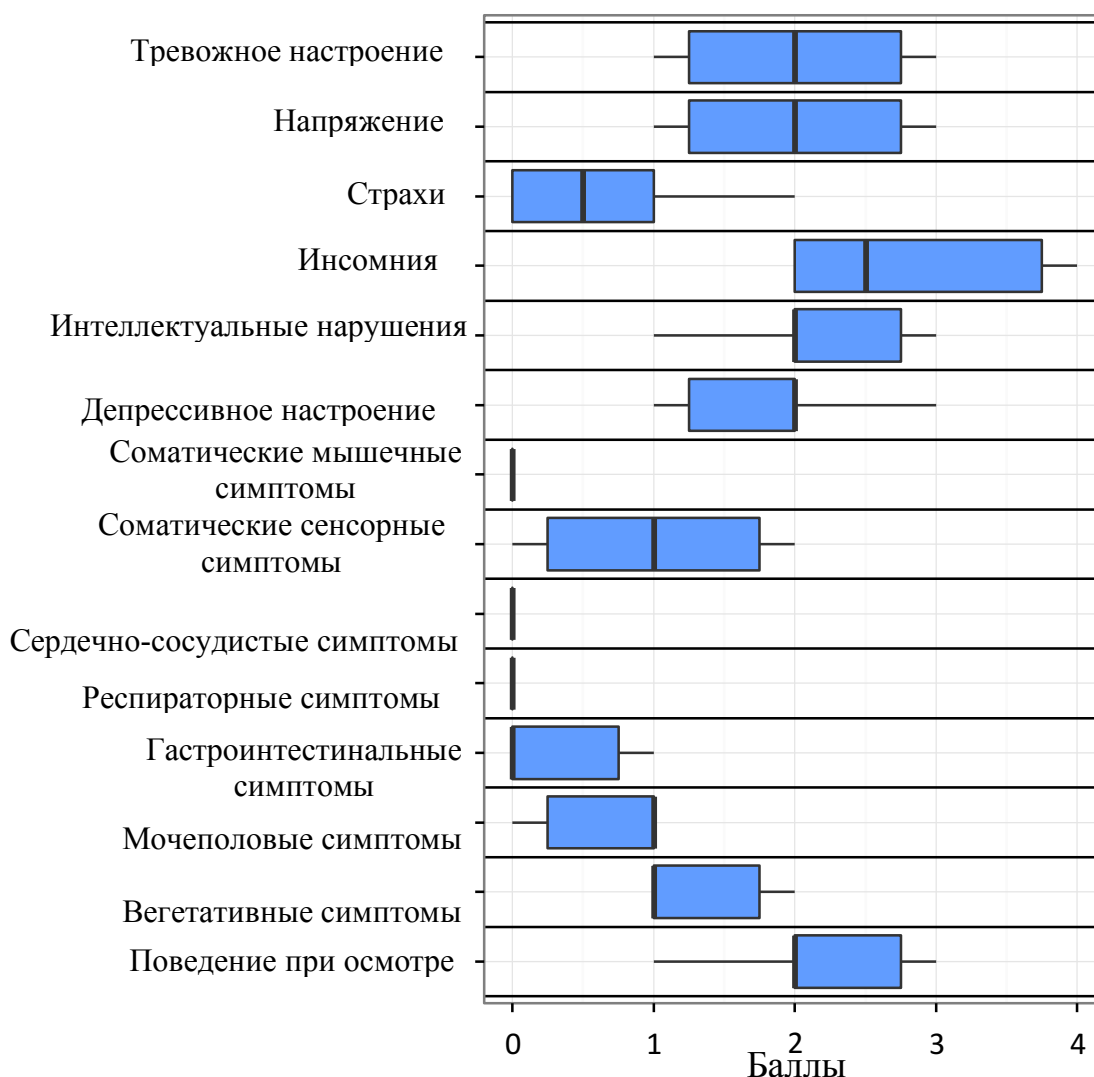


Диаграмма 10. Выраженность симптомов тревоги больных органическим заболеванием ГМ с аффективными нарушениями первой группы (НАМ-А).

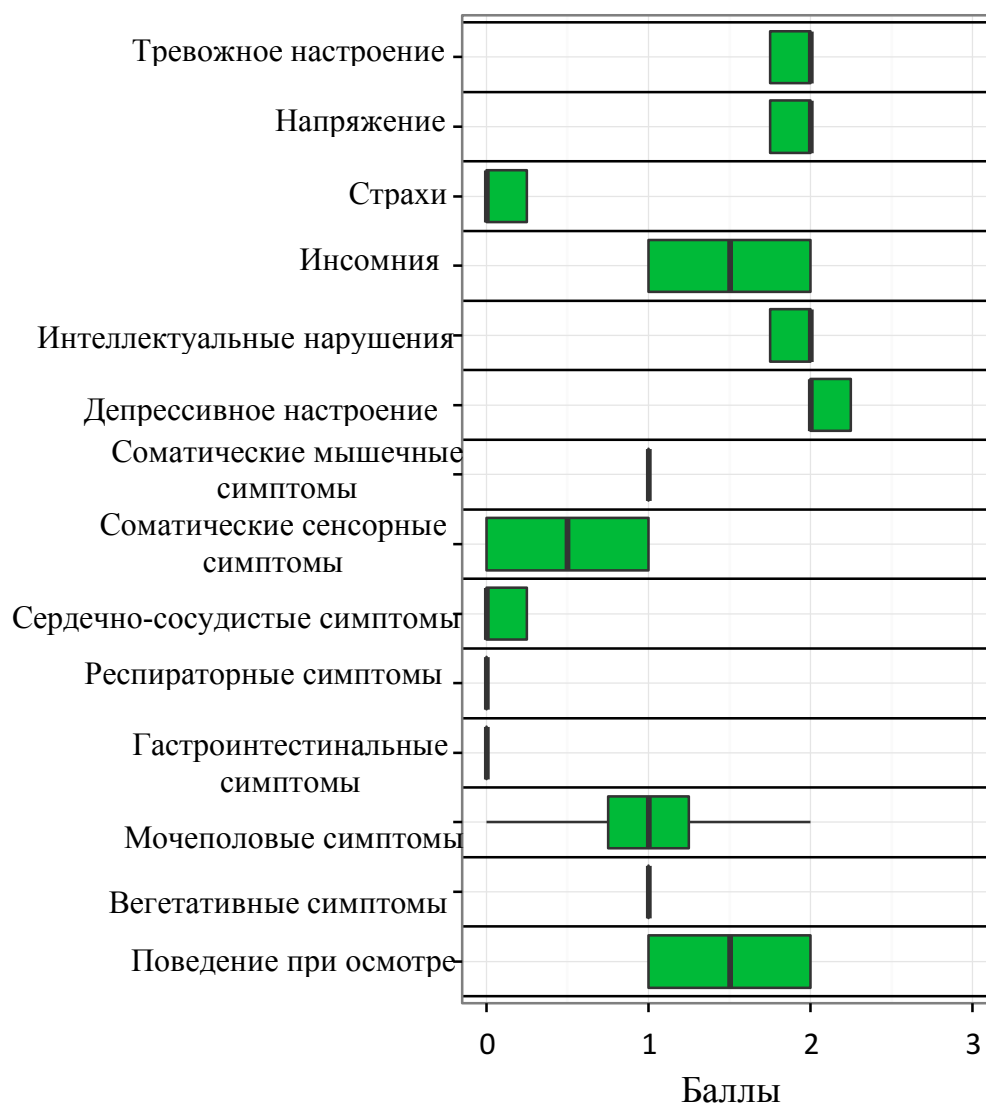


У 20,0% женщин (4 человека) первой группы выраженность расстройств достигала уровня умеренного депрессивного эпизода (F32.1), который не был диагностирован у мужчин ($p=0,008$). Для женщин с депрессией были характерны такие симптомы, как заторможенность, значительное снижение активности, суточные колебания, идеи виновности (не доходящие до уровня бреда). Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных депрессивным эпизодом по шкалам Гамильтона представлена на диаграммах 6, 11 и 12, соответственно.

Диаграмма 11. Выраженность симптомов депрессии больных депрессивным эпизодом первой группы (НАМ-D).

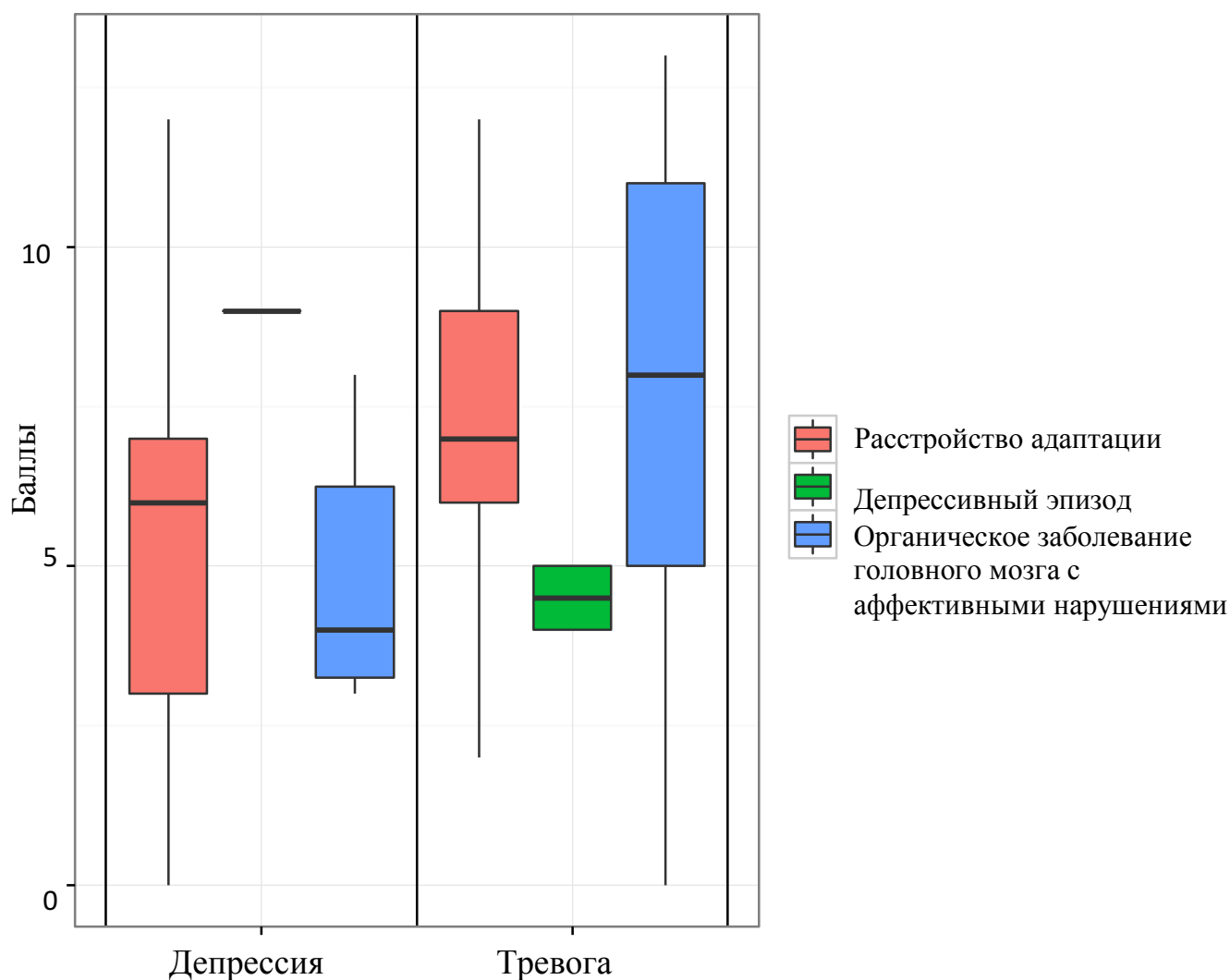


Диаграмма 12 Выраженность симптомов тревоги больных депрессивным эпизодом первой группы (НАМ-А).



Наибольшую субъективную значимость симптомы депрессии в первой группе имели для больных депрессивным эпизодом (диаграмма 13). Симптомы тревоги были наиболее выражены у больных органическим аффективным расстройством.

Диаграмма 13. Выраженность симптомов депрессии и тревоги по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии у больных первой группы.



У больных первой группы были диагностированы депрессивные состояния как проявления декомпенсации расстройств личности (1 (5,0%) женщина, 1 (7,7%) МСЖ и 1 (3,1%) МСМ). В двух случаях (1 (5,0%) женщина, 1 (7,7%) МСЖ) тревожно-депрессивные состояния являлись одним из проявлений абстинентного синдрома после отмены приёма опиатов.

Установлено, что среди ВИЧ-инфицированных больных сифилисом без психических нарушений статистически значимо чаще встречались пациенты с высококвалифицированной работой (8 из 11 больных без психических нарушений (72,7%); 5 из 35 больных с аффективными нарушениями (14,3%); $p < 0,001$) и высшим образованием (5 из 11 больных без психических нарушений

(45,5%); 5 из 35 больных с аффективными нарушениями (14,3%); $p=0,029$) в сравнении с больными с аффективными нарушениями. Низкоквалифицированный труд и отсутствие постоянного места работы (30 из 35 больных с аффективными нарушениями (85,7%); 3 из 11 больных без психических нарушений (27,3%), соответственно; $p<0,001$), а также отсутствие специального образования (15 из 35 больных с аффективными нарушениями (42,9%), 1 из 11 больных с аффективными нарушениями (9,1%), соответственно; $p=0,04$) встречались статистически значимо чаще у больных с аффективными нарушениями, в сравнении с больными без психических нарушений. С учётом этих данных и значительной частоты аффективных нарушений реактивного генеза у обследованных больных, можно выделить пациентов с низкой социальной адаптацией в группу риска развития у них аффективной патологии. Влияния брака на формирование депрессии обнаружено не было, что может быть объяснено большим числом МСМ среди обследованных. Взаимосвязь уровней CD4+ лимфоцитов и вирусной нагрузки в крови больных с формированием депрессивной симптоматики и её тяжестью обнаружена не была, по всей вероятности, ввиду малочисленности выборки и большого разброса значений лабораторных показателей.

У 27,7% больных (18 человек) была выявлена коморбидность аффективной патологии и аддиктивных нарушений. Чаще она выявлялась у женщин (45,0%; 9 человек) и МСЖ (38,5%; 5 человек) в сравнении с МСМ (12,5%; 4 человека; $p=0,024$). Также у женщин (35,0%; 7 человек) и МСЖ (15,4% 2 человека) было выявлено сочетание нескольких аддиктивных нарушений (всегда алкоголизма и зависимости от наркотика) коморбидных аффективной патологии, которое не встретилось в группе МСМ ($p=0,002$). Среди аддиктивных нарушений, коморбидных аффективной патологии, лидировал алкоголизм (F10), который был выявлен у 7 (35,0%) женщин, 5 (38,5%) МСЖ и 3 (9,4%) МСМ ($p=0,035$). При этом только у МСМ первой группы была установлена связь зависимости от алкоголя с высоким уровнем тревоги в структуре аффективных нарушений как по данным шкалы тревоги

Гамильтона ($R=0,36$; $p=0,045$), так и по данным субтеста тревоги госпитальной шкалы тревоги и депрессии ($R=0,47$; $p=0,006$). На втором месте по встречаемости были зависимость от опиатов (как ведущего потребляемого наркотического вещества; F11), которая была выявлена у 4 (20,0%) женщин ($p=0,008$, в сравнении с мужчинами), и зависимость от сочетанного потребления наркотиков (F19, включала сочетанную зависимость от опиатов и психостимуляторов), диагноз которой был поставлен 3 (15,0%) женщинам и 1 (7,7%) МСЖ, у МСМ полинаркотизация не встретилась ($p=0,088$). У 1 (5,0%) женщины и 1 (3,1%) МСМ была выявлена зависимость от психостимуляторов (F15).

Было установлено, что у всех больных первой группы с установленным диагнозом депрессивного эпизода манифестации аффективных нарушений предшествовало аддиктивное поведение с формированием зависимости от одного или нескольких наркотиков и/или алкоголя. После возникновения, депрессивная симптоматика сопровождала потребление наркотиков и усиливалась в периоды абстиненции или временного прекращения потребления веществ. Больные с органическим заболеванием головного мозга с аффективными нарушениями характеризовались выраженным аддиктивным поведением, которое было оценено как один из факторов патогенеза развития данных психических нарушений.

Аффективные нарушения в анамнезе были выявлены у 7 (35,0%) женщин, 7 (21,9%) МСМ и 1 (7,7%) МСЖ, в том числе с суицидными попытками у 2 (10,0%) женщин, 2 (6,3%) МСМ и 1 (7,7%) МСЖ. Частота суицидных попыток соответствовала частоте суицидов у больных аффективными нарушениями по данным литературы (Нечипоренко В.В., Шамрей В.К., 2007). Аффективные нарушения в анамнезе были связаны с выявлением аффективных нарушений во время обследования ($R=0,27$, $p=0,029$): депрессию в анамнезе имели 7 из 12 (58,3%) женщин и 6 из 15 (40,0%) МСМ с расстройствами настроения на момент обследования.

4.3.2. Аффективные расстройства у больных ранним сифилисом

Особенностью больных второй группы стало то, что у них не были выявлены эндогенная депрессия и депрессия вследствие органического поражения головного мозга. У больных второй группы диагностировали расстройства адаптации по типу нозогенных реакций (диаграмма 3).

Нозогенные реакции у больных второй группы были выявлены во всех подгруппах: у 4 (22,2%) женщин, 4 (33,3%) МСМ, 7 (35,0%) МСЖ ($p=0,66$) и были представлены гипернозогнозическими аффективными состояниями. Клиническая картина нозогений характеризовалась ипохондрическими депрессиями со снижением настроения, выраженной тревогой с навязчивыми мыслями о заболевании, нарушениями засыпания и сексуальной функции (снижение либидо). Переживания больных включали пессимистическое восприятие болезни, тревожные опасения о том, как воспримут новость о сифилисе родные. Часто больные говорили о «постыдности» заболевания. На состояние больных благоприятно влияли разъяснительные беседы в русле рациональной психотерапии, во время которых прорабатывались вопросы прогноза заболевания, социальных последствий, профилактики повторного заражения.

Выраженность симптомов депрессии и тревоги больных расстройством адаптации второй группы по данным шкал Гамильтона представлена на диаграммах 14-16.

Диаграмма 14. Общий балл выраженности симптомов депрессии и тревоги по шкалам Гамильтона больных второй группы с расстройством адаптации.

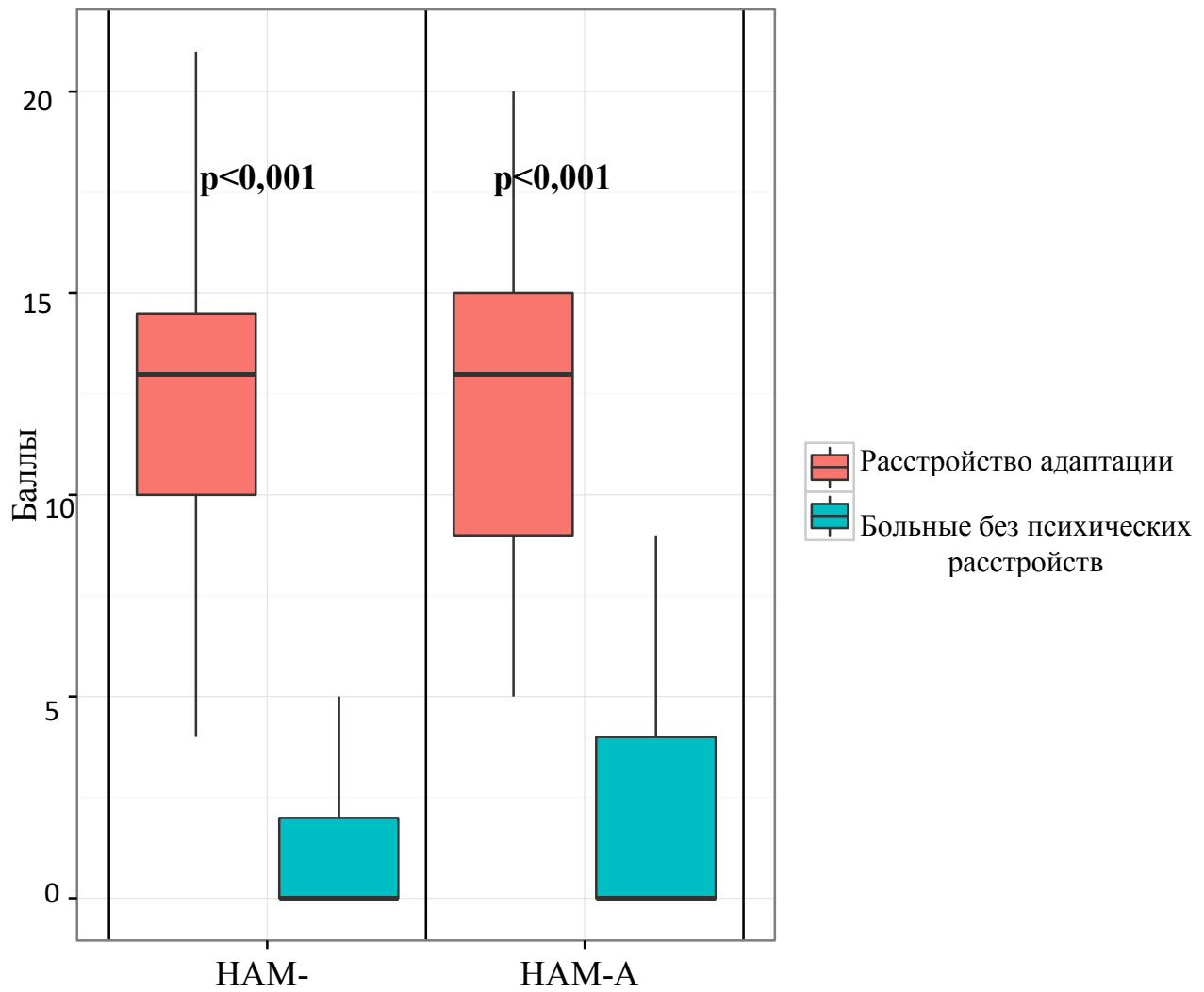


Диаграмма 15. Выраженность симптомов депрессии больных расстройством адаптации второй группы (НАМ-D).

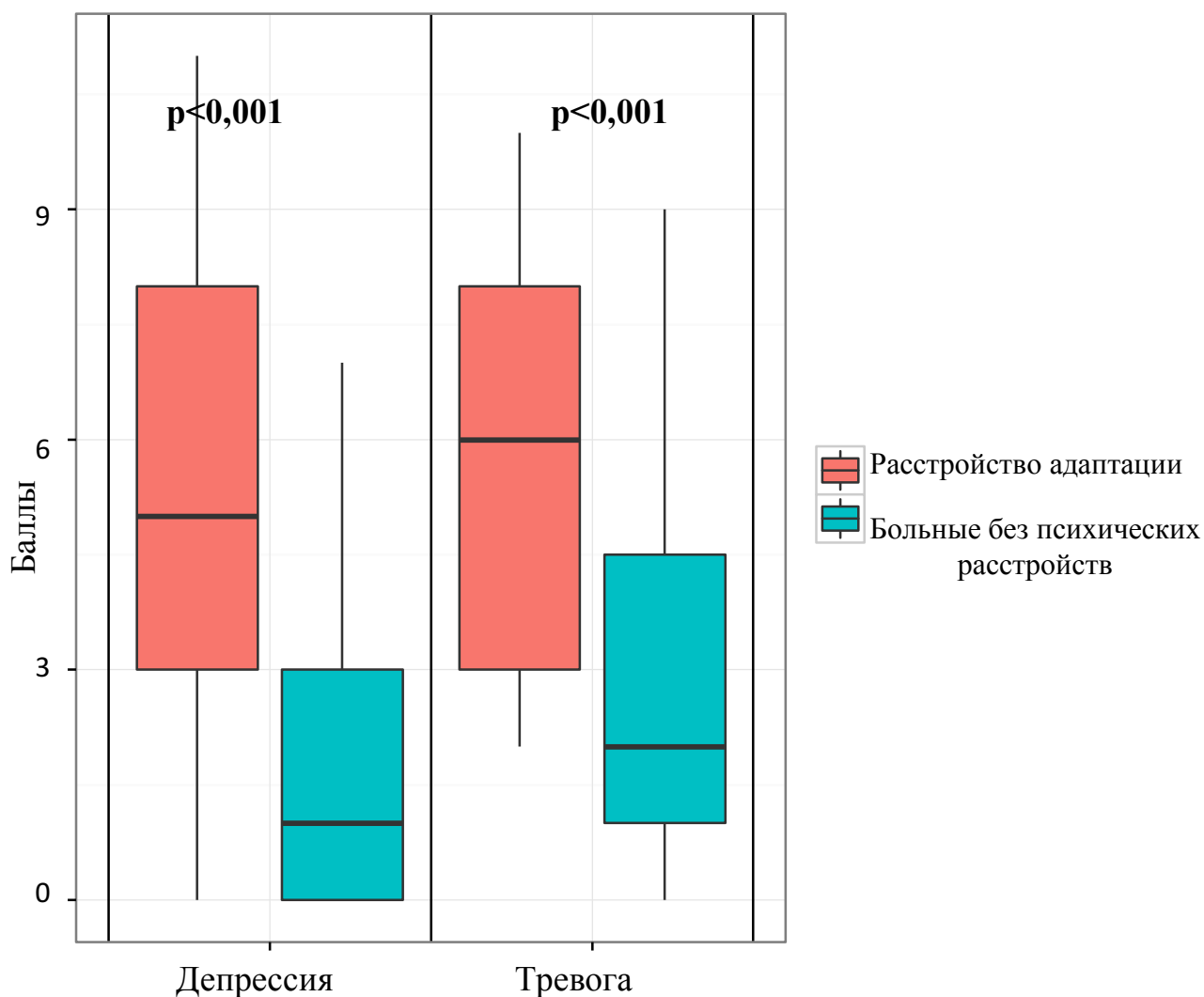


Диаграмма 16. Выраженность симптомов тревоги больных расстройством адаптации второй группы (НАМ-А).



По субъективной оценке больных расстройством адаптации второй группы симптомы депрессии были выражены у них несколько сильнее, в сравнении с симптомами тревоги (диаграмма 17).

Диаграмма 17. Выраженность симптомов тревоги и депрессии по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии больных второй группы.



Уровень депрессии ($R=0,54$; $p=0,021$) и тревоги ($R=0,59$; $p=0,011$) по данным шкал Гамильтона у женщин имел связь с наличием постоянного сексуального партнёра.

Выраженность симптомов тревоги у МСМ второй группы по данным HADS также была связана с наличием постоянного сексуального партнёра ($R=0,62$; $p=0,032$). Наличие аффективных нарушений и их выраженность были связаны у МСМ второй группы с квалификацией и видом труда. Развитие нозогенных реакций у МСМ было связано с занятием низкоквалифицированным трудом ($R=0,60$; $p=0,04$). Выраженность симптомов депрессии ($R=0,69$; $p=0,013$) и тревоги ($R=0,71$; $p=0,009$) по данным шкал Гамильтона и симптомов депрессии по данным госпитальной шкалы тревоги и

депрессии ($R=0,62$; $p=0,030$) была также связана с низкоквалифицированным трудом у МСЖ второй группы. Высококвалифицированный труд, наоборот, имел отрицательную связь с уровнями депрессии ($R=-0,61$; $p=0,034$) и тревоги ($R=-0,61$; $p=0,036$) по данным шкал Гамильтона.

Аффективные нарушения у МСЖ второй группы имели связь с потреблением каннабиноидов ($R=0,45$; $p=0,045$) и наличием специального образования ($R=0,48$; $p=0,030$). Уровень тревоги (HADS) у МСЖ второй группы имел связь с большим количеством партнёров (более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев; $R=0,55$; $p=0,011$). Больные с высококвалифицированной работой имели меньший балл субтеста депрессии ($R=-0,48$; $p=0,034$).

4.3.2. Аффективные расстройства у больных ВИЧ-инфекцией

Аффективные нарушения в третьей группе были выявлены у подавляющего числа женщин (88,2%; 15 человек) и 43,8% МСЖ (7 человек; $p=0,017$ в сравнении с женщинами); всего у 66,7% больных третьей группы (22 человека). Аффективные расстройства были представлены депрессивными и тревожно-депрессивными состояниями различного генеза (диаграмма 4). В структуре аффективной патологии доминировали депрессивные и тревожно-депрессивные состояния вследствие органического заболевания головного мозга (F06; 13 из 22 человек с симптомами депрессии; 59,1%), следом шли депрессии, доходившие до уровня депрессивного эпизода (F32; 5 из 22 человек с симптомами депрессии; 22,7% от числа больных с аффективными нарушениями) и нозогенные реакции (F43; 4 из 22 человек с симптомами депрессии; 18,2%).

Во всех случаях органическое поражение головного мозга с аффективными нарушениями имело смешанный генез (интоксикационный, инфекционный, посттравматический). Этот диагноз был поставлен 10 (58,8%) женщинам и 3 (18,8%) МСЖ ($p=0,019$). Стоит отметить, что все женщины третьей группы с установленным диагнозом психических нарушений

вследствие органического поражения головного мозга, имели преимущественно аффективный вариант этого заболевания, в то время как только 3 (33,3%) МСЖ (от числа МСЖ с поставленным диагнозом психических нарушений вследствие органического поражения головного мозга) имели аффективный вариант заболевания. Остальные МСЖ с поставленным диагнозом психических нарушений вследствие органического поражения головного мозга характеризовались нарастающим психоорганическим синдромом и изменениями личности с психопатоподобным рисунком поведения.

Клиническая картина депрессивных переживаний больных с органическим заболеванием головного мозга с аффективными нарушениями была схожа с аналогичными состояниями больных первой группы и характеризовалась снижением настроения, нарушениями сна, снижением работоспособности и активности, выраженной тревогой, различными общесоматическими симптомами и расстройствами сексуальной функции. Также как и у больных первой группы, у больных третьей группы выявлялись выраженные когнитивные нарушения (проявления идеаторного варианта психоорганического синдрома).

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных органическим поражением головного мозга с аффективными нарушениями по шкалам Гамильтона представлена на диаграммах 18-20, соответственно.

Диаграмма 18. Общий балл выраженности симптомов депрессии и тревоги по шкалам Гамильтона больных третьей группы.

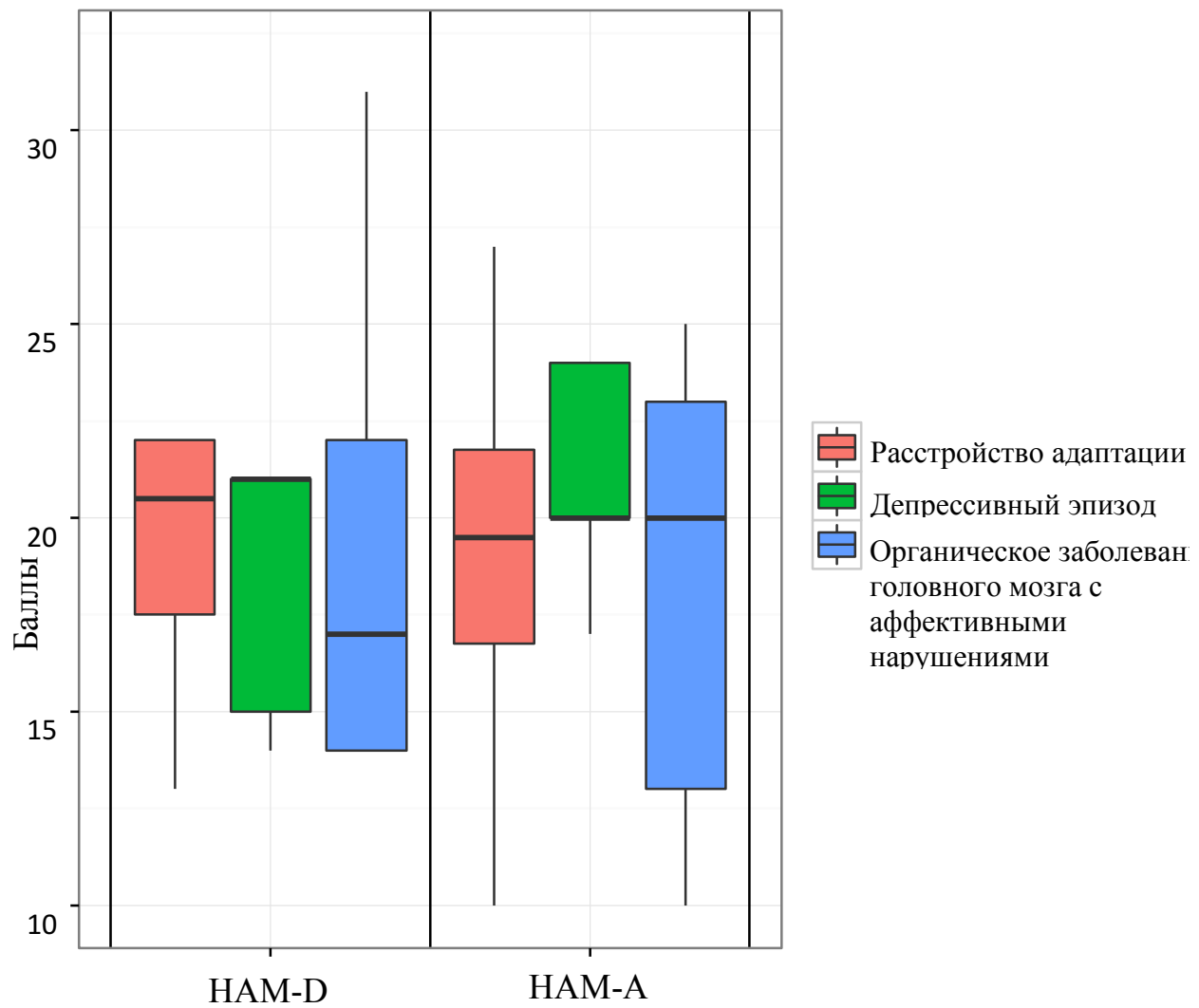


Диаграмма 19. Выраженность симптомов депрессии больных органическим заболеванием ГМ с аффективными нарушениями третьей группы (HAM-D).

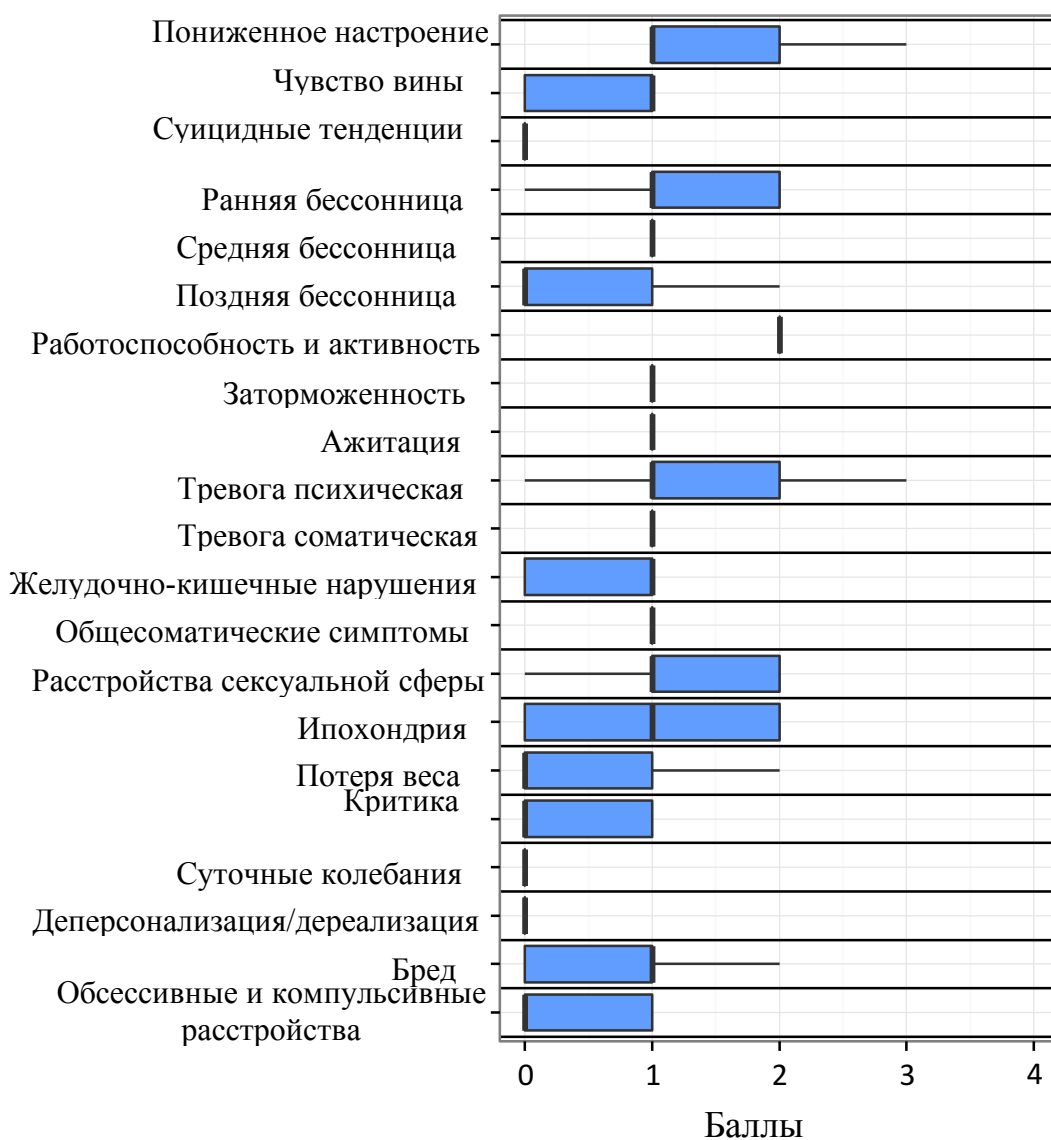
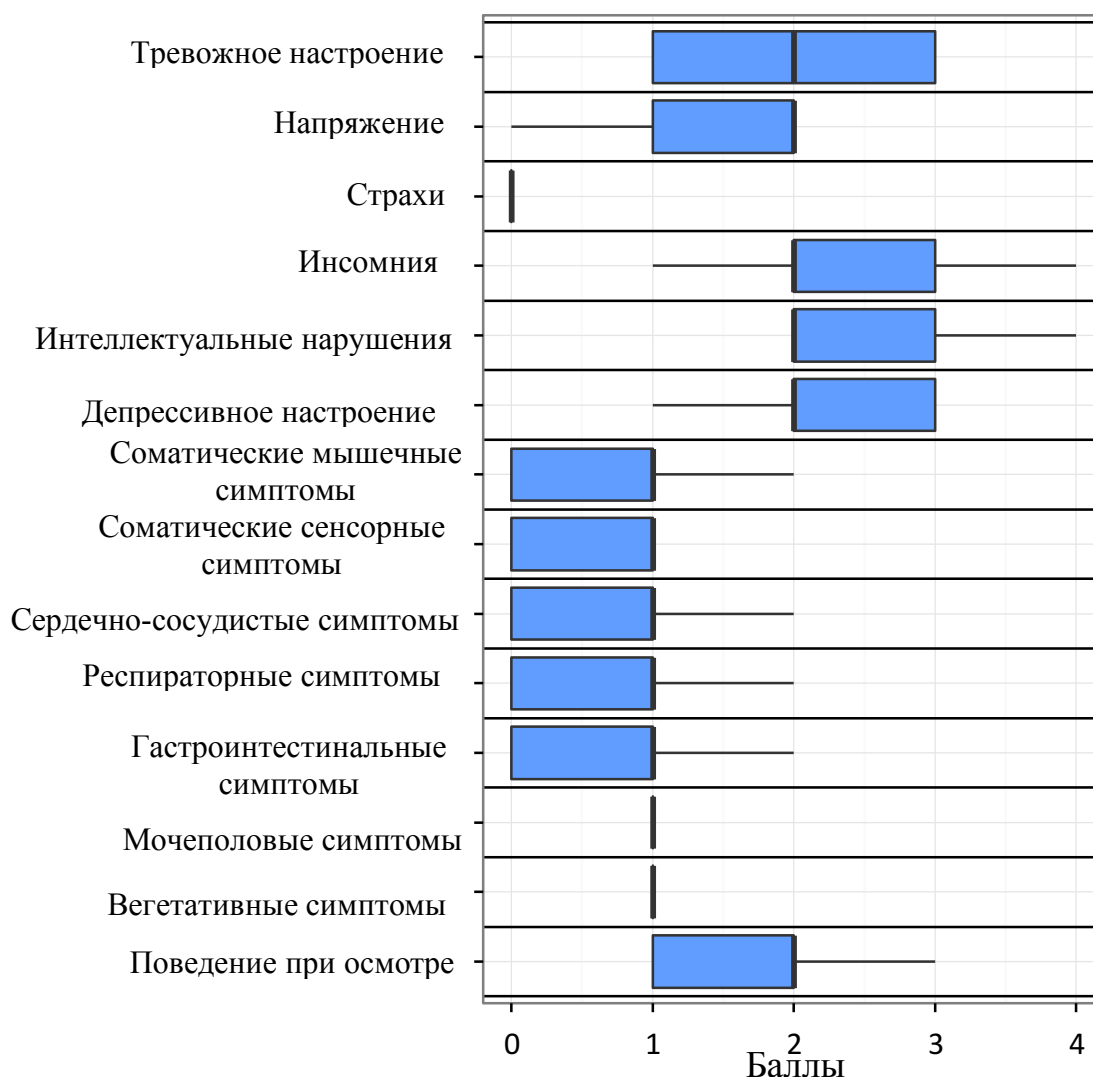


Диаграмма 20. Выраженность симптомов тревоги больных органическим заболеванием ГМ с аффективными нарушениями третьей группы (НАМ-А).



В отличие от больных первой группы, где диагноз депрессивного эпизода был поставлен только женщинам, в третьей группе этот диагноз был поставлен 2 (11,8%) женщинам и 3 (18,8%) МСЖ. Выраженность депрессии достигала уровня депрессивного эпизода средней тяжести (F32.1) у 1 (5,9%) женщины и 1 (6,3%) мужчины, у остальных больных выраженность депрессии достигала депрессивного эпизода тяжелой степени (без психотических симптомов; F32.2). Во всех случаях депрессия была эндогенной этиологии.

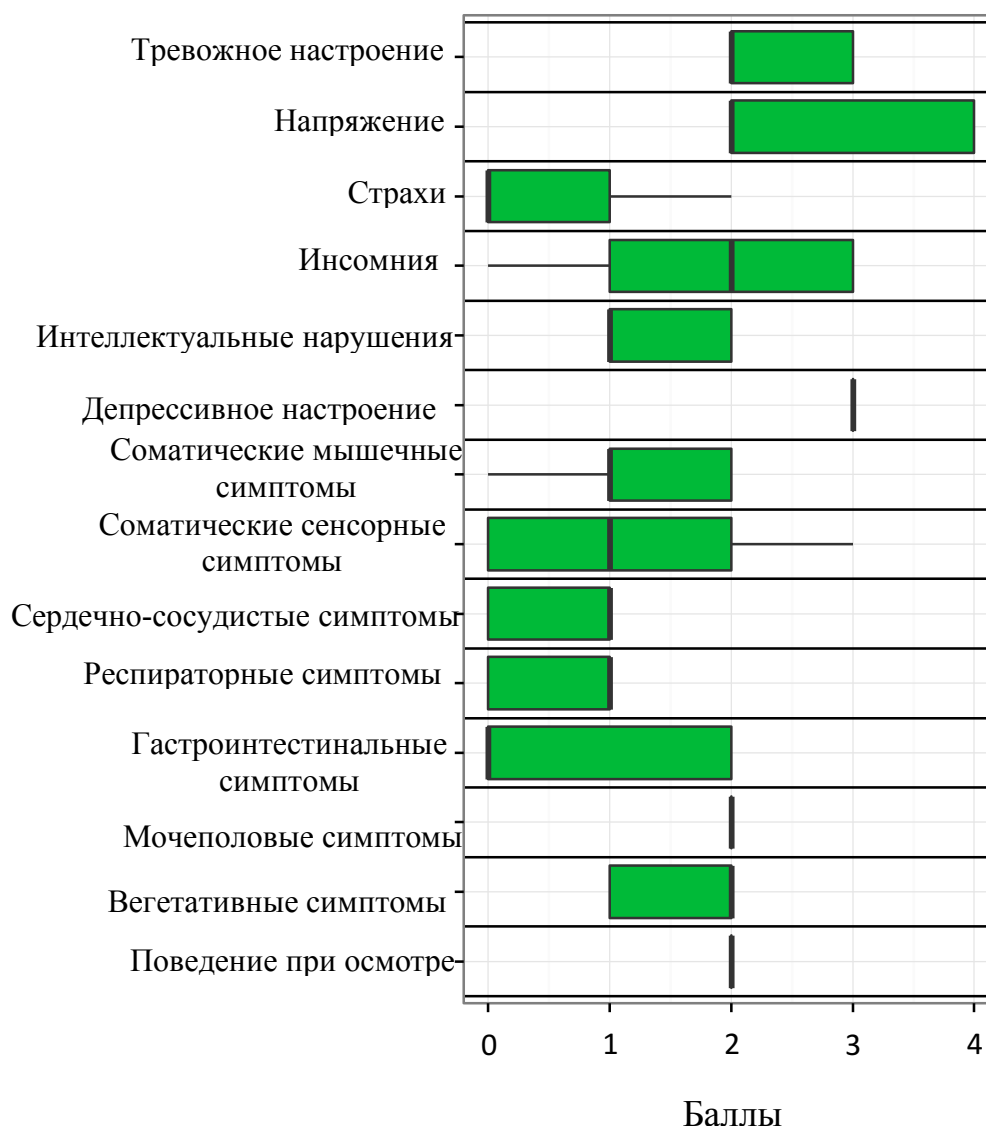
Клиническая картина эндогенной депрессии больных третьей группы была схожа с таковой у больных первой группы и была представлена следующими симптомами: снижение настроения, заторможенность, значительное снижение активности, суточные колебания, идеи виновности (не достигающие до уровня

бреда), расстройства сексуальной сферы. Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных депрессивным эпизодом по шкалам Гамильтона представлена на диаграммах 18, 21-22, соответственно.

Диаграмма 21. Выраженность симптомов депрессии больных депрессивным эпизодом третьей группы (НАМ-D).



Диаграмма 22. Выраженность симптомов тревоги больных депрессивным эпизодом третьей группы (НАМ-А).



Нозогенные расстройства (расстройство адаптации; F43) были выявлены у 3 (17,6%) женщин и 1 (6,3%) мужчины. У всех женщин с расстройством адаптации аффективные нарушения развились после получения информации о впервые выявленной ВИЧ-инфекции в ходе данной госпитализации ($R=0,72$; $p=0,001$). У единственного мужчины с диагнозом расстройства адаптации аффективные нарушения развились после того, как он узнал об ухудшении течения ВИЧ-инфекции на фоне получаемой ВАРВТ. Женщины с нозогенными расстройствами были социально адаптированы (имели постоянную работу, получили специальное образование, были в браке или имели постоянного сексуального партнёра, имели детей), не имели опыта приёма наркотиков или

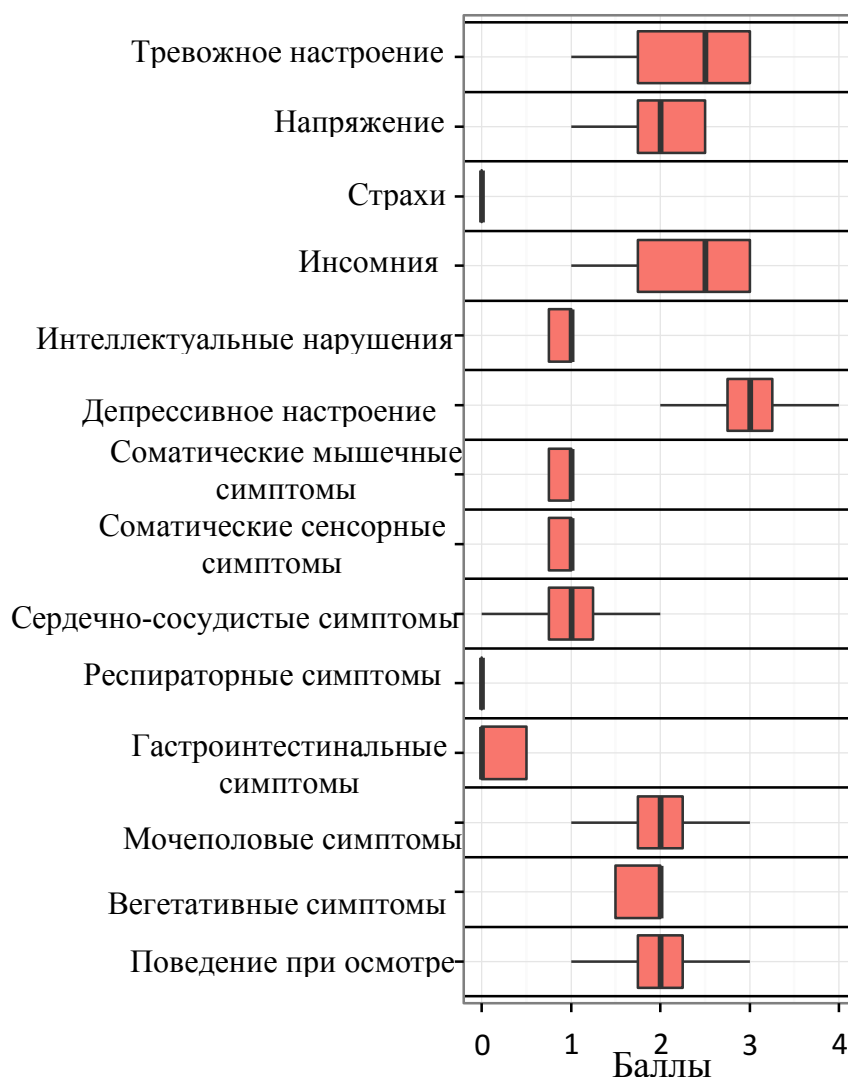
потребления алкоголя с вредными последствиями, отрицали случайные контакты на протяжении последних лет. Все больные с расстройством адаптации начали половую жизнь после 16 лет. Для женщин с расстройством адаптации была свойственна полная неготовность узнать о заболевании ВИЧ, растерянность перед будущим, страх рассказать о заболевании партнёру/мужу, ни один из которых на момент проведения исследования обследован на ВИЧ ещё не был. Мужчина с развившейся нозогенной реакцией также характеризовался высоким уровнем социальной адаптации на момент обследования и высокой приверженностью к лечению ВИЧ-инфекции (несколько лет наблюдался у инфекциониста и получал ВАРВТ). В заражение ВИЧ-инфекцией у него лидирующую роль играло рискованное сексуальное поведение в период 18-19 лет (беспорядочные незащищённые гетеросексуальные связи часто в состоянии наркотического опьянения психостимуляторами или алкогольного опьянения). После постановки диагноза ВИЧ-инфекции он прекратил рискованное сексуальное и аддиктивное поведение, получил среднее-специальное образование, женился (на ВИЧ-положительной женщине), на момент обследования уже имел здоровых детей. Нозогенные реакции были представлены аффективным гипернозогностическим вариантом и проявлялись растерянностью, сниженным настроением, плаксивостью у женщин, выраженной тревогой, страхом и чувством вины, нарушениями засыпания.

Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных расстройством адаптации по шкалам Гамильтона представлены на диаграммах 18, 23-24, соответственно.

Диаграмма 23. Выраженность симптомов депрессии больных расстройством адаптации третьей группы (НАМ-D).

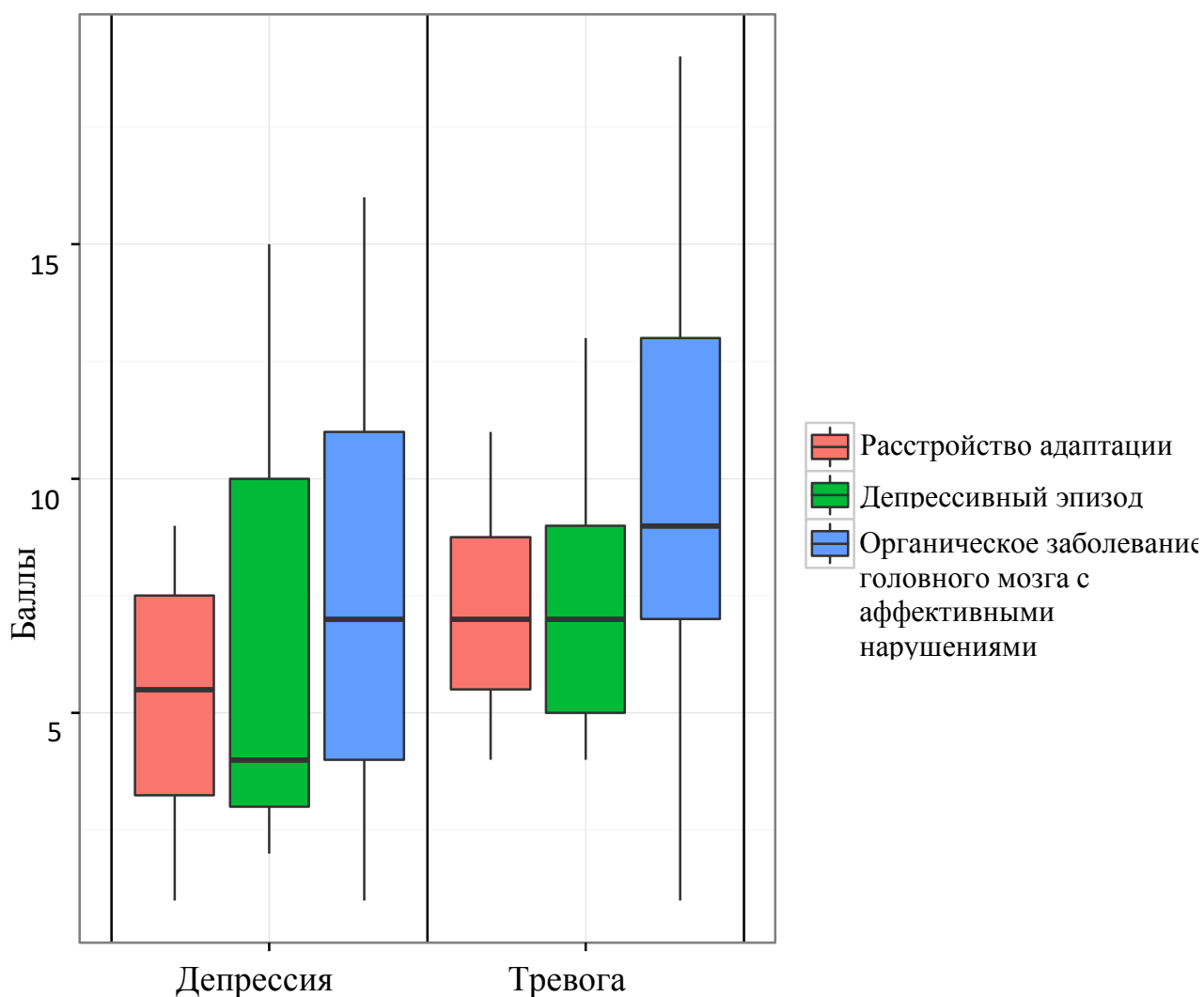


Диаграмма 24. Выраженность симптомов тревоги больных расстройством адаптации больных третьей группы (НАМ-А).



Наибольшую субъективную значимость симптомы депрессии в третьей группе, также как и в первой, имели для больных депрессивным эпизодом (диаграмма 25). Симптомы тревоги были наиболее выражены у больных органическим заболеванием головного мозга с аффективными нарушениями.

Диаграмма 25. Данные Госпитальной шкалы тревоги и депрессии больных третьей группы.



Выраженность депрессивной симптоматики больных третьей групп увеличивалась с возрастом (по данным HAM-D; $R=0,37$; $p=0,033$). Больные с аффективными нарушениями чаще не имели работы, в сравнении с больными без аффективных нарушений ($p=0,013$). Безработица также связана с более высокими показателями общего балла HAM-D ($R=0,51$; $p=0,002$), HAM-A ($R=0,43$; $p=0,012$), субтестов депрессии ($R=0,37$; $p=0,035$) и тревоги ($R=0,44$; $p=0,04$) HADS. Наличие брака было связано с развитием расстройств адаптации ($R=0,44$; $p=0,010$). Взаимосвязь уровней CD4+ лимфоцитов и вирусной нагрузки в крови больных третьей группы с формированием депрессивной

симптоматики и её тяжестью обнаружена не была (совпадало с тенденцией первой группы).

У 18 больных (54,5%) была выявлена коморбидность аффективной патологии и аддиктивных нарушений. Она выявлялась у 8 женщин (47,1%) и 5 МСЖ (31,3%). Также у 2 (11,8%) женщин и 2 (12,5%) МСЖ было выявлено сочетание нескольких аддиктивных нарушений (всегда алкоголизма и зависимости от наркотика) коморбидных аффективной патологии. Среди аддиктивных нарушений, коморбидных аффективной патологии, лидировала зависимость от опиоидов (F11), которая была выявлена у 3 (17,6%) женщин и 4 (25,0%) МСЖ. Следом по частоте шёл алкоголизм (F10), который был выявлен у 5 (29,4%) женщин и 2 (12,5%) МСЖ. На последнем месте по встречаемости была полинаркомания (F19), диагноз которой был поставлен 1 (5,9%) женщины и 2 (12,5%) МСЖ.

Было установлено, что только у 2 из 5 (40,0%) больных третьей группы с поставленным диагнозом депрессивного эпизода манифестации аффективных нарушений предшествовало аддиктивное поведение с формированием зависимости от опиоидов (в то время как для больных первой группы этот показатель составлял 100%).

У 6 из 22 (27,3%) больных с аффективными нарушениями на момент обследования были выявлены депрессии в анамнезе: 4 из 15 женщин с симптомами депрессии на момент обследования (26,7%) и 2 из 7 МСЖ с симптомами депрессии на момент обследования (28,6%), в том числе с суицидными попытками у 3 из 15 женщин (20,0%) и 1 из 7 МСЖ (14,3%).

Больные третьей группы с органическим заболеванием головного мозга с аффективными нарушениями, также как и больные первой группы с аналогичным диагнозом, характеризовались выраженным аддиктивным поведением, которое было оценено как один из факторов патогенеза развития данных психических нарушений. 6 из 13 больных с этим диагнозом (46,1%) был поставлен диагноз зависимости от алкоголя, 5 (38,5%) – диагноз зависимости от опиатов, 2 (15,4%) – зависимость от сочетанного потребления наркотиков. 3

(23,1%) больных органическим заболеванием головного мозга с аффективными нарушениями имели коморбидную зависимость от сочетанного потребления наркотика и алкоголя.

4.4. Когнитивные нарушения больных с ассоциированными ВИЧ-инфекцией и сифилисом

В ходе нашего исследования когнитивные нарушения были выявлены у 28 больных первой группы (43,1%), 15 больных второй группы (30,0%) и 22 больных третьей группы (66,7%; $p=0,004$). Когнитивные нарушения были наиболее выражены у больных третьей группы (диаграмма 26) – средние значения общего балла КНОКС и баллов частей 1 и 2 были достоверно ниже в третьей группе. Эта тенденция заметна и для значений субтестов КНОКС, но без статистически значимых различий (диаграмма 27). Когнитивные нарушения были наименее выраженными у больных второй группы.

Диаграмма 26. Выраженность когнитивных нарушений больных по методике КНОКС (общий балл и балл частей 1 и 2).

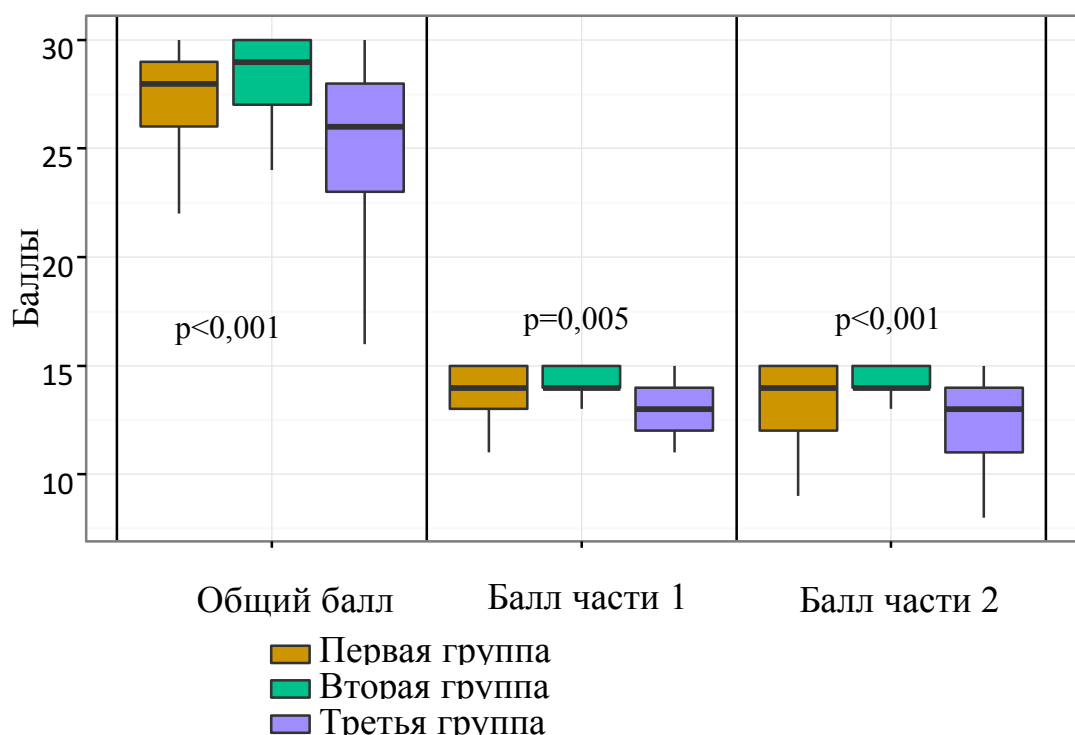
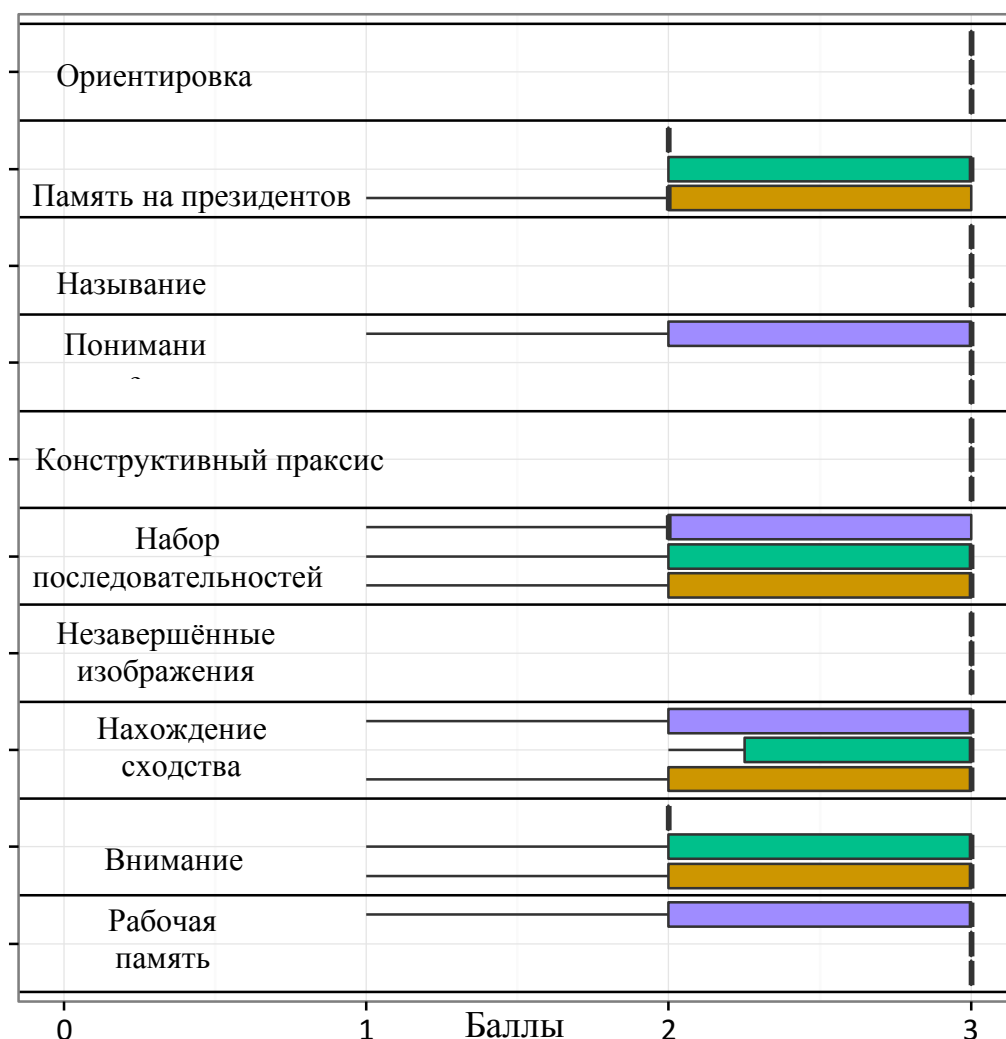


Диаграмма 27. Средние значения субтестов КНОКС в группах сравнения.



Нами было сделано предположение, что наличие поражения ЦНС бледной трепонемой, подтверждённое спинномозговой пункцией (поставленный диагноз нейросифилиса), должно было повлиять на формирование когнитивных нарушений у больных. Однако как в первой, так и во второй группах это предположение подтверждено не было. Связь возникновения и выраженности когнитивных нарушений с заболеванием нейросифилисом в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией установлена не была. В первой группе когнитивные нарушения были выявлены у 12 из 28 (42,9%) ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом и 16 из 37 (43,2%) ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом ($p=0,97$). Во второй группе когнитивные нарушения были выявлены у 10 из 23 больных ранним нейросифилисом (43,5%) и 5 из 27 больных ранним сифилисом (18,5%; $p=0,053$).

В первой группе средний возраст больных с когнитивными нарушениями составил $32,5 \pm 6,7$ лет. Длительность заболевания ВИЧ у больных с когнитивными нарушениями, в среднем, составляла $2,4 \pm 2,7$ лет. Эти больные характеризовались длительным потреблением наркотиков (потребляли наркотики, в среднем, в течение $8,8 \pm 4,8$ лет).

Выраженность когнитивных нарушений по методике КНОКС в первой группе у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом и ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом статистически значимо не отличалась (таблица 27), за исключением показателя субтеста «ориентировка», значение которого было ниже у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом, в сравнении с ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом ($p=0,025$).

Таблица 27. Когнитивные нарушения ВИЧ-инфицированных больных сифилисом и нейросифилисом (первая группа). Данные КНОКС

Показатели КНОКС	ВИЧ-инфицированные больные сифилисом (n=37)	ВИЧ-инфицированные больные нейросифилисом (n=28)	Достоверность, p
Общий балл	28 [25; 29]	28 [27; 29]	0,48
Ориентировка	3 [2; 3]	3 [3; 3]	0,025
Память на президентов	2 [2; 3]	3 [2; 3]	0,458
Называние	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,128
Понимание	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,865
Конструктивный праксис	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,401
Балл части 1	14 [13; 14]	14 [13,5; 15]	0,165
Набор последовательностей	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,153
Незавершённые	3 [3; 3]	3 [3; 3]	1,0
Нахождение сходства	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,88
Внимание	3 [2; 3]	2,5 [2; 3]	0,482
Рабочая память	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,443
Балл части 2	14 [12; 15]	14 [13; 14]	0,92

При том, что показатели практически всех субтестов методики КНОКС (кроме субтестов «понимание» и «рабочая память») во второй группе у больных нейросифилисом были ниже, чем у больных сифилисом, достоверные различия были выявлены только в значениях субтеста «ориентировка» и общего балла первой части методики (таблица 28).

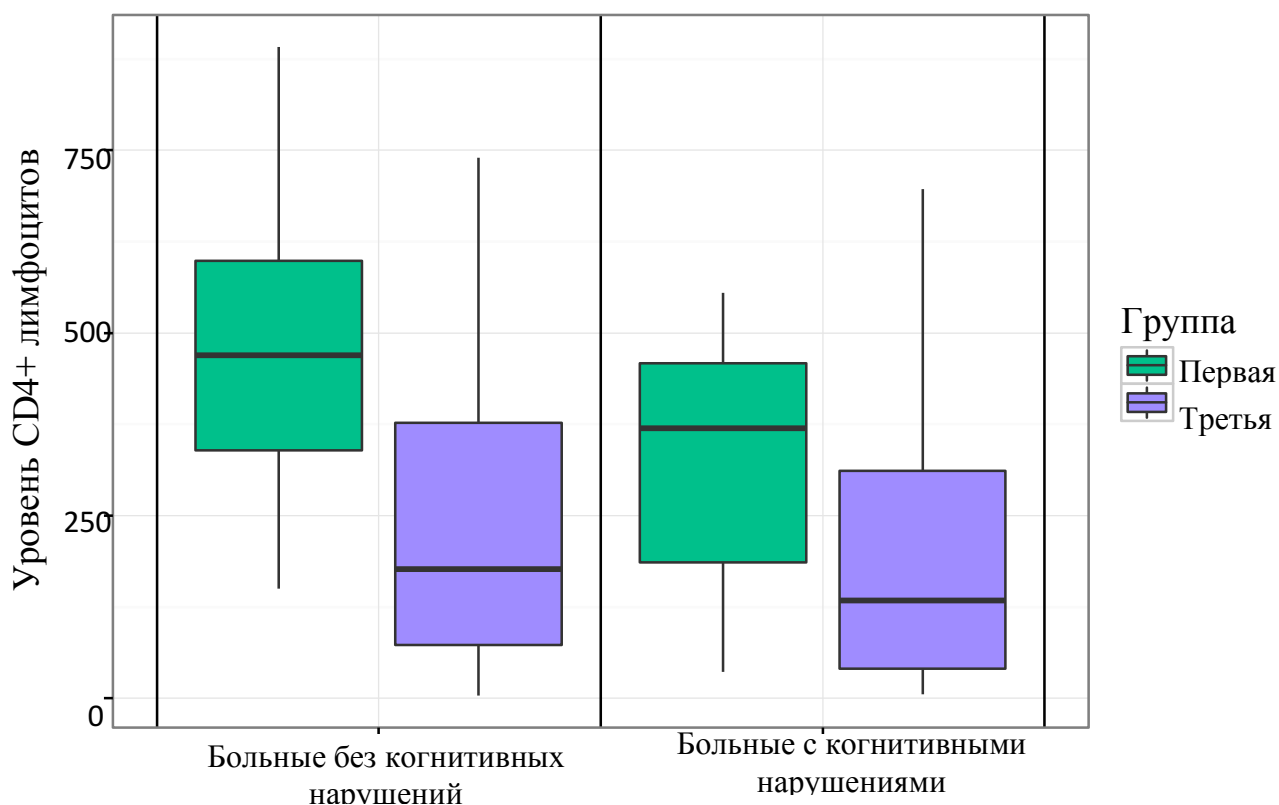
Таблица 28. Когнитивные нарушения больных сифилисом и нейросифилисом (вторая группа). Данные КНОКС

Показатели КНОКС	Больные сифилисом (n=27)	Больные нейросифилисом (n=23)	Досто- верность, р
Общий балл	29 [28; 30]	28 [25; 30]	0,08
Ориентировка	3 [3; 3]	3 [2; 3]	0,005
Память на президентов	3 [2; 3]	2 [2; 3]	0,18
Называние	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,3
Понимание	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,87
Конструктивный праксис	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,13
Балл части 1	15 [14; 15]	14 [13; 15]	0,028
Набор последовательностей	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,5
Незавершённые	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,5
Нахождение сходства	3 [3; 3]	3 [2; 3]	0,08
Внимание	3 [2; 3]	3 [2; 3]	0,37
Рабочая память	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,87
Балл части 2	14 [14; 15]	14 [12; 15]	0,22

У больных с когнитивными нарушениями отмечался низкий уровень CD4-Т-лимфоцитов (медиана [квартили] составили 273 [157; 444] кл/мкл у больных с когнитивными нарушениями и 470 [326; 589] кл/мкл у больных без когнитивных нарушений при нормальном значении 570-1100 кл/мкл; $p=0,038$). Известно, что снижение уровня Т4-лимфоцитов менее 400 кл/мкл ($0,4 \times 10^9/\text{л}$)

приводит к прогрессированию энцефалопатии при ВИЧ-ассоциированной деменции (Brew B.J., 2001). Актуальных данных об уровне CD8-Т-лимфоцитов в крови больных с когнитивными нарушениями получить не удалось ввиду того, что данный анализ по «Стандарту медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» выполняется реже, чем анализ крови на уровень CD4-Т-лимфоцитов, являющийся обязательным для оценки прогрессии течения ВИЧ. Выявленные когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом могут быть квалифицированы как ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства (ВАНКР). Однако соответствующий диагноз по МКБ-10 (лёгкое когнитивное расстройство в связи с вирусом иммунодефицита человека; F06.74; или ВИЧ-ассоциированная деменция; F02.4) не был поставлен ни одному больному, так как ВИЧ-инфекция во всех случаях не была исчерпывающей причиной возникновения когнитивного дефицита, который был связан также и с другими факторами (интоксикации, черепно-мозговые травмы).

Диаграмма 28. Уровень CD4+ лимфоцитов в крови больных с когнитивными нарушениями.



Все больные первой группы с когнитивными нарушениями характеризовались лёгкой степенью когнитивного дефекта по данным методики «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы» (таблица 29), что соответствовала умеренно выраженным когнитивным нарушениям. По классификации Antinori A.C. (2007) когнитивные нарушения больных первой группы относились к бессимптомным нейрокогнитивным расстройствам. Средние значения всех субтестов КНОКС кроме «Называние» и «Конструктивный праксис» характеризовались достоверным снижением по сравнению с нормальным значением. Низкий показатель субтеста «Ориентировка» свидетельствует о вербально опосредованной агнозии пространства-времени. Субтест «Память на президентов» отражает общее знание, которое обычно заучено и легко восстанавливается в норме; снижение этого показателя может быть свидетельством как формирования амнестического синдрома, так и общей недостаточной образованностью больных. Субтесты «Называние» и «Понимание» оцениваются в целом и характеризуют отсутствие у больных афазии. Не отличающееся статистически от нормального значение субтеста «Конструктивный праксис» свидетельствует об отсутствии у больных грубых нарушений конструктивного праксиса. Субтест «Набор последовательностей» направлен на анализ наличия апраксии простых последовательностей. Следующий субтест («Незавершённые изображения») исследует зрительную агнозию незавершённых предметов. Субтест «Нахождение сходства» направлен на анализ нарушений категоризации, и у обследованных больных была выявлена высокая степень актуализации второстепенных признаков понятий. 9 субтест («Внимание») исследует зрительное внимание и способность концентрировать внимание при выполнении счётных операций. Последний субтест («Рабочая память») исследует рабочую память.

Таблица 29. Когнитивные нарушения больных первой группы. Данные КНОКС

Показатели КНОКС	Больные первой группы с когнитивными нарушениями (n=28)	Больные первой группы без когнитивных нарушений (n=37)	Достоверность, р
Общий балл	25 [24; 27]	29 [28; 30]	<0,001
Ориентировка	3 [2; 3]	3 [3; 3]	0,009
Память на президентов	2 [2; 2]	3 [2; 3]	<0,001
Называние	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,8
Понимание	3 [2,25; 3]	3 [3; 3]	0,15
Конструктивный праксис	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,49
Балл части 1	13 [13; 14]	15 [14; 15]	<0,001
Набор	2 [2; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Незавершённые	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,11
Нахождение сходства	2 [2; 3]	3 [3; 3]	0,003
Внимание	2 [2; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Рабочая память	3 [2; 3]	3 [3; 3]	0,011
Балл части 2	12 [11; 13]	14 [14; 15]	<0,001

Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод, что для ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом были свойственны следующие когнитивные нарушения: нарушения пространственного гнозиса; снижение зрительно-моторной памяти, снижение зрительно-моторной координации, выпадение реципрокного праксиса, интеллектуальное снижение с актуализацией второстепенных признаков понятий, тенденция к вязкости и инертности мышления, обстоятельности.

Выраженность когнитивных нарушений у больных первой группы по результатам КНОКС была связана со следующими факторами: ко-инфицирование гепатитом С (60,7% от числа больных с когнитивными нарушениями; $R=-0,38$, $p=0,003$), потребление ПАВ (85,7% от числа больных с

когнитивными нарушениями; $R=-0,39$, $p=0,002$), внутривенное потребление наркотиков (57,1% от числа больных с когнитивными нарушениями; $R=-0,51$, $p<0,0001$). Статистически значимых взаимосвязей между формированием когнитивных нарушений и черепно-мозговыми травмами, стадией ВИЧ-инфекции и временем, прошедшим после выявления ВИЧ в первой группе обнаружено не было. Уровни вирусной нагрузки у больных первой группы с когнитивными нарушениями (33174 [3133; 129301] копий/мл) и без них (23409 [2063; 72718] копий/мл) не имели статистически значимых различий, что может быть объяснено большим разбросом значений и небольшим числом выборки.

Когнитивные нарушения в первой группе выявлялись у больных психическими расстройствами вследствие органического поражения головного мозга (F06; $R=-0,93$; $p<0,0001$) в генезе которых играли особую роль зависимость от психостимуляторов (F15; $R=-0,69$; $p=0,014$), зависимость от опиатов (F11; $R=-0,48$; $p<0,001$) и алкоголизм (F10; $R=-0,28$; $p=0,037$). У всех больных с когнитивными нарушениями их генез был оценен как смешанный (интоксикационный, инфекционный), в связи с чем диагноз ВИЧ-ассоциированной деменции не был установлен ни в одном случае. Наличие когнитивных нарушений у больных первой группы было связано с низкой социальной адаптацией на момент обследования ($R=0,47$, $p<0,001$).

Выраженность когнитивных нарушений по данным КНОКС усиливалась с возрастом у женщин первой группы ($R=0,65$; $p=0,002$). Возникновение когнитивных нарушений у женщин первой группы имело сходные взаимосвязи со всеми больными первой группы: заражение гепатитом С ($R=0,45$; $p=0,044$), потребление психостимуляторов ($R=0,60$; $p=0,005$) и ПАВ в целом ($R=0,45$; $p=0,044$). Выраженность когнитивных нарушений по данным КНОКС имела достоверную связь с уровнем потребления психостимуляторов – потреблявшие психостимуляторы женщины первой группы имели более низкие показатели общего балла КНОКС ($R=-0,48$; $p=0,033$). МСМ первой группы с высшим образованием имели более высокие показатели общего балла КНОКС (только 20% МСМ с высшим образованием имели когнитивные нарушения; $R=0,40$;

$p=0,022$), а у МСЖ с высшим образованием когнитивные нарушения выявлены не были.

Для больных с когнитивным дефицитом второй группы (таблица 30) были характерны следующие нарушения: ориентировка в пространстве и времени, снижение распределения и переключения внимания, ухудшение рабочей и долговременной памяти. Также как и в 1 группе выявлялось общее снижение уровня обобщения в виде актуализации малосущественных, конкретных признаков. В отличие от 1 и 3 группы, 2 группа имеет больше нарушений, что может свидетельствовать об определенных специфических доменах характерных только для этой группы.

Таблица 30. Когнитивные нарушения больных второй группы. Данные КНОКС

Показатели КНОКС	Больные второй группы с когнитивными нарушениями (n=15)	Больные второй группы без когнитивных нарушений (n=15)	Достоверность, p
Общий балл	25 [22; 26]	29 [29; 30]	<0,001
Ориентировка	3 [2; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Память на президентов	2 [2; 2]	3 [2,5; 3]	<0,001
Называние	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,54
Понимание	3 [2; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Конструктивный праксис	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,031
Балл части 1	13 [13; 14]	15 [14; 15]	<0,001
Набор	2 [2; 2]	3 [3; 3]	<0,001
Незавершённые	3 [2,5; 3]	3 [3; 3]	0,011
Нахождение сходства	2 [1; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Внимание	2 [2; 2,5]	3 [2; 3]	0,001
Рабочая память	3 [2; 3]	3 [3; 3]	<0,001
Балл части 2	11 [9; 12]	15 [14; 15]	<0,001

Когнитивные нарушения у больных второй группы выявлялись у больных с поставленным диагнозом психических нарушений вследствие органического поражения головного мозга (F06). Было установлена связь более выраженного когнитивного дефицита по данным КНОКС с большей выраженностью симптомов депрессии ($R=-0,38$; $p=0,007$) и тревоги ($R=-0,36$; $p=0,01$) по шкалам НАМ-D и НАМ-A, соответственно. Когнитивные нарушения во второй группе были менее выражены у социально адаптированных больных ($R=0,36$; $p=0,01$).

Социально адаптированные женщины второй группы (особенно с высшим образованием; $R=0,63$; $p=0,005$) имели более высокий общий балл КНОКС ($R=0,49$; $p=0,039$), а значит менее выраженные когнитивные нарушения. МСМ второй группы, получившие специальное образование (среднее специальное и высшее) также характеризовались более высокими значениями общего балла КНОКС ($R=0,68$; $p=0,016$). Для МСЖ второй группы также была установлена взаимосвязь низкой выраженности когнитивных нарушений (более высокий общий балл КНОКС) и высшего образования ($R=0,49$; $p=0,028$). У МСЖ второй группы также была установлена связь наличия и выраженности когнитивных нарушений с рискованным сексуальным поведением со следующими показателями: более 4 половых партнёров за последние 6 месяцев ($R=0,57$; $p=0,008$), использование услуг коммерческого секса ($R=0,46$; $p=0,039$).

Для больных третьей группы были характерны общее снижение рабочей памяти, переключения и распределения внимания, а также нарушения динамического праксиса (таблица 31).

Таблица 31. Когнитивные нарушения больных третьей группы. Данные КНОКС

Показатели КНОКС	Больные третьей группы с когнитивными нарушениями (n=22)	Больные третьей группы без когнитивных нарушений (n=11)	Достоверность, p
Общий балл	23 [22; 26]	29 [28; 29]	<0,001
Ориентировка	3 [2,5; 3]	3 [3; 3]	0,22
Память на президентов	2 [2; 2]	3 [2; 3]	0,004

Таблица 31. Когнитивные нарушения больных третьей группы. Данные КНОКС

Показатели КНОКС	Больные третьей группы с когнитивными нарушениями (n=22)	Больные третьей группы без когнитивных нарушений (n=11)	Достоверность, p
Называние	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,42
Понимание	2 [2; 3]	3 [3; 3]	0,002
Конструктивный праксис	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,29
Балл части 1	13 [12; 13]	15 [14; 15]	<0,001
Набор	2 [2; 2,75]	3 [2; 3]	0,058
Незавершённые	3 [3; 3]	3 [3; 3]	0,29
Нахождение сходства	2 [2; 3]	3 [3; 3]	0,029
Внимание	2 [1,25; 2]	3 [2; 3]	0,003
Рабочая память	2 [2; 3]	3 [3; 3]	0,005
Балл части 2	11 [10; 13]	14 [14; 14,5]	<0,001

В отличие от первой группы, в третьей группе мы не смогли установить статистически значимых различий в уровнях CD4+ лимфоцитов в крови (этот показатель был 177 [73; 377] кл/мл и 151 [100; 312] кл/мл для больных с когнитивными нарушениями и без них, соответственно; $p=0,64$; диаграмма 28). Различий в вирусной нагрузке (95357 [25710; 220570] копий/мл и 61874 [15502; 280466] копий/мл; $p=0,75$) между больными с когнитивными нарушениями и без, соответственно, также выявлено не было. Фактором, связанным с развитием когнитивных нарушений явилось время, прошедшее после выявления ВИЧ ($R=0,36$; $p=0,037$). Больные третьей группы с когнитивными нарушениями болели ВИЧ-инфекцией дольше, чем больные без когнитивных нарушений ($7,2 \pm 6,1$ лет, $2,8 \pm 3,8$ лет после установки диагноза ВИЧ-инфекции, соответственно; $p=0,047$).

Выраженность когнитивных нарушений в третьей группе была сильнее у больных опиоидной зависимостью ($R=-0,4$; $p=0,021$), алкоголизмом ($R=-0,44$;

$p=0,011$) и психическими нарушениями вследствие органического поражения головного мозга ($R=-0,69$; $p<0,001$). Выраженность когнитивных нарушений была меньше у социально адаптированных больных ($R=0,36$; $p=0,041$).

Наличие когнитивных нарушений ($R=0,59$; $p=0,013$) и их выраженность ($R=-0,70$; $p=0,002$) у женщин третьей группы были связаны с безработицей. Женщины третьей группы, занимавшиеся высококвалифицированным трудом ($R=0,55$; $p=0,024$) и получившие высшее образование ($R=0,55$; $p=0,024$) имели более высокий общий балл КНОКС, а, следовательно, и менее выраженные когнитивные нарушения. Для женщин третьей группы с алкогольной зависимостью была установлена взаимосвязь длительности алкоголизации с выраженностью когнитивных нарушений: они были выражены у женщин с более длительной алкоголизацией ($R=-0,82$; $p=0,006$). При этом женщины третьей группы, достигшие ремиссии алкоголизма, обладали более высокими общими баллами КНОКС ($R=0,88$; $p=0,002$), который увеличивался с увеличением продолжительности ремиссии ($R=0,87$; $p=0,002$).

4.5. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём, у больных психиатрического стационара

Архивным методом обработано 953 истории болезней (ИБ) пациентов, получавших лечение по поводу различных психических расстройств в психиатрической больнице в 2013 году. В ходе исследования регистрировали информацию о поле, возрасте, социальном и семейном положении пациентов, диагнозе основного заболевания.

В процессе исследования установлено, что анализ крови на сифилис (реакция Вассермана) выполнялась при поступлении всем пациентам, в то время как анализ крови на ВИЧ был выполнен лишь 50 (5,2%) пациентов. Данные о наличии ИППП были обнаружены в 49 ИБ – 5,1% от общего числа больных, из них 24 мужчины (средний возраст $40,1 \pm 9,2$ лет) и 25 женщин (средний возраст $44,2 \pm 12,3$ года).

Данные о заболевании ВИЧ были обнаружены в 21 ИБ (2,2% от всех

обработанных ИБ), причём только 3 пациента не знали о своём заболевании при поступлении, остальным пациентам диагноз ВИЧ был поставлен ранее, в среднем, за $7,4 \pm 4,3$ лет до текущей госпитализации. Из этих пациентов только 6 пациентам был выполнен анализ на ВИЧ. В остальных случаях диагноз выставлялся на основании полученных ранее сведений. Частота ВИЧ-инфекции среди пациентов психиатрического стационара была выше в сравнении с подобным показателем по России и Санкт-Петербургу в 2013 году (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г.).

Анализ крови на сифилис был положительным у 28 пациентов (2,9% от всех ИБ). В одном случае сифилис был выявлен в психиатрической больнице (0,1% от всех ИБ). У остальных больных были обнаружены следовые реакции после ранее перенесённого пролеченного сифилиса (2,8% от всех ИБ; средняя давность заболевания – $15,8 \pm 8,0$ лет). Распространённость сифилиса превышала средний уровень по России (Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А. и др., 2010), но была несколько ниже имеющихся данных по другим странам (Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A. et al., 2008).

19 ВИЧ-инфицированных пациентов имели сопутствующий гепатит С (90,5% от числа ВИЧ-инфицированных больных), а 5 пациентов – гепатит В (23,8% от числа ВИЧ-инфицированных больных). Только у 1 пациента с сифилисом в анамнезе был верифицирован диагноз гепатита С (3,6% от числа больных сифилисом), заражение гепатитом В у больных сифилисом диагностировано не было.

Больные ИППП характеризовались низким социальным статусом. Преобладали пациенты, не имевшие на момент поступления работы (18 из 21 ВИЧ-инфицированного больного (85,7%) и 22 из 28 больных, перенёвших сифилис (78,6%)). Уровень образования был низким: 11 из 21 ВИЧ-инфицированного больного (52,4%) и 10 из 28 больных, перенёвших сифилис (35,7%), имели незаконченное среднее или среднее образование. 60,7% ВИЧ-инфицированных (13 человек) и 46,4% больных сифилисом (13 человек) никогда не вступали в брак. Данных о наличии у пациентов гомосексуального

опыта в ИБ не было. Почти у половины пациентов была оформлена инвалидность по психическому заболеванию: 10 ВИЧ-инфицированных больных (46,6%) и 13 больных, перенёсших сифилис (46,4%). 28,6% ВИЧ-инфицированных (6 человек) и 7,1% больных, перенёсших сифилис (2 человека), имели судимости. Пациенты совершали такие преступления, как убийство (1 случай), разбой (3 случая), хранение и сбыт наркотических средств (3 случая), умышленное причинение тяжкого вреда (1 случай), неосторожное обращение с оружием (1 случай). Два пациента проходили принудительное стационарное лечение.

Характер потребления психоактивных веществ (ПАВ) у ВИЧ-инфицированных и больных, перенёсших сифилис, достоверно различался. Большинство ВИЧ-инфицированных больных (18 из 21 ВИЧ-инфицированных больных психиатрического стационара; 85,7%) имели опыт активного потребления наркотических веществ, при этом 14 из 21 ВИЧ-инфицированных больных психиатрического стационара (66,7%) – с признаками зависимости. Диагноз зависимости от наркотического вещества был поставлен у 8 из 21 ВИЧ-инфицированных больных (38,1%): в 4 случаях – зашифрован по МКБ-10 и еще в 4 случаях – включён в основной диагноз без вынесения шифра по МКБ-10. 18 ВИЧ-инфицированных пациентов (85,7%) потребляли опиоиды внутривенно, двое из них непосредственно перед госпитализацией в психиатрическую больницу (9,5%). 6 пациентов (28,6%) имели опыт неоднократного потребления психостимуляторов (амфетамины, кокаин) и галлюциногенов (в том числе псилоцибин). 38,1% пациентов регулярно потребляли каннабиноиды. У 11 из 21 ВИЧ-инфицированных больных (52,4%) имел место полинаркотизм. 3 из 21 ВИЧ-инфицированного больного (14,2%) пациентов продолжали потребление наркотических средств на момент госпитализации.

У больных сифилисом данные о полинаркотизме (опиаты, стимуляторы и каннабиноиды) были только в 1 ИБ (3,6% от числа больных сифилисом), причем пациент находился в длительной ремиссии (на момент госпитализации

– 17 лет).

Данные о злоупотреблении алкоголем на момент госпитализации имелись в 18 ИБ (85,7%) ВИЧ-инфицированных больных и 16 ИБ (57,1%) больных, перенёсших сифилис, в том числе с формированием зависимости – у 76,2% (16 ИБ) и 32,1% (9 ИБ) пациентов, соответственно. Примерно третью часть всех случаев (33,3% и 35,7% от числа ВИЧ-инфицированных и больных, перенёсших сифилис, соответственно) составляли первичные госпитализации в психиатрический стационар, остальные пациенты госпитализировались неоднократно. Ни в одной ИБ не было данных о лечении пациентов до этого в наркологических и инфекционных стационарах, только один пациент проходил амбулаторно лечение по поводу ВИЧ.

Распределение выявленных психических расстройств представлено в таблице 32. У пациентов с ВИЧ-инфекцией доминировали органические психические расстройства (5 пациентов из числа 21 ВИЧ-инфицированного больного психиатрического стационара; 23,8%), шизофрения (7 пациентов; 33,3%), а также аддиктивные расстройства, в том числе синдром зависимости от алкоголя (9 пациентов; 42,9%) и других психоактивных веществ (2 пациента; 9,5%). 15 из 21 ВИЧ-инфицированного пациента психиатрического стационара обнаружили коморбидные психические расстройства. Как правило, вторым диагнозом явился синдром зависимости от алкоголя, в одном случае – зависимость от опиатов. У пациентов, перенёсших сифилис, также доминировали органические психические расстройства (8 пациентов из числа 28 больных, перенёсших сифилис; 28,6%), зависимость от алкоголя (17 пациентов; 60,7%), шизофрения (5 пациентов; 17,9%).

Таблица 32. Характеристика структуры психической патологии у больных психиатрического стационара

Диагноз по МКБ-10	ВИЧ-инфицированные больные (n=21)		Больные, перенёсшие сифилис (n=28)		Достоверность, р
	абс.	%	абс.	%	
Органическое заболевание головного мозга. F06.8	5	23,8 %	8	28,6 %	p=0.71

Синдром зависимости от алкоголя. F10.2	4	19,0 %	7	25,0 %	p=0.61
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением алкоголя, абстинентное состояние. F10.3	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением алкоголя, абстинентное состояние с делирием. F10.4	3	14,3 %	7	25,0 %	p=0,36
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением алкоголя, психотическое расстройство. F10.5	0	0 %	3	10,7 %	p=0,12
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением алкоголя, амнестический синдром. F10.6	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением опиоидов, абстинентное состояние. F11.3	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24
Психические и поведенческие нарушения, вызванные употреблением седативных или снотворных средств, абстинентное состояние с делирием. F13.4	0	0 %	1	3,6 %	p=0,38
Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ неуточнённые. F19.9	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24
Шизофрения параноидная. F20.0	5	23,8 %	5	17,9 %	p=0.61
Шизофрения простая. F20.6	2	9,5 %	0	0 %	p=0,09
Шизотипическое расстройство. F21	0	0 %	1	3,6 %	p=0,38
Острое полиморфное	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24

психотическое расстройство без симптомов шизофрении. F23.0					
Шизоаффективное расстройство, смешанный тип. F25.2	0	0 %	2	7,1%	p=0,21
Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов F31.1	0	0 %	1	3,6 %	p=0,38
Расстройство приспособительных реакций. F43.2	1	4,8 %	0	0 %	p=0,24

Все больные шизофренией (параноидная и простая формы) и ВИЧ-инфекцией имели в подростковом и юношеском возрасте в продроме заболевания психопатоподобный рисунок поведения с делинквентным и асоциальным поведением. В анамнезе имелось занятие проституцией в одном случае и совершение общественно-опасных деяний с последующим принудительным лечением в двух случаях. У всех пациентов была установлена сопутствующая полинаркомания (в том числе, внутривенное употребление опиатов). Исходя из ретроспективного анализа времени заболевания ВИЧ, можно предположить, что заражение ИППП у большинства больных шизофренией произошло в период до манифестации психоза на фоне психопатоподобного поведения. В клинической картине шизофрении была отмечена выраженная негативная симптоматика (продолжительность болезни – $19,6 \pm 4,9$ лет). В период обострения психического состояния доминировала психопатоподобная и параноидная симптоматика. Течение шизофрении во всех случаях осложнялось нонкомплаентностью пациентов, частыми госпитализациями в связи с эксацербацией симптоматики, сопровождавшейся употреблением ПАВ. При этом диагноз зависимости был установлен только в трех случаях.

У больных шизофренией сифилис был диагностирован в большинстве случаев в год первой госпитализации, в том числе в одном случае сифилис был выявлен в психиатрическом стационаре. Для этих пациентов было характерно

рискованное поведение в преморбидном периоде психического заболевания, однако отсутствовали случаи делинквентного или асоциального поведения, был выявлен только 1 случай употребления наркотиков. В клинической картине шизофрении присутствовала параноидная, кататоническая и аффективная симптоматика.

Больные органическим заболеванием головного мозга и ВИЧ-инфекцией также характеризовались психопатоподобным рисунком поведения. Особенностью этих пациентов были более позднее начало рискованного поведения ($18,3 \pm 4,9$ лет и $31,8 \pm 8,1$ года, соответственно, $p < 0,05$) и появления симптомов психотического регистра ($22,0 \pm 4,2$ лет и $25,8 \pm 7,6$ года, соответственно, $p < 0,05$) по сравнению с больными шизофренией. Рискованное поведение данных пациентов проявлялось асоциальными тенденциями. Для больных было характерно многолетнее употребление наркотических веществ и алкоголя (в том числе его суррогатов), продолжение активной сексуальной жизни на фоне психического заболевания. В структуре обострений у этих больных преобладали параноидная симптоматика и аффективные нарушения. В процессе органического заболевания (длительность заболевания составила $12,51 \pm 5,56$ лет) наблюдалось нарастание личностных изменений (эксплозивности, раздражительности) и когнитивного дефицита (психоорганический синдром).

У пациентов с органическим заболеванием головного мозга и сифилисом была отмечена большая длительность заболевания – $19,43 \pm 7,67$ лет, по сравнению с ВИЧ-инфицированными больными. Клиническая картина болезни отличалась преобладанием бредовой симптоматики, реже наблюдались галлюцинаторные расстройства, аффективные нарушения, выраженный психоорганический синдром, личностные изменения, свойственные ВИЧ-инфицированным больным. Практически во всех случаях заражение сифилисом произошло уже после начала психического заболевания.

ВИЧ-инфицированные пациенты с диагнозами психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (F10 по МКБ-

10), опиоидов (F11) и сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ (F19) характеризовались многолетней аддикцией (полинаркомания, алкоголизм), предшествовавшей первой госпитализации в психиатрический стационар. В большинстве случаев она была обусловлена развитием алкогольного делирия или экзacerbацией психотической симптоматики на фоне употребления алкоголя, а также нарушениями поведения и возникновением суицидальных тенденций на фоне употребления наркотиков.

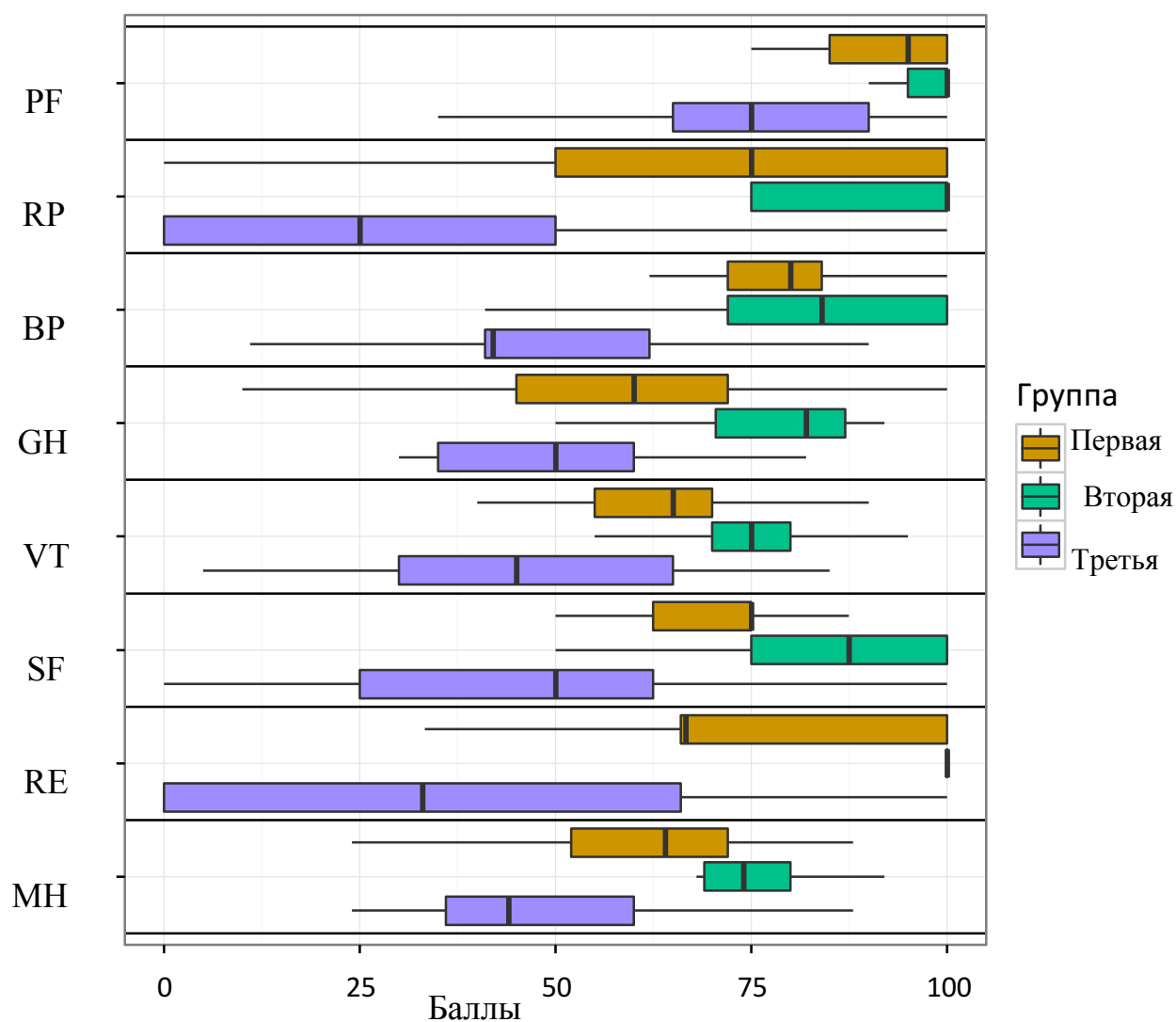
Пациенты с сифилисом и с наличием психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя (F10 по МКБ-10) и седативных веществ (F13) были госпитализированы по поводу делириозных или других психотических состояний на фоне запойного употребления алкоголя или злоупотребления седативными препаратами.

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАННИМ СИФИЛИСОМ

5.1. Качество жизни больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом

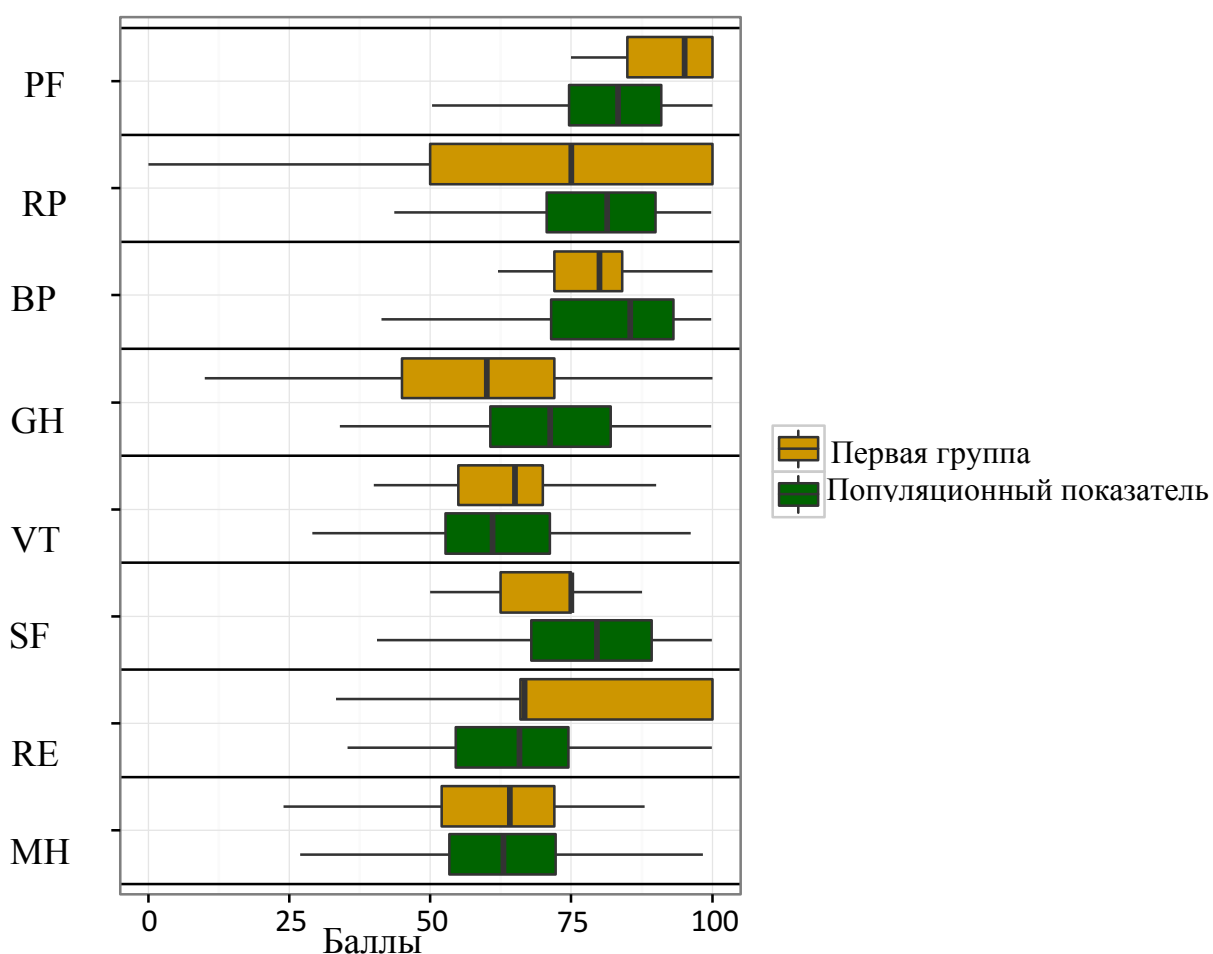
Средние показатели качества жизни (КЖ) больных в группах сравнения представлены на диаграмме 29. КЖ больных третьей группы было статистически значимо ниже по всем показателям, в сравнении с больными первой и второй групп ($p < 0,0001$). Низкие показатели КЖ больных третьей группы могут быть объяснены тяжестью соматического состояния обследованных. Самые высокие показатели КЖ были выявлены у больных второй группы.

Диаграмма 29. Качество жизни больных в группах сравнения.



Такие показатели КЖ больных первой группы как физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общего состояния здоровья (GH) и социальное функционирование (SF) были ниже средних популяционных значений для взрослого населения (диаграмма 30). КЖ больных первой группы было несколько выше популяционного значения только по показателю ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). Значения КЖ по показателям жизненная активность (VT) и психическое здоровье (MH) примерно совпадали с популяционным значением. КЖ больных первой группы соответствовало повышенному (61-80 баллов) или высокому (81-100 баллов) по всем показателям, кроме показателя общего состояния здоровья (GH).

Диаграмма 30. Качество жизни больных первой группы.



Социально адаптированные больные первой группы имели более высокие показатели КЖ по параметру психического здоровья (MH; $R=0,37$; $p=0,002$). Установлена связь криминальной деятельности с более низкими показателями КЖ по параметрам физического функционирования (PF; $R=-0,25$; $p=0,044$), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,28$; $p=0,024$), общего состояния здоровья (GH; $R=-0,32$; $p=0,009$), жизненной активности (VT; $R=-0,25$; $p=0,045$), социального функционирования (SF; $R=-0,29$; $p=0,021$).

Более высокие показатели КЖ по параметру общего состояния здоровья у больных первой группы имели взаимосвязь с большим количеством случайных связей (более 4 за 6 месяцев, предшествовавших обследованию; $R=0,32$; $p=0,01$).

Аддиктивные расстройства значимо влияли на снижение КЖ больных первой группы по параметрам общего состояния здоровья (GH; $R=-0,3$; $p=0,014$), социального функционирования (SF; $R=-0,29$; $p=0,018$), психического здоровья (MH; $R=-0,25$; $p=0,045$). Больные первой группы с поставленным диагнозом алкогольной зависимости (F10) имели более низкие значения КЖ по параметру общего состояния здоровья (GH; $R=-0,38$; $p=0,002$).

У больных с органическим заболеванием головного мозга (F06) было выявлено снижение КЖ по параметрам общего состояния здоровья (GH; $R=-0,32$; $p=0,01$) и психического здоровья (MH; $R=-0,26$; $p=0,034$). Наличие когнитивных нарушений значимо снижало КЖ больных первой группы по показателям социального функционирования (SF; $R=-0,25$; $p=0,041$) и психического здоровья (MH; $R=-0,27$; $p=0,032$). Данная взаимосвязь была выявлена и с выраженностью когнитивных нарушений по данным КНОКС (VT – $R=0,26$; $p=0,034$; SF – $R=0,32$; $p=0,01$; MH – $R=0,33$; $p=0,007$).

Установлено, что у больных первой группы с большей выраженностью симптомов депрессии по данным НАМ-D КЖ снижалось по показателям ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,27$; $p=0,028$) и социального функционирования (SF; $R=-0,25$; $p=0,044$).

Большая выраженность симптомов депрессии по данным HADS имела взаимосвязь со снижением КЖ по параметрам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,33$; $p=0,008$), общего состояния здоровья (GH; $R=-0,28$; $p=0,022$) и психического здоровья (MH; $R=-0,27$; $p=0,029$). Выраженность симптомов тревоги по данным HADS также имела связь со снижением КЖ по параметру психического здоровья (MH; $R=-0,33$; $p=0,007$).

КЖ мужчин первой группы несколько различалось в зависимости от сексуального поведения (таблица 33). Так, КЖ МСМ первой группы было выше популяционного значения по показателю ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), в то время как КЖ МСЖ по этому показателю примерно совпадало с популяционным значением. Значения всех остальных показателей КЖ у мужчин первой группы примерно совпадали. КЖ у мужчин первой группы наименее страдало по показателю физического функционирования (PF), и оценивалось как высокое.

КЖ женщин первой группы было заметно ниже популяционного значения по всем показателям кроме ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). В сравнении с мужчинами первой группы, КЖ женщин первой группы было ниже по показателям физического функционирования (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), общее состояние здоровья (GH), жизненной активности (VT), социального функционирования (SF) и психического здоровья (MH). Значения КЖ по показателям интенсивности боли (BP) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) у женщин и мужчин первой группы примерно совпадали.

Таблица 33. Качество жизни мужчин и женщин первой группы

Показатели качества жизни	МСМ	МСЖ	Женщины	Популя- ционный показатель
Физическое функционирование (PF)	92,8±7,0	91,9±7,5	84,5±22,8	96,0±21,2
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	73,4±35,3	69,2±37,0	61,3±40,1	90,0±19,8
Интенсивность боли (BP)	73,2±23,7	77,9±15,9	76,0±20,2	89,7±19,1
Общее состояние здоровья	60,7±20,1	59,5±9,8	53,5±20,0	73,2±17,6
Жизненная активность (VT)	62,9±16,8	62,3±9,7	58,5±20,5	62,2±14,2
Социальное функционирование (SF)	71,9±22,7	70,2±16,6	65,6±27,8	85,0±18,8
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	77,0±27,4	66,6±36,0	69,9±35,7	65,0±15,0
Психическое здоровье (MH)	64,1±18,0	66,5±11,5	55,4±19,3	63,3±14,5

Наиболее страдало КЖ у мужчин и женщин первой группы по показателям общего состояния здоровья (GH), жизненной активности (VT) и психического здоровья (MH): у женщин КЖ по этим показателям соответствовало среднему КЖ, а у мужчин значения были близки к нижней границе повышенного КЖ. В целом, показатель физического компонента здоровья (первые четыре показателя КЖ) у МСМ (75,0±26,0), МСЖ (74,6±23,7) и женщин (68,8±29,2) первой группы был несколько выше психического компонента (последние четыре показателя КЖ; 69,0±22,1; 66,4±20,8 и 62,4±26,7 для МСМ, МСЖ и женщин, соответственно).

Высокие значения показателей интенсивности боли (BP, что соответствовало низкому уровню влияния болевых ощущения на КЖ; R=0,51; p=0,022) и жизненной активности (VT; R=0,45; p=0,04) женщин первой группы были связаны с приверженностью к наблюдению у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции. Женщины первой группы, прекратившие потребление

опиоидов до выявления ВИЧ-инфекции, демонстрировали более высокие уровни КЖ по показателям жизненной активности ($R=0,51$; $p=0,046$) и социального функционирования ($R=0,51$; $p=0,045$). Полное прекращение потребления ПАВ у женщин первой группы было связано с более высоким показателем ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($R=0,51$; $p=0,046$). Потребление каннабиноидов женщинами первой группы негативно влияло на жизненную активность ($R=-0,46$; $p=0,039$) и социальное функционирование ($R=-0,51$; $p=0,021$). Вовлечение в услуги коммерческого секса у женщин первой группы было связано с более низким значением КЖ по показателю ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($R=-0,49$; $p=0,028$). Криминальная деятельность у женщин первой группы имела связь с более низким значением КЖ по показателю общего состояния здоровья ($R=-0,46$; $p=0,039$).

МСМ первой группы, не получившие специального образования, имели более низкий уровень социального функционирования (SF; $R=-0,35$; $p=0,048$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=-0,46$; $p=0,009$). Потреблявшие алкоголь МСМ первой группы характеризовались низким уровнем социального функционирования (SF; $R=-0,41$; $p=0,02$). Особенностью МСМ первой группы было то, что большое число случайных сексуальных партнёров за последние 6 месяцев (более 4) было связано с высоким КЖ по показателю общего состояния здоровья (GH; $R=0,39$; $p=0,026$).

Социальная адаптация МСЖ первой группы была связана с высоким уровнем КЖ по показателю ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=0,56$; $p=0,046$). Наличие когнитивных нарушений было связано с более низкими уровнями ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,61$; $p=0,026$), социального функционирования (SF; $R=-0,61$; $p=0,026$) и психического здоровья ($R=-0,58$; $p=0,037$). Выраженность когнитивных нарушений у МСЖ первой группы по данным КНОКС была связано с более

низкими уровнями ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=0,64$; $p=0,019$) и социального функционирования ($R=0,71$; $p=0,007$). МСЖ первой группы с поставленным диагнозом расстройства адаптации (F43) имели более высокие показатели общего состояния здоровья (GH; $R=0,6$; $p=0,029$).

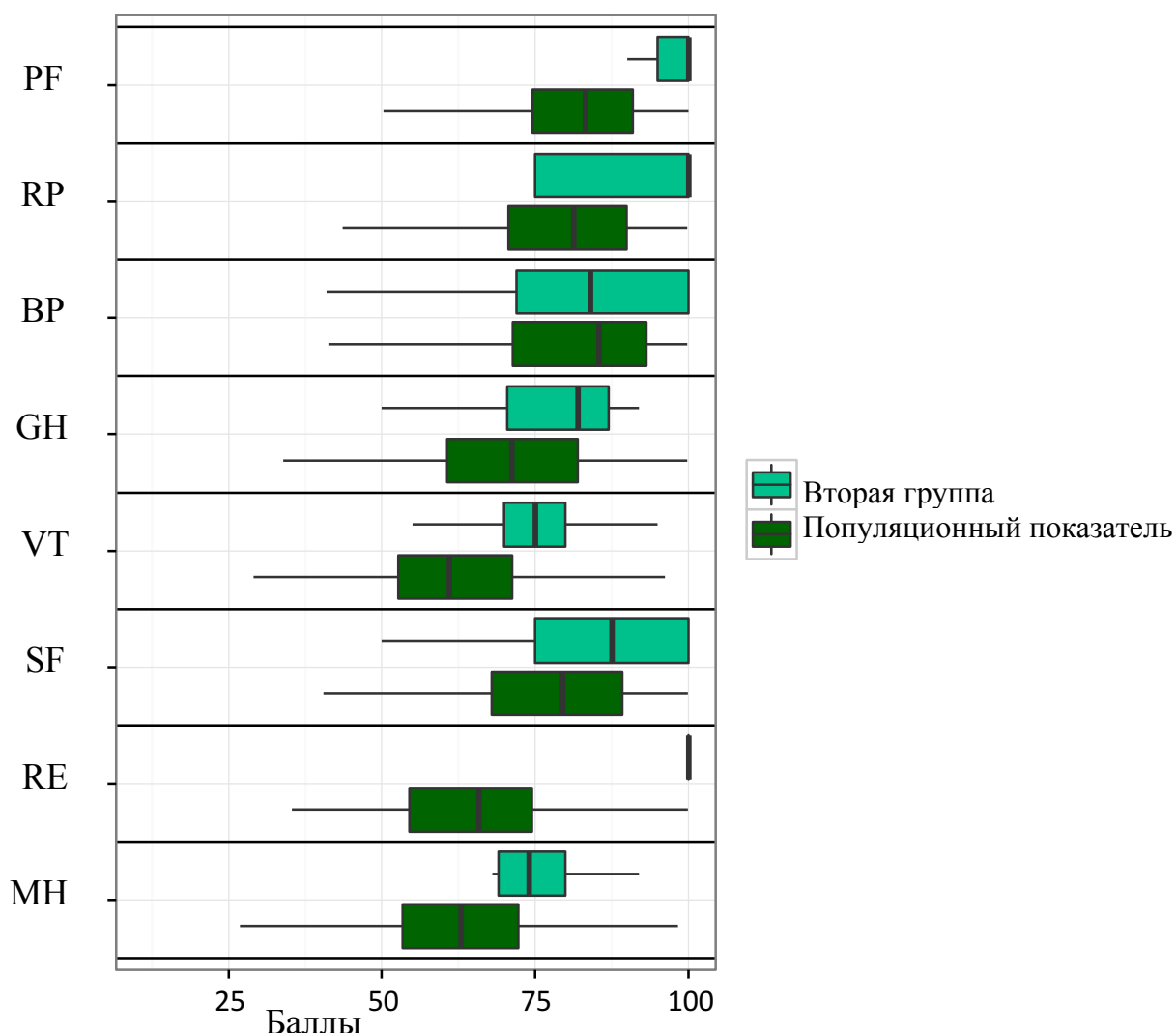
Показатель психического здоровья был единственным показателем КЖ с достоверным снижением у больных с психическими нарушениями, в сравнении с больными первой группы без психических нарушений ($p=0,049$; таблица 34). Значения показателя жизненной активности были ниже у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом с психическими нарушениями на момент обследования, имевших периоды дезадаптации с психическими и поведенческими нарушениями в анамнезе ($R=-0,34$; $p=0,011$).

Таблица 34. Качество жизни больных первой группы с психическими нарушениями и без них

Показатели качества жизни	Больные с психическими нарушениями	Больные без психических нарушений	Популяционный показатель
Физическое функционирование (PF)	89,17±15,02	94,55±6,56	96,0±21,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	67,59±36,2	84,09±22,03	90,0±19,8
Интенсивность боли (BP)	75,54±17,71	76,0±23,49	89,7±19,1
Общее состояние здоровья (GH)	58,11±17,34	58,88±22,65	73,2±17,6
Жизненная активность (VT)	61,76±15,9	61,36±17,33	62,2±14,2
Социальное функционирование	68,29±23,16	78,11±16,07	85,0±18,8
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	70,89±31,47	87,7±16,27	65,0±15,0
Психическое здоровье (MH)	60,96±17,0*	71,64±8,26	63,3±14,5
* $p=0,049$ в сравнении с больными без психических нарушений			

КЖ больных второй группы (диаграмма 31) было выше популяционных значений по показателям жизненной активности (VT), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) и психического здоровья (MH). По таким показателям, как физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) общее состояние здоровья (GH) и социальное функционирование (SF) КЖ больных второй группы примерно было равно популяционному показателю. Все значения показателей КЖ у больных второй группы соответствовали повышенному или высокому уровню КЖ.

Диаграмма 31. Качество жизни больных второй группы.



КЖ МСМ, МСЖ и женщин второй группы было примерно одинаковым по всем показателям (таблица 35). Показатель физического компонента здоровья у МСМ ($86,4 \pm 14,2$), МСЖ ($92,0 \pm 10,0$) и женщин ($89,2 \pm 15,5$) второй группы был

несколько выше показателя психического компонента здоровья ($80,0 \pm 13,6$; $84,0 \pm 14,3$ и $83,9 \pm 16,8$ для МСМ, МСЖ и женщин, соответственно).

Таблица 35. Качество жизни МСМ, МСЖ и женщин второй группы

Показатели качества жизни	МСМ	МСЖ	Женщины	Популяционный показатель
Физическое функционирование (PF)	$99,2 \pm 2,0$	$97,8 \pm 4,1$	$92,8 \pm 14,3$	$96,0 \pm 21,2$
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	$89,6 \pm 18,9$	$90,0 \pm 18,9$	$91,7 \pm 19,2$	$90,0 \pm 19,8$
Интенсивность боли (BP)	$79,9 \pm 17,8$	$85,5 \pm 12,9$	$83,0 \pm 17,7$	$89,7 \pm 19,1$
Общее состояние здоровья (GH)	$76,9 \pm 6,4$	$78,7 \pm 9,7$	$72,7 \pm 19,3$	$73,2 \pm 17,6$
Жизненная активность (VT)	$71,0 \pm 8,2$	$72,9 \pm 10,1$	$77,2 \pm 13,6$	$62,2 \pm 14,2$
Социальное функционирование (SF)	$85,4 \pm 13,9$	$87,5 \pm 12,8$	$88,2 \pm 15,1$	$85,0 \pm 18,8$
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	$89,4 \pm 15,8$	$94,9 \pm 12,5$	$94,4 \pm 17,2$	$65,0 \pm 15,0$
Психическое здоровье (MH)	$74,0 \pm 5,3$	$74,4 \pm 9,1$	$73,1 \pm 15,9$	$63,3 \pm 14,5$

Психические нарушения у больных второй группы значимо влияли на снижения КЖ по всем параметрам, кроме физического функционирования (таблица 36). При этом у больных второй группы с психическими нарушениями КЖ по параметрам жизненной активности (VT), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) и психического здоровья (MH) всё равно было выше популяционного значений, а КЖ по параметрам физического функционирования (PF) и общего состояния здоровья (GH) примерно совпадали с популяционными значениями.

Таблица 36. Качество жизни больных второй группы с психическими нарушениями и без них

Показатели качества жизни	Больные с психическими нарушениями	Больные без психических нарушений	Достоверность, р*	Популяционный показатель
Физическое функционирование (PF)	95,0±11,2	98,3±4,7	0,27	96,0±21,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	85,8±20,4	97,5±7,7	0,012	90,0±19,8
Интенсивность боли (BP)	79,1±14,3	89,5±16,1	0,006	89,7±19,1
Общее состояние здоровья (GH)	72,9±14,4	80,9±10,4	0,019	73,2±17,6
Жизненная активность (VT)	70,5±11,9	79,3±7,8	<0,001	62,2±14,2
Социальное функционирование (SF)	81,7±13,0	95,6±10,2	<0,001	85,0±18,8
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	89,0±18,1	100,0±0,0	0,008	65,0±15,0
Психическое здоровье (MH)	70,5±10,5	78,8±10,6	<0,001	63,3±14,5
*для больных с психическими нарушениями и без них				

У больных второй группы с коморбидным заражением гепатитом С были установлены более низкие уровни КЖ по показателям интенсивности боли (BP; R=-0,34; p=0,01) и социального функционирования (SF; R=-0,31; p=0,029). Мужчины второй группы имели более низкие значения КЖ по показателю жизненной активности (VT; R=-0,29; p=0,039). С увеличением возраста у

больных второй группы снижалось КЖ по следующим параметрам: физическое функционирование (PF; $R=-0,42$; $p=0,002$), общее состояние здоровья (GH; $R=-0,32$; $p=0,022$), социальное функционирование (SF; $R=-0,33$; $p=0,021$). Установлено, что больные второй группы с высшим образованием имели более высокий уровень КЖ по показателям физического функционирования (PF; $R=0,35$; $p=0,014$) и социального функционирования (SF; $R=0,32$; $p=0,023$).

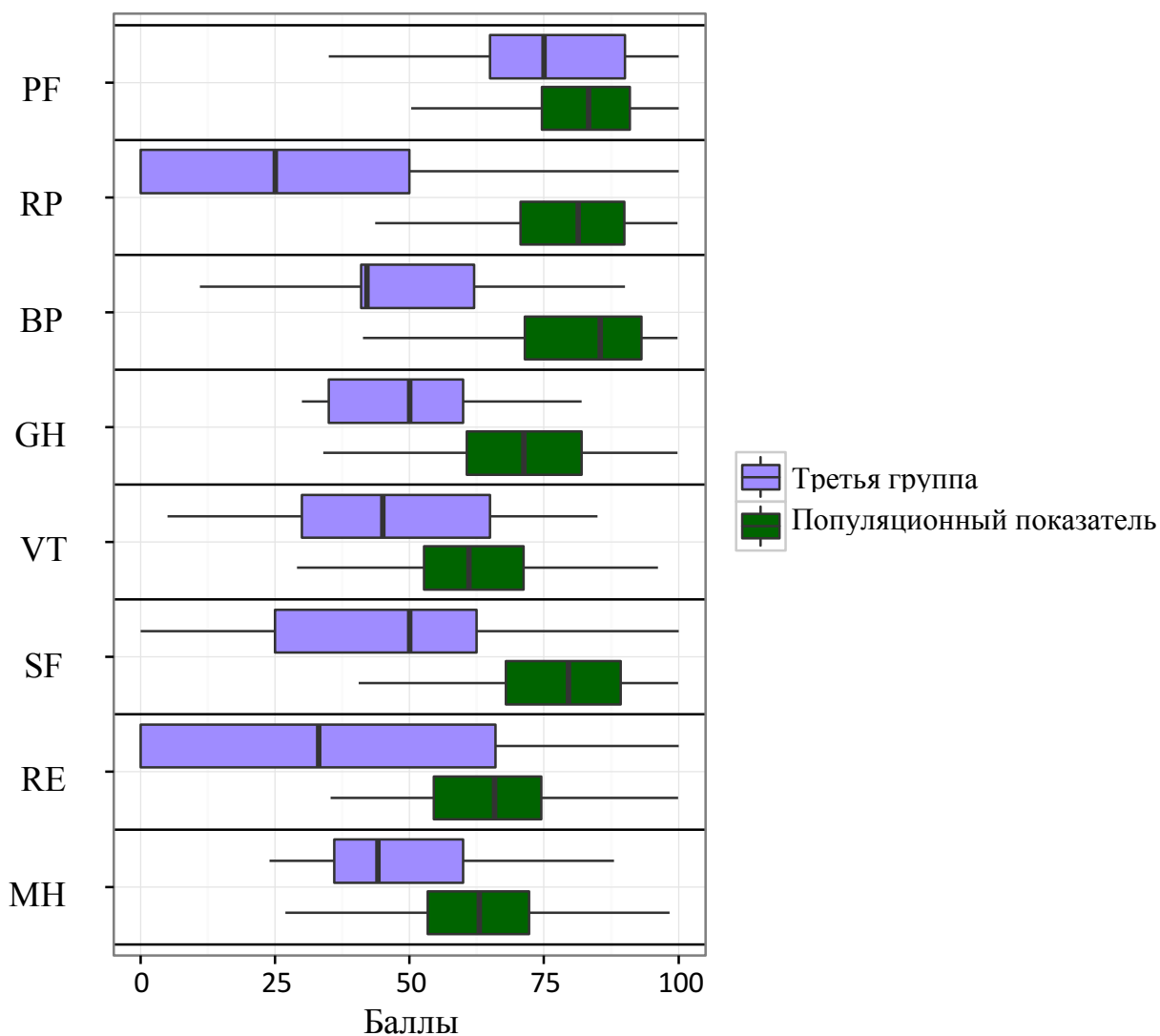
Использование услуг коммерческого секса больными второй группы было связано с более низким КЖ по параметру социального функционирования (SF; $R=-0,33$; $p=0,02$).

Больные второй группы без психических нарушений имели более высокие показатели КЖ по всем параметрам, кроме физического функционирования (RP – $R=0,36$; $p=0,01$; BP – $R=0,39$; $p=0,005$; GH – $R=0,34$; $p=0,016$; VT – $R=0,48$; $p<0,001$; SF – $R=0,53$; $p<0,001$; RE – $R=0,38$; $p=0,006$; MH – $R=0,54$; $p<0,001$). У больных алкоголизмом (F10) выявлено снижение КЖ по параметру ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,29$; $p=0,044$). У больных расстройством адаптации (F43) установлено снижение КЖ по показателям ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=-0,30$; $p=0,036$) и психического здоровья (MH; $R=-0,37$; $p=0,009$). Больные органическим поражением головного мозга (F06) имели снижение КЖ по всем показателям (PF – $R=-0,35$; $p=0,012$; RP – $R=-0,29$; $p=0,042$; BP – $R=-0,33$; $p=0,019$; GH – $R=-0,34$; $p=0,016$; VT – $R=-0,50$; $p<0,001$; SF – $R=-0,52$; $p<0,001$; RE – $R=-0,37$; $p<0,001$; MH – $R=-0,49$; $p<0,001$). Наличие когнитивных нарушений значимо снижало КЖ больных второй группы по показателям общего состояния здоровья (GH; $R=-0,33$; $p=0,020$), жизненной активности (VT; $R=-0,47$; $p<0,001$), социального функционирования (SF; $R=-0,52$; $p<0,001$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=-0,37$; $p=0,009$) и психического здоровья (MH; $R=-0,43$; $p=0,002$).

КЖ больных третьей группы было ниже популяционных значений по всем показателям (диаграмма 32). КЖ по показателям ролевого функционирования,

обусловленного физическим (RP) и эмоциональным (RE) состояниями было на уровне пониженного (самые низкие значения КЖ среди больных всех групп сравнения). Все остальные показатели КЖ, кроме физического функционирования (PF, КЖ по которому было повышено), находились на уровне среднего.

Диаграмма 32. Качество жизни больных третьей группы.



КЖ мужчин третьей группы по всем показателям было выше КЖ женщин третьей группы (таблица 37; PF – $R=0,58$; $p<0,001$; RP – $R=0,39$; $p=0,024$; VT – $R=0,35$; $p=0,047$; RE – $R=0,56$; $p<0,001$; MH – $R=0,38$; $p=0,023$). По таким показателям, как ролевое функционирование, обусловленное физическим (RP) и эмоциональным (RE) состояниями, КЖ женщин третьей группы было близко к уровню низкого. Женщины третьей группы имели самые низкие показатели КЖ среди больных всех групп сравнения. Показатель физического компонента

здоровья у МСЖ ($59,6 \pm 27,3$) и женщин ($43,2 \pm 23,6$) третьей группы, как и в других группах сравнения, был выше показателя психического компонента здоровья ($52,5 \pm 26,0$ и $36,8 \pm 24,7$ для МСЖ и женщин, соответственно).

Таблица 37. Качество жизни МСЖ и женщин третьей группы

Показатели качества жизни	МСЖ	Женщины	Популяционный показатель
Физическое функционирование (PF)	$84,7 \pm 12,5$	$58,2 \pm 26,0$	$96,0 \pm 21,2$
Ролевое функционирование, обусловленное физическим	$46,9 \pm 34,0$	$22,1 \pm 21,4$	$90,0 \pm 19,8$
Интенсивность боли (BP)	$53,4 \pm 26,6$	$42,1 \pm 16,9$	$89,7 \pm 19,1$
Общее состояние здоровья (GH)	$53,4 \pm 13,9$	$45,1 \pm 14,3$	$73,2 \pm 17,6$
Жизненная активность (VT)	$51,9 \pm 21,2$	$38,5 \pm 20,8$	$62,2 \pm 14,2$
Социальное функционирование (SF)	$48,4 \pm 31,9$	$42,7 \pm 24,2$	$85,0 \pm 18,8$
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	$56,0 \pm 33,8$	$21,4 \pm 28,6$	$65,0 \pm 15,0$
Психическое здоровье (MH)	$53,8 \pm 14,2$	$42,2 \pm 17,1$	$63,3 \pm 14,5$

Безработица у больных третьей группы имела связь со снижением КЖ по показателям физического функционирования (PF; $R=-0,47$; $p=0,006$), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP; $R=-0,36$; $p=0,042$), общего состояния здоровья (GH; $R=-0,55$; $p<0,001$), жизненной активности (VT; $R=-0,42$; $p=0,016$), социального функционирования (SF; $R=-0,38$; $p=0,029$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=-0,48$; $p=0,005$) и психического здоровья (MH; $R=-0,36$; $p=0,039$). Больные третьей группы с детьми имели более высокие показатели социального функционирования (SF; $R=0,35$; $p=0,047$).

Прекращение потребления ПАВ больными третьей группы приводило к повышению КЖ по показателю общего состояния здоровья (GH; $R=0,52$;

$p=0,008$). Длительность ремиссии потребления опиатов положительно коррелировала с повышением КЖ по параметру жизненной активности (VT; $R=0,49$; $p=0,043$). Продолжительность алкоголизации влияла отрицательно ($R=-0,55$; $p=0,032$), достижение ремиссии потребления алкоголя ($R=0,58$; $p=0,023$) и продолжительность ремиссии алкоголизации ($R=0,61$; $p=0,016$) влияли положительно на социальное функционирование (SF) больных третьей группы. Больные с поставленным диагнозом зависимости от алкоголя (F10) имели более низкий показатель физического функционирования ($R=-0,36$; $p=0,043$).

Хорошая социальная адаптация у больных третьей группы была связана со следующими параметрами КЖ: физическим функционированием (PF; $R=0,36$; $p=0,039$), ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием (RP; $R=0,36$; $p=0,042$), интенсивностью боли (BP; $R=0,44$; $p=0,009$), общим состоянием здоровья (GH; $R=0,56$; $p<0,001$), жизненной активностью (VT; $R=0,49$; $p=0,004$) и социальным функционированием (SF; $R=0,44$; $p=0,011$).

Аффективные расстройства у больных третьей группы значимо снижали КЖ по параметрам физического функционирования (PF; $R=-0,52$; $p=0,002$), жизненной активности (VT; $R=-0,4$; $p=0,021$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=-0,44$; $p=0,01$) и психического здоровья (MH; $R=-0,35$; $p=0,044$).

Было установлено, что выраженность депрессивной (PF – $R=-0,53$; $p=0,002$; RP – $R=-0,4$; $p=0,021$; GH – $R=-0,57$; $p<0,001$; VT – $R=-0,56$; $p<0,001$; RE – $R=-0,52$; $p=0,002$; MH – $R=-0,44$; $p=0,01$) и тревожной (PF – $R=-0,47$; $p=0,006$; RP – $R=-0,44$; $p=0,01$; GH – $R=-0,56$; $p<0,001$; VT – $R=-0,5$; $p=0,003$; RE – $R=-0,61$; $p<0,001$; MH – $R=-0,47$; $p=0,006$) симптоматики (по шкалам Гамильтона) влияла на снижение КЖ по большинству параметров, кроме интенсивности боли (BP) и социального функционирования (SF). Схожая взаимосвязь была прослежена по данным HADS для субтестов депрессии (GH – $R=-0,45$; $p=0,008$; VT – $R=-0,54$; $p=0,001$; SF – $R=-0,42$; $p=0,015$; MH – $R=-0,51$; $p=0,003$) и тревоги (PF – $R=-0,49$; $p=0,004$; GH – $R=-0,41$; $p=0,017$; VT – $R=-0,36$; $p=0,039$; RE – $R=-0,47$; $p=0,006$; MH – $R=-0,45$; $p=0,022$).

Больные третьей группы с расстройством личности имели более низкие значения КЖ по параметру социального функционирования (SF; $R=-0,39$; $p=0,026$).

5.2. Особенности приверженности к лечению больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом

У более половины больных первой группы (35 человек; 53,8%) диагноз ВИЧ-инфекции уже был установлен до поступления в стационар по поводу лечения сифилиса. В среднем, время, прошедшее после диагностики ВИЧ-инфекции составило у них $3,3 \pm 1,9$ лет. Сифилис у этих пациентов был выявлен в ходе очередного лабораторного обследования или пациенты самостоятельно обращались к дерматовенерологу инфекционной службы с возникшими жалобами.

В ходе анализа амбулаторных карт ВИЧ-инфицированных больных в «Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» было установлено, что только 22 из 37 (58,3%) больных первой группы с диагностированной ВИЧ-инфекцией до поступления в стационар Городского кожно-венерологического диспансера, постоянно наблюдались у инфекциониста после выявления ВИЧ. На низкую приверженность к наблюдению у инфекциониста больных, знавших о заболевании ВИЧ, влияли следующие факторы: социальная дезадаптация ($R=-0,42$; $p=0,011$), потребление ПАВ в целом ($R=-0,4$; $p=0,016$) и потребление психостимуляторов в частности ($R=-0,37$; $p=0,028$), а также вовлечение в криминальную деятельность ($R=-0,36$; $p=0,03$). Прекращение потребления психостимуляторов значимо влияло на формирование приверженности к наблюдению у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции ($R=0,85$; $p<0,001$). ВИЧ-инфицированные больные, у которых на момент обследования не были выявлены психические расстройства, наоборот характеризовались высокой приверженностью к наблюдению у инфекциониста ($R=0,42$; $p=0,011$). На комплаентность больных положительно

влияло также наличие высшего образования ($R=0,32$; $p=0,047$). Наблюдение у инфекциониста значимо повышало КЖ по параметрам социального функционирования (SF; $R=0,38$; $p=0,023$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE; $R=0,31$; $p=0,048$) и психического здоровья (MH; $R=0,36$; $p=0,035$). На приверженность к наблюдению у инфекциониста значимо влияли высокие значения общей ($R=0,7$; $p=0,001$), личностно-ситуативной ($R=0,69$; $p=0,002$) и временной ($R=0,4$; $p=0,047$) составляющих антиципационной состоятельности больных.

Анализ анамнестических данных пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией показал, что большинство больных после манифестации первых симптомов сифилиса обращались за медицинской помощью (в том числе для лабораторных обследований) не в специализированные учреждения (кожно-венерологические диспансеры), а в поликлиники по месту жительства (8 из числа 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 28,6%), частные лаборатории (6 из числа 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 21,4%) и различные стационары города (4 из числа 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 14,3%). Только 25,0% больных (7 из числа 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией) при возникновении первых симптомов заболевания обратились напрямую в кожно-венерологические диспансеры по месту жительства. Ещё у 3 больных (10,7%) сифилис был выявлен в ходе эпидемиологической работы врачей-дерматовенерологов (как половой контакт уже диагностированного больного сифилисом). Низкая обращаемость больных в КВД при манифестации венерологического заболевания свидетельствует как о низкой настороженности населения о возможности заболевания сифилисом и не связывания симптомов заболевания с возможностью заражения ИППП, так и о стигматизации вопроса венерологических заболеваний.

Стоит отметить, что 12 из 28 больных с впервые выявленным ВИЧ (42,8%) обратились за медицинской помощью из-за проявлений сифилиса, и именно в ходе диагностики и лечения этого заболевания этим больным был проведён

анализ на ВИЧ-инфекцию. Таким образом, заболевание сифилисом у этих пациентов имело решающее значение в ранней диагностике ВИЧ-инфекции.

Только 61,5% (40 человек) ВИЧ-инфицированных больных первой группы после окончания лечения сифилиса в специализированном стационаре обратились в «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» для продолжения или начала наблюдения у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции. В центр обращались чаще те, кто уже наблюдался в центре ранее ($R=0,26$; $p=0,047$), социально адаптированные больные ($R=0,32$; $p=0,031$), больные с высшим образованием ($R=0,27$; $p=0,042$) и больные без психических нарушений ($R=0,4$; $p=0,035$). Больные с диагнозом зависимости ($R=-0,4$; $p=0,041$) и больные, у которых в ходе обследования были выявлены когнитивные нарушения ($R=-0,39$; $p=0,041$), обращались к инфекционисту реже: только 15 из 31 больных с аддиктивными расстройствами (48,3%) и 13 из 28 больных с когнитивными нарушениями (46,7%) обратились к инфекционисту после завершения лечения сифилиса. 25 из 34 больных без аддиктивных расстройств (73,5%; $p=0,037$, в сравнении с больными с аддиктивными расстройствами) и 28 из 37 больных без когнитивных нарушений (75,7%; $p=0,023$, в сравнении с больными с когнитивными нарушениями) обратились за помощью к инфекционисту. Влияние аффективных расстройств на приверженность к наблюдению по поводу ВИЧ-инфекции установлено не было. Отрицательное влияние на приверженность к наблюдению у инфекциониста было установлено у больных, потреблявших психостимуляторы ($R=-0,32$; $p=0,009$), каннабиноиды ($R=-0,31$; $p=0,012$) и алкоголь ($R=-0,3$; $p=0,044$).

Больные первой группы, обратившиеся к инфекционисту после завершения лечения по поводу сифилиса, имели более высокие показатели КЖ по параметрам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ($R=0,26$; $p=0,041$), интенсивности боли ($R=0,27$; $p=0,032$), социального функционирования ($R=0,26$; $p=0,046$), и психического здоровья ($R=0,32$; $p=0,019$).

5.3. Психосоциальные факторы заражения ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом

5.3.1. Психические нарушения и заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом

В анамнезе 51 больного первой группы (78,5%) и 28 больных третьей группы (84,8%) были выявлены психические нарушения и/или нарушения поведения, приводившие к социальной дезадаптации (от 1 месяца до нескольких лет) и рискованному поведению. Подобные эпизоды у больных второй группы встретились статистически значимо реже (18 человек; 36,0%; $p < 0,0001$). Дезадаптация затрагивала естественные сферы жизни человека: заботу о себе и семье, работу (добывание средств к существованию), межличностные отношения. Наиболее частыми проявлениями психических нарушений были потребление наркотиков с признаками зависимости (29 человек или 44,6%; 4 человека или 8,0%; 18 человек 54,5% больных первой, второй и третьей групп, соответственно; $p < 0,0001$ для групп сравнения) и злоупотребление алкоголем (28 человек или 43,1%; 8 человек или 16,0%; 18 человек или 54,5% больных первой, второй и третьей групп, соответственно; $p < 0,001$ для групп сравнения). Различные нарушения поведения (психопатоподобный рисунок поведения) в анамнезе встречались чаще у больных третьей группы (19 человек; 57,6%), в сравнении с больными первой (21 человек; 32,2%) и второй группы (11 человек; 22,0%; $p = 0,003$ для групп сравнения). Нарушения поведения в анамнезе были установлены у пациентов с декомпенсациями личностных расстройств и аддиктивными нарушениями. Аффективные расстройства встретились у больных во всех группах сравнения (16 человек или 24,6%; 6 человек или 12,0%; 7 человек или 21,2% больных первой, второй и третьей групп, соответственно; $p = 0,23$) и ретроспективно были оценены как депрессии психогенного характера различной степени, в том числе приведшие к попыткам суицида у 9,2% (6 человек) и 12,1% (4 человека) больных первой и третьей группы ($p = 0,056$; в сравнении с больными второй группы, больные которой не совершали суицидных попыток). Никто из

больных в эти периоды не обращался за психиатрической, наркологической или психотерапевтической помощью.

Было установлено, что предполагаемое время заражения ВИЧ-инфекцией у подавляющего числа больных третьей группы (78,8%; 26 человек) и более половины больных первой группы (58,5%; 38 человек) совпадало с одним из периодов социальной дезадаптации, сопровождавшимся психическими нарушениями ($p < 0,0001$; в сравнении с больными второй группы). Установлено, что заражение сифилисом пришло на период социальной дезадаптации, сопровождавшийся психическими нарушениями, у 9 больных (18,0%) второй группы (текущее заражение в 12,0% случаев (6 человек) и заражение в анамнезе у больных с уже пролеченным ранее сифилисом и реинфекцией в настоящее время в 6,0% случаев – 3 человека).

Почти половина больных первой группы (31 человек; 47,1%), имевших периоды дезадаптации в анамнезе, были дезадаптированы и на момент обследования ($R = -0,44$; $p < 0,001$). У всех больных первой группы, имевших периоды дезадаптации в анамнезе, во время обследования были выявлены психические расстройства ($R = 0,86$; $p < 0,0001$). Среди психических нарушений чаще всего встречались аддиктивные расстройства (у 37 из числа больных первой группы (51 человек), имевших периоды дезадаптации в анамнезе; 72,5% от числа больных первой группы, имевших периоды дезадаптации в анамнезе; $R = 0,5$; $p < 0,0001$), а именно зависимость от опиатов (F11; у 12 из числа больных первой группы (51 человек), имевших периоды дезадаптации в анамнезе; 23,5%; $R = 0,25$; $p = 0,045$) и алкоголизм (F10; у 21 из числа больных первой группы (51 человек), имевших периоды дезадаптации в анамнезе; 41,2%; $R = 0,36$; $p = 0,003$), и аффективные расстройства (у 27 из числа больных первой группы (51 человек), имевших периоды дезадаптации в анамнезе; 52,9%; $R = 0,28$; $p = 0,026$). 27 из 51 больного, имевших периоды дезадаптации в анамнезе (52,9%), имели когнитивные нарушения на момент обследования ($R = 0,26$; $p = 0,037$).

Нарушения поведения у больных первой группы, имевших периоды дезадаптации в анамнезе, были связаны с низкой приверженностью к наблюдению у инфекциониста ($R=-0,29$; $p=0,021$), безработицей ($R=0,33$; $p=0,007$), использованием услуг коммерческого секса (в том числе с целью заработка денег; $R=0,5$; $p<0,0001$), криминальной деятельностью ($R=0,6$; $p<0,0001$), потреблением опиатов ($R=0,34$; $p=0,006$) и алкоголя ($R=0,44$; $p<0,001$). Ни один больной первой группы с нарушениями поведения в анамнезе не имел высшего образования ($R=-0,34$; $p=0,005$) или высококвалифицированного труда ($R=-0,36$; $p=0,003$). Этим больным чаще выставлялся диагноз расстройства личности (F60; $R=0,25$; $p=0,042$), а также у них была установлена низкая личностно-ситуативная прогностическая компетентность ($R=-0,42$; $p=0,008$).

Заражение ВИЧ-инфекцией в процессе дезадаптации в анамнезе у больных первой группы было связано с высоким уровнем безработицы (24 из 38 (63,2%) больных, у которых был установлен факт заражения ВИЧ в процессе дезадаптации в анамнезе, не имели работы на момент обследования; $R=0,48$; $p<0,0001$), криминальной деятельностью (12 из 38 (31,6%) больных, у которых был установлен факт заражения в процессе дезадаптации в анамнезе, были вовлечены в криминальную деятельность; $R=0,4$; $p<0,001$), вовлечением в услуги коммерческого секса (14 из 38 (36,8%) больных, у которых был установлен факт заражения в процессе дезадаптации в анамнезе, были вовлечены в услуги коммерческого секса; $R=0,29$; $p=0,018$). Ни один больной первой группы, у которых был установлен факт заражения в процессе дезадаптации в анамнезе, не имел высшего образования ($R=-0,44$; $p<0,001$) или высококвалифицированного труда ($R=-0,55$; $p<0,0001$). Наибольшее значение в заражении ВИЧ-инфекцией больными первой группы играли потребление ПАВ ($R=0,64$; $p<0,0001$), в особенности потребление опиатов ($R=0,6$; $p<0,0001$), психостимуляторов ($R=0,43$; $p<0,001$) и алкоголя ($R=0,47$; $p=0,008$), и психопатоподобное поведение ($R=0,52$; $p<0,0001$).

Заражение ВИЧ-инфекцией в процессе дезадаптации в анамнезе у больных первой группы было связано с психическими расстройствами ($R=0,54$; $p<0,0001$), а именно: зависимостью от опиатов ($F11$; $R=0,4$; $p<0,001$), полинаркоманией ($F19$; $R=0,34$; $p=0,006$), алкоголизмом ($F10$; $R=0,38$; $p=0,002$), расстройствами личности ($F60$; $R=0,27$; $p=0,028$). Была установлена связь заражения ВИЧ-инфекцией в процессе дезадаптации и наличия когнитивных нарушений ($R=0,34$; $p=0,005$) и низкой общей прогностической компетентности ($R=-0,35$; $p=0,029$) на момент обследования у больных первой группы.

Ни у одного больного первой группы с установленными ранее периодами дезадаптации, сопровождавшимися психическими нарушениями, не был установлен диагноз расстройства адаптации.

В ходе исследования было выявлено, что эпизоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими нарушениями, были более характерны для МСЖ (12 МСЖ первой группы; 92,3% от числа МСЖ первой группы) и женщин (19 женщин первой группы; 95,0% от числа женщин первой группы) первой группы ($p=0,009$, в сравнении с МСМ первой группы, периоды социальной дезадаптации у которых были установлены у 20 человек – 62,5% от числа МСМ первой группы). Проявления психических нарушений во время периодов дезадаптации у больных первой группы различались в зависимости от пола и сексуального поведения (таблица 38): женщины характеризовались наиболее выраженной наркотизацией ($p<0,001$, в сравнении с мужчинами первой группы). Алкоголизация ($p=0,015$) и нарушения поведения ($p=0,035$) встречались чаще у МСЖ и женщин первой группы (в сравнении с МСМ первой группы, соответственно). Аффективные расстройства выявлялись реже у МСЖ первой группы, но без статистически значимого различия.

Таблица 38. Психические нарушения больных первой группы в периоды социальной дезадаптации (в анамнезе)

Проявления психических нарушений	Женщины (n=20)		МСМ (n=32)		МСЖ (n=13)		Достоверность, р
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Потребление наркотиков	17	85,0%	7	21,9%	5	38,5%	<0,001
Алкоголизация	12	60,0%	8	25,0%	8	61,5%	0,015
Нарушения поведения	9	45,0%	6	18,8%	7	53,8%	0,035
Аффективные расстройства	3	15,0%	7	21,9%	1	7,7%	0,096
Суициды	3	15,0%	2	6,3%	1	7,7%	0,56

Установлено, что заражение ВИЧ-инфекцией в периоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими нарушениями, было более характерно для МСЖ и женщин первой группы (11 МСЖ (84,6%) и 18 женщин (90,0%) первой группы заразились ВИЧ-инфекцией в указанный выше период; $p<0,001$, в сравнении с МСМ первой группы). Заражение ВИЧ-инфекцией было связано с психическими расстройствами только у 28,1% (9 человек) МСМ первой группы.

Больные третьей группы, имевшие периоды дезадаптации в анамнезе, чаще были дезадаптированы и на момент обследования (18 из 28 больных третьей группы, имевшие периоды дезадаптации в анамнезе, были дезадаптированы и на момент обследования; 64,3%), в сравнении с больными, не имевшими периодов дезадаптации в анамнезе (только 1 из 5 больных третьей группы, не имевший периодов дезадаптации в анамнезе, без дезадаптирован на момент обследования; 20,0%; $p=0,016$, соответственно). Периоды дезадаптации в анамнезе у больных третьей группы имели схожие взаимосвязи с психическими нарушениями, как и у больных первой группы: потребление опиатов ($R=0,46$; $p=0,007$), алкоголя ($R=0,49$; $p=0,004$), нарушения поведения ($R=0,49$; $p=0,004$).

Нарушения поведения у больных третьей группы, имевших периоды дезадаптации в анамнезе, имели связь с рискованным сексуальным поведением: коммерческим сексом ($R=0,52$; $p=0,002$), большим количеством сексуальных

партнёров ($R=0,45$; $p=0,009$), ранним началом половой жизни (до 16 лет; $R=0,45$; $p=0,009$). Также нарушения поведения у больных третьей группы были связаны с криминальной деятельностью ($R=0,45$; $p=0,009$), потреблением опиатов ($R=0,45$; $p=0,009$), потреблением психостимуляторов ($R=0,44$; $p=0,01$), потреблением каннабиноидов ($R=0,46$; $p=0,006$) и алкоголизацией ($R=0,38$; $p=0,029$).

Заражение ВИЧ-инфекцией в процессе дезадаптации в анамнезе у больных третьей группы было связано с потреблением ПАВ (23 из числа 26 больных третьей группы, заразившихся ВИЧ в процессе дезадаптации; 88,5%; $R=0,64$; $p<0,001$): в особенности потреблением опиатов ($R=0,57$; $p<0,001$). Ещё одним фактором, связанным с заражением ВИЧ у больных третьей группы было вовлечение в услуги коммерческого секса (12 из числа 26 больных третьей группы, заразившихся ВИЧ в процессе дезадаптации; 46,2%; $R=0,39$; $p=0,024$). Больные третьей группы, заражение ВИЧ у которых было связано с психическими расстройствами, продолжали потребление опиатов ($R=0,43$; $p=0,032$) и алкоголя ($R=0,56$; $p=0,031$), несмотря на выявление ВИЧ-инфекции.

Ни у одного больного третьей группы с установленными ранее периодами дезадаптации, сопровождавшимися психическими нарушениями, не был установлен диагноз расстройства адаптации (F43; $R=-0,88$; $p<0,0001$).

Эпизоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими нарушениями, были выявлены несколько чаще у МСЖ третьей группы (15 МСЖ или 93,8% против 13 женщин или 76,5%; $p=0,17$), но без статистически значимого различия. Различий в проявлениях психических нарушений во время периодов дезадаптации у больных третьей группы установлено не было (таблица 39).

Таблица 39. Психические нарушения больных третьей группы в периоды социальной дезадаптации (в анамнезе)

Проявления психических нарушений	Женщины (n=17)		МСЖ (n=16)		Досто- верность, p
	абс.	%	абс.	%	
Потребление наркотиков	8	47,1%	10	62,5%	0,37
Алкоголизация	10	58,8%	8	50,0%	0,61
Нарушения поведения	10	58,8%	9	56,3%	0,88
Аффективные расстройства	4	23,5%	3	18,8%	0,73
Суициды	3	17,6%	1	6,3%	0,32

Заражение сифилисом у больных второй группы, имевших периоды социальной дезадаптации с психическими расстройствами, было связано с низким уровнем образования (отсутствием специального образования; 6 из 9 больных (66,6%) второй группы, имевших периоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими расстройствами; $R=0,37$; $p=0,007$), вовлечением в услуги коммерческого секса (4 из 9 больных (44,4%), имевших периоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими расстройствами; $R=0,41$; $p=0,003$), потреблением алкоголя (6 из 9 больных (66,6%) второй группы, имевших периоды социальной дезадаптации, сопровождавшиеся психическими расстройствами; $R=0,65$; $p<0,0001$). Ни у одного МСМ второй группы не была установлена связь периодов дезадаптации в анамнезе, сопровождавшихся психическими нарушениями, с заражением сифилисом (такая связь была установлена у 5 (25,0%) МСЖ и 4 (22,2%) женщин второй группы; $p=0,17$, соответственно).

Все больные второй группы, у которых была установлена связь психических нарушений в анамнезе с заражением сифилисом, имели психические нарушения и на момент обследования: преимущественно зависимость от алкоголя (F10; 5 из 9 больных второй группы; 55,6%; $R=0,71$; $p<0,0001$) и расстройство личности (F60; 4 из 9 больных второй группы; 44,4%; $R=0,63$; $p<0,0001$). У больных второй группы с периодами дезадаптации в анамнезе, как и у больных первой и третьей группы, не развивались нозогенные реакции (F43; $R=-0,31$; $p=0,03$).

5.3.2. Способность к прогнозированию рисков у больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом

Антиципация – представление о результате того или иного процесса, возникающее до его реального достижения и служащее средством обратной связи при построении действия (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1990). Под антиципационной состоятельностью (АС; прогностическая компетентность) понимается способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них (Менделевич В.Д., 1996). АС связана с личностными свойствами, характеристиками отношения к себе, а также с особенностями поведения в различных социальных ситуациях (Сумина Н.Е., Ничипоренко Н.П., 2007).

В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств (Менделевич В.Д., 2005). Работы, посвященные антиципационной концепции невротогенеза, выявили ряд закономерностей снижения прогностической компетентности при различных психических заболеваниях (Менделевич В.Д., 2003). Наиболее исследованы на сегодняшний день антиципационные способности при шизофрении (Менделевич В.Д., 1988), органических нарушениях (Скиданенко Т.В., 2003), неврозах и неврозоподобных состояниях (Менделевич В.Д., 2002), эпилепсии (Скиданенко Т.В., 2003), расстройствах личности (Узелевская А.Э., 2002).

Управление рисками представляет собой процесс опознания, оценки риска и, в последующем, разработки стратегии управления риском. Прогнозирование с большой долей точности начала риска, обоснование эффективной технологии управления риском достаточно проблематично (Путченко Л.Б., 2011).

Анализ результатов ТАС в группах сравнения показал, что наибольшей прогностической компетентностью обладали больные второй группы ($p=0,01$ в сравнении с больными первой и третьей группы; таблица 40). Уровень общей антиципационной состоятельности у больных первой и третьей групп практически совпадал и был в среднем несколько выше нормального значения.

Больные первой группы характеризовались самыми низкими значениями прогностической компетентности, которые статистически значимо были ниже нормального показателя (личностно-ситуативная АС – $p=0,015$; пространственная АС – $p=0,035$; временная АС – $p<0,001$). Показатели личностно-ситуативной и пространственной АС во второй и третьей группах практически совпадали. Показатель временной АС у больных второй группы была выше значения больных первой группы, но ниже значения больных третьей группы.

Таблица 40. Антиципационная состоятельность больных в группах сравнения

Типы АС	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	Досто- верность, $p<0,05$	Граница нормы АС
	А	В	Д		
Общая АС	248,3±21,2	259,3±23,6	248,8±45,5	AB, AD	>241
Личностно- ситуативная АС	158,6±17,9	162,5±16,0	162,2±19,3	-	>166
Пространственная АС	50,1±5,8	55,5±7,5	55,6±15,9	AB, AD	>52
Временная АС	37,6±5,4	41,3±7,1	45,4±17,3	AB, AD	>42

Характеристика АС больных первой группы свидетельствует о склонности обследованных больных к нарушениям социальной коммуникации. Сниженные показатели АС отражают внутреннее напряжение и дистанцированность и, как следствие, сложность построения крепких межличностных отношений; недостаточное умение прогнозировать ситуации, связанные с общением, в том числе и сексуальным. Эти личностно-психологические особенности сопряжены с трудностью прогнозирования риска заражения ИППП.

Хорошие показатели общей АС (превышающими нормальный показатель) у больных первой группы были связаны с приверженностью к наблюдению у инфекциониста ($R=0,47$; $p=0,002$), высококвалифицированным трудом ($R=0,51$; $p<0,001$), высшим образованием ($R=0,35$; $p=0,029$). Больные первой группы с высокими показателями общей АС характеризовались прекращением потребления ПАВ: прекратили приём опиатов ($R=0,58$; $p=0,038$) и психостимуляторов ($R=0,6$; $p=0,005$), достигли ремиссии потребления алкоголя

($R=0,66$; $p=0,003$); они реже имели когнитивные нарушения ($R=-0,32$; $p=0,045$), а общий балл КНОКС у них был выше ($R=0,38$; $p=0,016$). Качество жизни больных первой группы по показателям психического компонента здоровья увеличивалось с увеличением значения общей АС по следующим показателям: жизненная активность ($R=0,34$; $p=0,032$), социальное функционирование ($R=0,45$; $p=0,003$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($R=0,37$; $p=0,017$), психическое здоровье ($R=0,39$; $p=0,012$).

Высокие баллы личностно-ситуативной компетентности у больных первой группы также имели связь с приверженностью к наблюдению у инфекциониста ($R=0,51$; $p<0,001$), высококвалифицированным трудом ($R=0,45$; $p=0,003$) и высшим образованием ($R=0,41$; $p=0,008$), прекращением потребления героина ($R=0,56$; $p=0,048$) и психостимуляторов, достижением ремиссии потребления алкоголя ($R=0,62$; $p=0,004$), более высоким общим баллом КНОКС ($R=0,39$; $p=0,013$) и меньшим количеством когнитивных нарушений ($R=-0,3$; $p=0,047$), а также с меньшим вовлечением в криминальную деятельность ($R=-0,39$; $p=0,013$). Качество жизни больных первой группы увеличивалось с увеличением значения личностно-ситуативной компетентности по следующим показателям: социальное функционирование ($R=0,41$; $p=0,009$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($R=0,41$; $p=0,009$), психическое здоровье ($R=0,41$; $p=0,009$).

Анализ АС в первой группе показал, что МСМ характеризовались наилучшей прогностической компетентностью (таблица 41). При этом показатель общей АС у МСМ первой группы был статистически значимо выше нормального уровня ($p=0,002$), а показатели личностно-ситуативной и пространственной АС примерно соответствовали нормальным значениям. У МСМ первой группы выявлено снижение прогностической компетенции только по показателю временной АС ($p<0,001$). МСЖ характеризовались близким к нормальному показателем общей АС и статистически значимым снижением всех других показателей АС в сравнении с нормальными значениями.

Прогностическая компетентность женщин первой группы имела самые низкие показатели.

Таблица 41. Показатели АС МСМ, МСЖ и женщин первой группы

Типы АС	МСМ	p	МСЖ	p	Женщины	p	Граница нормы АС
Общая АС	254,1±22,3	0,002*	241,1±20,2	0,99*	238,5±17,3	0,53*	>241
Личностно-ситуативная АС	164,5±19,7	0,67*	155,3±16,7	0,04*	153,6±15,8	0,002*	>166
Пространственная АС	51,8±5,4	0,84*	49,6±7,5	0,27*	47,8±8,1	0,032*	>52
Временная АС	37,9±4,5	<0,001*	36,3±6,1	0,006*	37,9±4,7	0,001*	>42
*в сравнении с нормальным показателем АС							

Установлено, что больные первой группы без психических расстройств имели более высокие показатели общей, личностно-ситуативной и пространственной АС (таблица 42).

Таблица 42. Показатели АС больных первой группы с психическими нарушениями и без них

Типы АС	Больные с психическими расстройствами	Больные без психических расстройств
Общая АС	246,38±15,14	260,0±8,0
Личностно-ситуативная АС	159,41±13,14	169,83±5,44
Пространственная АС	49,73±4,98	54,83±1,83
Временная АС	37,51±3,59	38,5±4,5

Общая прогностическая компетентность больных второй группы статистически значимо превышала границу нормального значения для всех подгрупп (МСМ, МСЖ, женщины; таблица 43). Наилучшая общая прогностическая компетентность во второй группе была выявлена у МСЖ. Пространственная АС у МСЖ второй группы также статистически значимо превышала границу нормального показателя.

Таблица 43. Показатели АС МСМ, МСЖ и женщин второй группы

Типы АС	МСМ	p	МСЖ	p	Женщины	p	Граница нормы АС
Общая АС	256,9±23,4	0,038*	262,8±22,9	<0,001*	255,5±21,2	0,01*	>241
Личностно-ситуативная АС	161,7±18,3	0,43*	164,2±15,9	0,62*	160,2±14,7	0,11*	>166
Пространственная АС	53,7±6,4	0,38*	58,1±8,0	0,003*	52,9±6,5	0,56*	>52
Временная АС	41,4±6,9	0,77*	40,6±7,6	0,42*	42,4±6,8	0,81*	>42
*в сравнении с нормальным показателем АС							

Установлено, что больные второй группы без психических нарушений имели самый высокий показатель общей АС среди всех обследованных больных (таблица 44; $R=0,36$; $p=0,024$). Показатели личностно-ситуативной и пространственной АС у больных второй группы без психических нарушений также превышали как границу нормального значения, так и аналогичный показатель у больных второй группы с психическими нарушениями. На низкие показатели общей ($R=-0,35$; $p=0,03$) и личностно-ситуативной АС ($R=-0,44$; $p=0,006$) у больных второй группы определённо влияли когнитивные нарушения. Схожая взаимосвязь была установлена и для больных второй группы, с поставленным диагнозом зависимости от алкоголя (F10): показатели общей ($R=-0,39$; $p=0,013$) и личностно-ситуативной АС ($R=-0,41$; $p=0,009$) у них были ниже.

Таблица 44. Показатели АС больных второй группы с психическими нарушениями и без них

Типы АС	Больные с психическими расстройствами	Больные без психических расстройств	p
Общая АС	253,3±25,9	270,0±10,1	0,027
Личностно-ситуативная АС	159,2±18,2	168,3±8,9	0,16
Пространственная АС	53,8±8,3	58,7±4,3	0,029
Временная АС	40,4±7,7	42,9±5,8	0,38

Больные третьей группы характеризовались примерно одинаковым уровнем общей прогностической компетентности у женщин и МСЖ (таблица 45). Значения показателей пространственной АС ($p=0,011$) и временной АС ($p=0,02$) у МСЖ были статистически значимо выше, в сравнении с аналогичными показателями у женщин. Выявлена связь более высоких значений показателя общей АС и социальной адаптации у больных третьей группы ($R=0,35$; $p=0,041$).

Таблица 45. Показатели АС МСЖ и женщин третьей группы

Типы АС	МСЖ	p	Женщины	p	Граница нормы АС
Общая АС	248,8±59,5	0,61*	248,8±15,9	0,062*	>241
Личностно-ситуативная АС	160,2±24,4	0,36*	164,8±9,8	0,62*	>166
Пространственная АС	63,1±16,3	0,016*	45,8±8,6	0,009*	>52
Временная АС	50,8±20,7	0,11*	38,3±7,6	0,062*	>42
*в сравнении с нормальным показателем АС					

5.4. Характеристика личностных особенностей у больных ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом

Результаты опросника Мини-Мульт представлены на диаграмме 33. Все профили обследованных больных были оценены как достоверные. В целом, усреднённые профили больных всех групп сравнения не выходили за нормальный диапазон (30-70 баллов; интерпретация по Собчик Л.Н., 2000; таблица 46). При этом во всех группах сравнения была установлена тенденция к пику по шкале ипохондрии (Hs) и к двойному пику по шкалам психастении (Pt) и шизоидности (Se).

Диаграмма 33. Средние показатели опросника Мини-мульт в группах сравнения

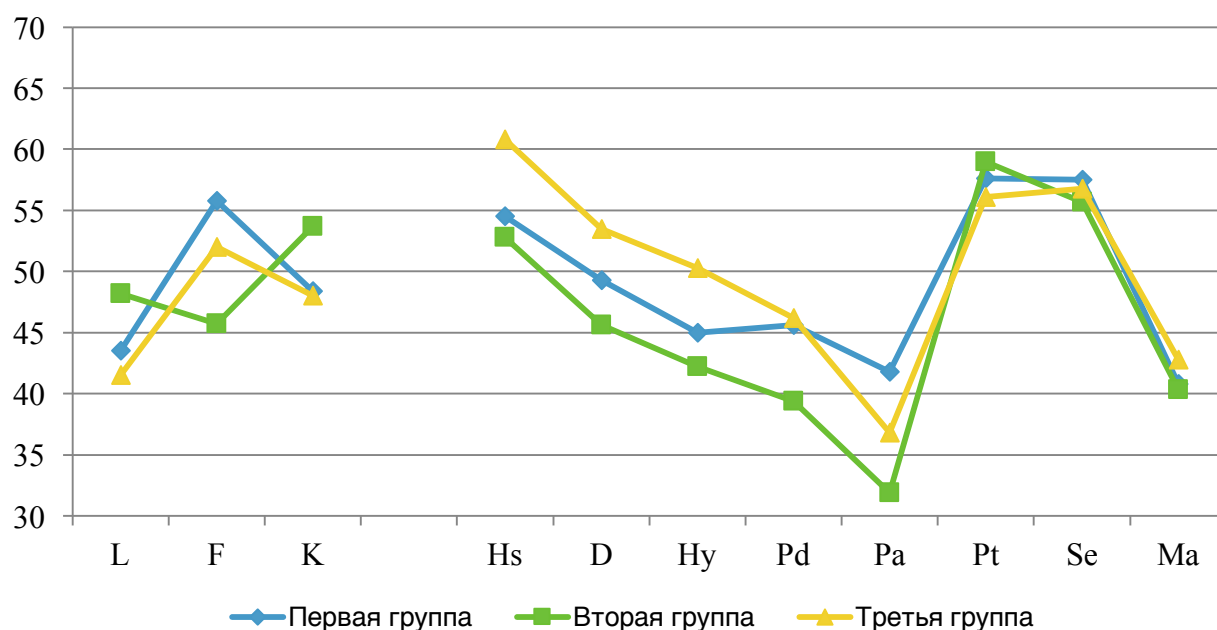


Таблица 46. Средние значения шкал Мини-Мульт у больных в группах сравнения

Шкалы опросника Мини-Мульт	Первая группа	Вторая группа	Третья группа	Досто- верность, $p < 0,05$
	А	В	С	
Ипохондрия (Hs)	54,5±9,6	52,8±7,7	60,8±13,3	AC
Депрессия (D)	49,3±12,3	45,6±11,2	53,5±11,0	BC
Истерия (Hy)	45,0±10,8	42,2±10,2	50,3±10,3	BC
Психопатия (Pd)	45,6±12,0	39,4±12,3	46,2±16,2	AB, BC
Паранойяльность (Pa)	41,8±16,9	31,9±17,7	36,8±17,5	AB
Психастения (Pt)	57,6±9,5	59,0±10,0	56,1±9,8	-
Шизоидность (Se)	57,5±11,3	55,7±12,3	56,8±13,0	-
Гипомания (Ma)	40,8±10,3	40,3±10,6	42,8±11,0	-

Сочетание высокого значения шкалы ипохондрии (Hs) с высокими значениями шкал психастении (Pt) и шизоидности (Se) при низком значении шкалы гипомании (Ma) отражало проблему подавленной враждебности, усиление невротического самоконтроля и соматизацию тревоги. Таким людям свойственны скрытность, неловкость и скованность в общении, а внешняя

жесткость сочетается с внутренне ощущаемым напряжением и ранимостью по отношению к воздействиям среды. Низкие значения по шкале паранойяльности (Pa) во всех группах сравнения говорят о вытеснении агрессивных импульсов и стремлении подчеркнуть свои миротворческие тенденции. Больные характеризовались тенденцией к уходу от решения проблем, эгоцентричностью, маскируемыми декларацией гиперсоциальных установок, эмоциональной незрелостью. Все группы сравнения характеризовались снижением уровня оптимизма и активности, что косвенно свидетельствует о значимости ситуации болезни для обследованных пациентов (низкий показатель шкалы гипомании – Ma).

Больные всех групп сравнения характеризовались смешанным типом реагирования, то есть сочетанием показателей как гипо-, так и гиперстенических свойств, что могло сказываться на общем перенапряжении и проявляться соматизацией внутренних переживаний.

Для больных второй группы была наиболее характерна тенденция, установленная во всех группах сравнения, к соблюдению нравственности и избеганию рискованных поступков (пик по шкале Hs), к хорошему самоконтролю и приверженности общепринятым нормам поведения (низкие показатели шкалы Pd), что противоречило реальному поведению больных. Объяснением этого феномена может являться временное снижение противодействия личности окружающей среде, связанное с ситуацией лечения от угрожающего жизни заболевания, когда первой реакцией после осознания факта заражения является декларирование изменения поведения, приведшего к болезни, что подтверждается низкими показателями шкалы Pa, отражающими избыточную тенденцию к подчеркиванию своих миротворческих тенденций.

Относительное повышение шкалы Pt при стрессе тесно связано с повышенной тревожностью как устойчивой чертой в структуре личностных особенностей индивида и свидетельствует о снижении порога толерантности к стрессу, высокую чувствительность и подвластность средовым воздействиям. Двойной пик по шкалам Pt и Se косвенно свидетельствует о состоянии

хронической социальной дезадаптации и является признаком выраженного комплекса неполноценности или ощущения своей «инакости» в окружающей среде. При этом выявляется проблема заниженной самооценки, чувство собственного несовершенства. Профиль с ведущими шкалами Pt и Se выявляет внутреннюю напряженность, нервозность, отгороженность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, снижение общей продуктивности и может встретиться у лиц, астенизированных длительным эмоциональным перенапряжением или хронически протекающей тяжелой болезнью.

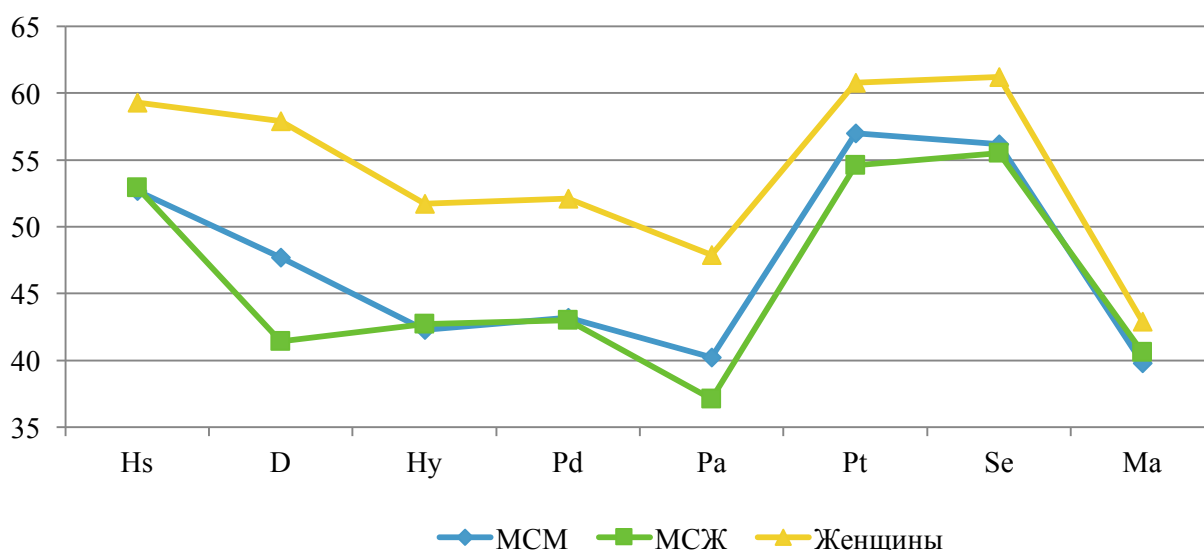
Высокие показатели шкалы Se говорят о сложностях адаптации больных к обыденным формам жизни. Индивидуальность у них настолько выражена, что прогнозировать их поступки, сравнивая с привычными стереотипами, фактически бесполезно. У них недостаточно сформирована реалистическая платформа, базирующаяся на житейском опыте; они больше ориентируются на свой субъективизм и интуицию. То, что для большинства является критической ситуацией, лицами с высокой шкалой Se часто расценивается иначе в силу своеобразия их иерархии ценностей. Ситуация, субъективно воспринимаемая ими как стресс, вызывает состояние растерянности. Лицам данного типа свойственна императивная потребность в свободе субъективного выбора в принятии решений, в отсутствии временных ограничений, что может затруднить их трудовую адаптацию при недостатке терпимости у окружающих и отсутствии у руководителей дифференцированного индивидуально-личностного подхода. В отличие от личностей другого типа, их индивидуалистичность лишь усугубляется при противодействии окружения, что проявляется усилением признаков дезадаптации.

Более высокие значения шкалы депрессии (D) у больных первой группы были связаны с безработицей ($R=0,28$; $p=0,038$), вовлечением в услуги коммерческого секса ($R=0,31$; $p=0,021$), а также с приёмом ПАВ ($R=0,29$; $p=0,03$): продолжением приёма опиатов ($R=-0,58$; $p=0,022$), психостимуляторов ($R=-0,61$; $p=0,006$) и алкоголя ($R=-0,5$; $p=0,019$) после диагностики ВИЧ-

инфекции,. Более высокие значения шкалы психопатии (Pd) у больных первой группы были связаны с низкой приверженностью к наблюдению у инфекциониста ($R=-0,29$; $p=0,03$) и потреблением опиатов ($R=0,28$; $p=0,037$) и алкоголя ($R=0,45$; $p=0,035$). Потребление алкоголя было также связано с высокими значениями шкал паранойальности (Pa; $R=0,3$; $p=0,027$).

Средние значения шкал Мини-Мульт у мужчин и женщин первой группы не имели статистически значимых значений при тенденции к более высоким значениям профиля у женщин, что может говорить о переживаниями женщинами более сильного стресса и эмоционального напряжения (диаграмма 34).

Диаграмма 34. Средние значения шкал Мини-Мульт у МСМ, МСЖ и женщин в первой группе.



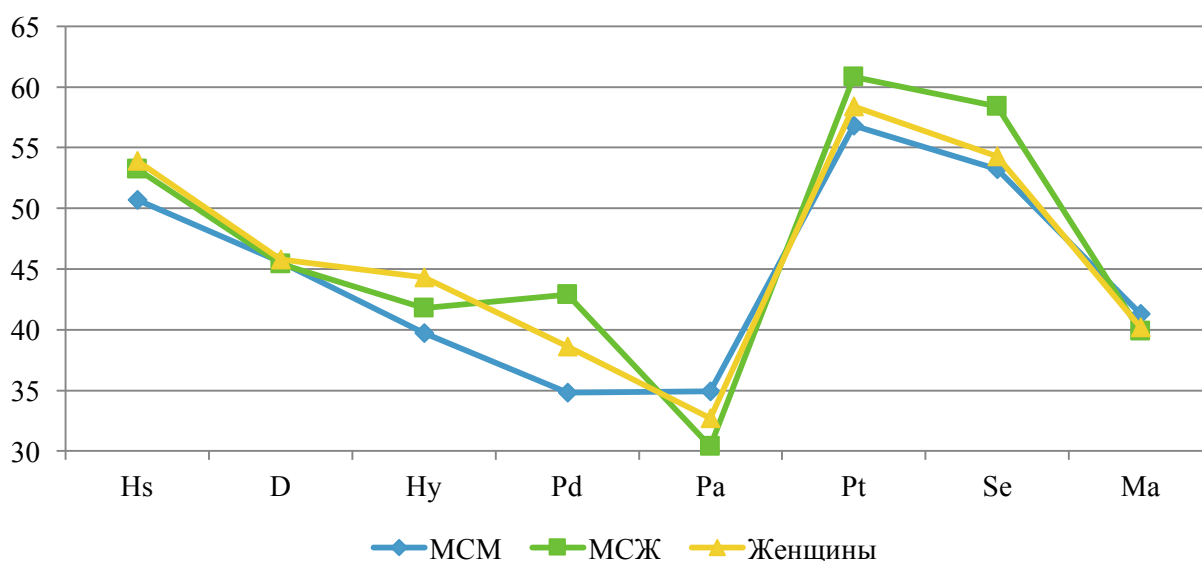
Установлено, что больные первой группы без психических расстройств характеризовались средними значениями шкал Мини-Мульт, имевшими тенденцию к снижению, в сравнении со средними значениями шкал больных первой группы с психическими расстройствами (таблица 47).

Таблица 47. Показатели шкал Мини-Мульт у больных первой группы с психическими расстройствами и без них

Шкалы опросника Мини-Мульт	Больные первой группы с психическими расстройствами	Больные первой группы без психических расстройств	Досто- верность, р
Ипохондрия (Hs)	56,1±9,7	48,2±6,6	0,008
Депрессия (D)	52,1±14,1	38,3±8,7	0,002
Истерия (Hy)	47,5±12,7	34,9±6,7	0,001
Психопатия (Pd)	46,8±12,8	40,8±6,6	0,12
Паранойяльность (Pa)	45,0±16,6	30,1±11,4	0,004
Психастения (Pt)	58,4±9,7	54,3±7,9	0,25
Шизоидность (Se)	58,6±11,7	52,9±8,6	0,17
Гипомания (Ma)	41,5±10,0	38,1±11,5	0,45

Различий в профилях мужчин и женщин второй группы установлено не было (диаграмма 35).

Диаграмма 35. Средние значения шкал Мини-Мульт у МСМ, МСЖ и женщин во второй группе



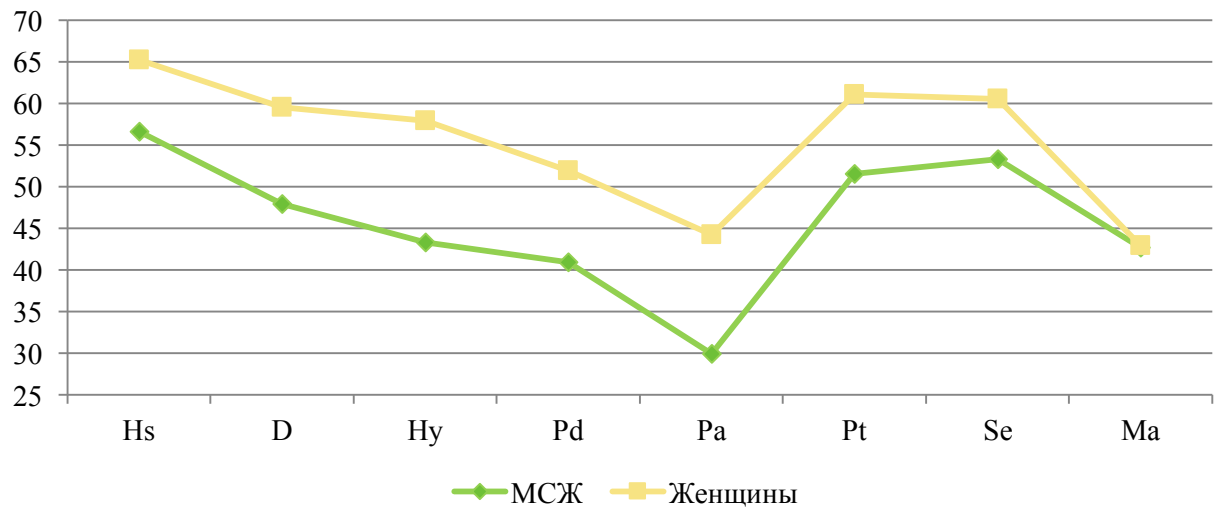
Больные второй группы без психических нарушений характеризовались схожей тенденцией с больными без психических нарушений первой группы: средние значения шкал Мини-Мульт у них были ниже, в сравнении с больными второй группы с психическими расстройствами (таблица 48).

Таблица 48. Показатели шкал Мини-Мульт у больных второй группы с психическими расстройствами и без них

Шкалы опросника Мини-Мульт	Больные второй группы с психическими расстройствами	Больные второй группы без психических расстройств	Досто- верность, р
Ипохондрия (Hs)	54,5±8,4	50,8±6,2	0,15
Депрессия (D)	50,8±11,6	39,1±6,5	<0,001
Истерия (Hy)	45,6±9,6	37,9±9,6	0,003
Психопатия (Pd)	42,1±12,2	36,0±11,9	0,21
Паранойяльность (Pa)	35,8±21,4	27,1±10,1	0,31
Психастения (Pt)	63,0±10,1	54,0±7,3	0,001
Шизоидность (Se)	61,1±13,3	48,9±6,4	<0,001
Гипомания (Ma)	44,4±10,5	35,3±8,6	0,003

Женщины третьей группы имели тенденцию к более высоким значениям шкал Мини-Мульт в сравнении с МСЖ третьей группы (тенденция была схожа с таковой у больных первой группы; диаграмма 36).

Диаграмма 36. Средние значения шкал Мини-Мульт у МСЖ и женщин в третьей группе



ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в мире регистрируется эпидемия сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией (Martinelli C.V., Tognetti L., Colao G. et al., 2012). Оба заболевания имеют сходные факторы риска, биологические характеристики возбудителей, источник заражения, механизмы и пути передачи (Родионов А.Н., 2007). Психические нарушения, возникающие при монозаболеваниях ВИЧ-инфекцией и сифилисом, описаны в литературе (Халезова Н.Б., 2011; Окружнова Т.В., 2002), однако вопрос психических нарушений при сочетанных ВИЧ-инфекции и сифилисе остаётся не изученным.

Нами было проведено исследование, задачами которого явились изучение психических расстройств, установление факторов, влияющих на развитие психических расстройств, определение личностно-психологических особенностей, включая рискованное поведение и качество жизни, выявление особенностей когнитивных нарушений у больных сочетанными ВИЧ-инфекцией и ранним сифилисом.

В ходе научной работы был проведён ретроспективный анализ 953 историй болезней пациентов СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, получавших лечение в 2013 г., были обследованы 148 больных (65 ВИЧ-инфицированных больных разными формами раннего сифилиса, 50 ВИЧ-негативных больных разными формами раннего сифилиса, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ ГорКВД в 2013-2015 гг., и 33 ВИЧ-инфицированных больных серонегативных по сифилису, получавших лечение в Клинической инфекционной больнице имени С.П. Боткина). После завершения клинического этапа исследования был проведён анализ амбулаторных карт обследованных больных в «Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Обследование больных было комплексным и включало клиническую беседу, экспериментально-психологические методики, использование психометрических шкал.

В ходе первого этапа нашего исследования была прослежена взаимосвязь особенностей психических расстройств и рискованного поведения. Была установлена высокая частота аддитивных нарушений и психопатоподобного поведения у больных с ассоциированными шизофренией и ВИЧ, что соответствовало данным литературы (Халезова Н.Б., 2011). В ходе нашего исследования установлено, что у большинства больных шизофренией заражение ИППП произошло в период до манифестации психоза на фоне психопатоподобного поведения, что свидетельствует о целесообразности психосоциальных вмешательств уже на продромальном этапе заболевания. Наличие психопатоподобных расстройств в структуре психопатологической картины, различных вариантов рискованного поведения, низкой приверженности к терапии является характерной особенностью больных шизофренией и органическим заболеванием головного мозга с коморбидной ВИЧ-инфекцией, что отличает их от аналогичного контингента психически больных с сифилисом. ВИЧ-инфекция в большей степени, чем сифилис, сопряжена с усугублением течения психических расстройств.

Существуют три основных пути передачи ВИЧ инфекции: половой, парентеральный, вертикальный (от матери к плоду). В нашем исследовании не встретился вертикальный вид заражения ВИЧ-инфекцией. Половой и парентеральный пути передачи могут быть реализованы в рамках рискованного поведения. Реализация факторов риска заражения ИППП может происходить как вследствие патологических черт характера, так и психического заболевания (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007). В литературе отдельно выделяется рискованное сексуальное поведение (Avalos L.A., Mertens J.R., Ward C.L. et al., 2010). Все обследованные ВИЧ-инфицированные больные ранним сифилисом характеризовались рискованным поведением, а рискованное сексуальное поведение было неразрывно связано с потреблением ПАВ.

Наиболее подверженными сочетанному заражению ВИЧ-инфекцией и сифилисом по данным литературы являются мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ; Lim R.B.T., Tan M.T., Young B. et al., 2013). В Европе растёт

число первичных случаев выявления ВИЧ среди MSM в возрастной группе до 25 лет (Burchell A.N., Allen V.G., Moravan V. et al., 2013). 13-20% случаев первичного выявления ВИЧ среди MSM в Европейских странах сопровождается также выявлением сифилиса (Diaz A., Junquera M.L., Esteban V. et al., 2009; Burchell A.N., Allen V.G., Moravan V. et al., 2013; Jakopanec I., Grjibovski A.M., Nilsen Ø. et al., 2013), в Канаде сифилис диагностируется у 21% ВИЧ-положительных MSM (Burchell A.N., Allen V.G., Moravan V. et al., 2013). Проведённое нами исследование подтвердило преобладающую долю MSM среди заболевших мужчин именно сочетанием ВИЧ-инфекции и сифилиса (71,1% обследованных мужчин, инфицированных ВИЧ и сифилисом, относились к MSM, в то время как больных сифилисом мужчин к MSM относились только 37,5%, а среди ВИЧ-инфицированных серонегативных по сифилису MSM не встретились). При этом стоит отметить настораживающую тенденцию, когда обследованные MSM делились переживаниями, что встретили на отделении других MSM, контакты с которыми были у них ранее (во всех случаях больные не интересовались наличием инфекционных заболеваний у сексуальных партнёров).

ВИЧ-инфицированные MSM, практикующие поиск партнёров по их серопозитивному статусу, имеют трехкратный риск заражения другими ИППП, а 35% ВИЧ-положительных MSM болели другими ИППП за последние 12 месяцев, в то время как этот показатель среди ВИЧ-негативных MSM находится на уровне 7% (Marcus U., Schmidt A.J., Hamouda O., 2011). В нашем исследовании 25,0% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом MSM имели в анамнезе случаи заражения ИППП, а 29,4% MSM первой группы, знавшие о ВИЧ-положительном статусе использовали «серосортинг» в процессе поиска сексуального партнёра, ища также ВИЧ-инфицированных MSM. По данным литературы, до 52,4% ВИЧ-инфицированных не сообщают о заболевании сексуальным партнёрам (Lunze K., Cheng D.M., Quinn E. et al., 2013). В нашем исследовании 70,6% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом MSM первой

группы, знавшие о диагнозе ВИЧ, не сообщали случайным сексуальным партнёрам о заболевании.

Более 60% бактериальных инфекций, передающихся преимущественно половым путём (ИППП) передаются посредством орального секса, который, как правило, считается более безопасным относительно передачи ВИЧ, а ВИЧ-позитивные мужчины, вступающие во множественные случайные контакты, чаще практикуют незащищённые анальные контакты (Marcus U., Bremer V., Hamouda O. et al., 2006). В нашем исследовании установлено, что ВИЧ-инфицированные больные сифилисом MSM с высочайшей частотой вступают в незащищённых оральные (100%) и анальные (87,5%) контакты.

Более половины ВИЧ-инфицированных больных сифилисом MSM сообщили, что не имеют поддержки со стороны близких и семьи, что больные объясняли не готовностью близких принять сексуальную ориентацию обследованных. Социальная стигматизация может усиливать рискованное поведение (Stahlman S., Grosso A., Ketende S. et al., 2015). Стигматизация сексуальной ориентации больных обществом и близкими могла явиться дополнительным фактором, усиливающим рискованное поведение и самоизоляцию обследованных больных.

Часть ВИЧ-инфицированных больных сифилисом MSM состояли на момент обследования в браке (12,5%) и практиковали сексуальные контакты с представителями обоих полов. ВИЧ-инфицированные больные сифилисом MSM, практикующие сексуальные контакты с женщинами, могут быть «мостиком» передачи ИППП между MSM и гетеросексуальными женщинами, возможно не вовлечёнными самостоятельно в рискованное поведение.

В последние десятилетия проблематика риска и рискованного поведения всё больше привлекает внимание специалистов из различных областей и становится предметом научных исследований (Шаболтас А.В., 2015). Однако на сегодняшний день нет чёткого определения термина рискованного поведения, в связи с чем под рискованным поведением мы понимали такое

поведение, которое вероятно могло привести к заражению ВИЧ-инфекцией или сифилисом и оценивали его клинически.

Традиционно, к факторам риска заражения ВИЧ-инфекцией относят потребление ПАВ и рискованное сексуальное поведение. В ходе нашего исследования была установлена высокая взаимосвязь обоих этих факторов в когорте ВИЧ-инфицированных больных сифилисом.

Большинство обследованных на втором этапе исследования больных относились к работоспособному возрасту (78,1%, 84,0% и 84,8% больных первой, второй и третьей групп, соответственно, были в возрасте 20-39 лет).

В наше исследование были включены больные с установленным диагнозом нейросифилиса (подтверждённым люмбальной пункцией). Их процентное соотношение значительно превосходило обычную встречаемость заболевания нейросифилисом, установленную по формам годовой статистической отчетности – 2,5% (№9 «Отчет о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой», №34 «Сведения о больных с заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой»), так как нами специально отбирались больные с установленным повреждением ЦНС бледной трепонемой с целью оценки влияния такового повреждения на клиническую картину психических расстройств.

Установлено, что ВИЧ-инфицированные больные первой и третьей групп статистически значимо чаще имели коморбидное заражение гепатитами В и С, в сравнении с ВИЧ-негативными больными сифилисом. Чаще всего другие ИППП выявлялись в анамнезе у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом ($p=0,033$). Эти результаты согласуются с данными литературы о более высокой вероятности коморбидного заражения и другими ИППП, включая гепатиты, в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом (Zetola N.M., 2007).

Социальная адаптация ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом была оценена как низкая в 41,5% случаев. Социальную адаптацию оценивали

клинически, понимая под этим термином совокупность социальных показателей: отсутствие постоянного места работы, отсутствие специального образования, криминальную деятельность, отсутствие поддержки со стороны близких и семьи (по самооценке больных). Отсутствие работы – известный риск заражения ИППП (Quaglio G., Lugoboni F., Pattaro C. et al., 2006). Самый низкий уровень социальной адаптации был установлен у ВИЧ-инфицированных больных третьей группы. Это может быть объяснено длительным приёмом ПАВ. Для второй группы было характерно наибольшее число больных, занимавшихся высококвалифицированным трудом и получивших высшее или специальное образование, а показатель вовлечения в криминальную деятельность у больных второй группы был наименьшим.

Установлены статистически значимые различия в уровне социальной адаптации ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом в зависимости от пола и сексуального поведения. Наиболее низкой социальной адаптацией характеризовались женщины, а наилучшая адаптация была выявлена у MSM. Эти различия могут быть объяснены исходя из особенностей рискованного поведения. Женщины характеризовались наиболее выраженным аддиктивным поведением (инъекционное потребление наркотиков в 85,0% случаев), в то время как удельный вес потребления наркотиков и характер потребления MSM ПАВ был «мягче», и существенно реже приводил к формированию зависимостей. Раннее начало внутривенного потребления наркотиков женщинами не позволило получить образование и социализироваться, обусловило высокую частоту вовлечения в услуги коммерческого секса (30,0%) и криминальную деятельность (40,0%). Преобладание рискованного сексуального поведения у MSM (высокая частота случайных незащищённых половых контактов) не повлияло на возможность развития и получения образования. Обследованные ВИЧ-инфицированные больные сифилисом MSM чаще других больных имели высшее образование (31,3%) и работали на высококвалифицированных должностях (40,6%).

По данным литературы, женщины являются наиболее уязвимой группой в отношении рисков вовлечения в эпидемию ВИЧ-инфекции (Сизова Н.В., Самарина А.В., Ефимов Г.А., 2013). Наиболее социально дезадаптированными и менее самостоятельными являются женщины с опытом потребления опиатов в анамнезе (Сафонова П.В., Рассохин В.В., Диклементе Р.Дж. и др., 2014). Опыт наркопотребления у женщин является дополнительным фактором риска по распространению ВИЧ-инфекции в популяции (Плавинский С.Л., Баринова А.Н., Ерошина К.М. и др., 2012). Женщины потребители инъекционных наркотиков находятся в большем риске заражения ВИЧ, чем мужчины-наркоманы (Des Jarlais D.C., Feelemyer J.P., Modi S.N. et al., 2012). Наркозависимые женщины чаще вовлекаются в услуги коммерческого секса как средства заработка на наркотик по сравнению с наркозависимыми мужчинами (Tyndall M.W., Patrick D., Spittal P. et al., 2002; Des Jarlais D.C., Feelemyer J.P., Modi S.N. et al., 2012). В ходе нашего исследования установлено, что высокий уровень криминальной деятельности у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин связан с отсутствием работы или занятостью в услугах коммерческого секса, низким уровнем образования.

Важно отметить, что в ходе нашего исследования различия в социальном статусе в зависимости от пола и сексуального поведения были установлены только у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Больные сифилисом второй группы не имели различий совсем, а для ВИЧ-инфицированных больных третьей группы статистически значимым был только показатель вовлечения в криминальную деятельность: таковая у женщин установлена не была ($p=0,002$).

В литературе встречаются данные о росте числа ВИЧ-инфицированных гетеросексуалов, особенно женщин (Krawczyk C.S., Funkhouser E., Kilby J.M. et al., 2006), у которых не находят факторов риска заражения ВИЧ: по данным G. Quaglio этот показатель доходит до 28% у мужчин и 70% у женщин (Quaglio G., Lugoboni F., Pattaro C. Et al., 2006). Однако в ходе нашего исследования у всех ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом были установлены

признаки рискованного поведения, предшествовавшего заражению. Только у 17,6% ВИЧ-инфицированных женщин третьей группы не были выявлены признаки рискованного поведения.

Наименее выраженным рискованным поведением характеризовались больные сифилисом второй группы: они позже начинали половую жизнь, реже потребляли ПАВ, реже вступали в сексуальные контакты в состоянии опьянения, реже потребляли услуги коммерческого секса. Однако все больные второй группы вступали в незащищённые сексуальные контакты в течение жизни.

Особенностью ВИЧ-инфицированных больных сифилисом было самое большое число обследованных, регулярно вступавших в гомосексуальные контакты, что подтверждает описанную выше опасную эпидемиологическую ситуацию по сочетанному заражению ВИЧ-инфекцией и сифилисом в данной когорте больных.

Рискованное поведение у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом было представлено как аддиктивными нарушениями, так и рискованным сексуальным поведением. Нам не удалось разделить рискованное поведение у обследованных больных на доминирующие подтипы (рискованное аддиктивное поведение и рискованное сексуальное поведение), так как все варианты рискованного поведения у обследованных больных первой группы были взаимосвязаны. Однако следует отметить, что наиболее ярким проявлением рискованного поведения ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин явилось потребление инъекционных наркотиков, в то время как этот показатель у MSM был статистически значимо ниже ($p=0,001$). Известно, что женщины, потребляя ПАВ, часто практикуют незащищенный секс (Abdala N., Hansen N., Toussova O. et al., 2012). MSM первой группы характеризовались наименее выраженным рискованным поведением, связанным с потреблением ПАВ: реже потребляли алкоголь, реже вступали в сексуальные контакты в состоянии опьянения.

По данным M.M. Mitchell и W.W. Latimer (2009) женщины-инъекционные наркоманы чаще вовлекаются в коммерческий секс, в то время как мужчины-инъекционные наркоманы чаще вступают в случайные контакты. Эти данные были подтверждены в ходе нашего исследования: ВИЧ-инфицированные больные сифилисом женщины статистически значимо чаще имели опыт вовлечения в услуги коммерческого секса с целью заработка денег или обмена сексуальных услуг на наркотик ($p=0,004$), в то время как мужчины, занимающиеся сексом с женщинами (МСЖ) статистически значимо чаще являлись потребителями услуг коммерческого секса ($p<0,001$).

Оценивая рискованное поведение больных за последние 6 месяцев, можно сделать вывод о превалирующих формах рискованного сексуального поведения у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом мужчин, для которых были свойственны большое количество половых партнёров ($6,85\pm 8,6$ и $3,62\pm 3,12$ для MSM и МСЖ первой группы, соответственно; $p<0,001$ в сравнении с женщинами первой группы – $0,84\pm 0,96$), высокая частота незащищённых вагинальных/анальных и оральных контактов. Стоит отметить, что незащищённый оральный секс был характерен для всех MSM первой группы, в то время как среди МСЖ и женщин первой группы он был гораздо менее популярен.

Особенностью больных второй и третьей групп стало то, что наименее выраженным рискованным поведением за последние 6 месяцев характеризовались женщины. Наиболее выраженным рискованным поведением за последние 6 месяцев характеризовались MSM второй группы и МСЖ третьей группы. У больных второй и третьей группы сохранялась тенденция, установленная в первой группе: женщины третьей группы использовали коммерческий секс как средство заработка, в то время как МСЖ второй и третьей групп статистически значимо чаще являлись потребителями коммерческого секса (в сравнении с женщинами).

Изменение рискованного поведения в течение жизни было более характерно для ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин. По мере

прекращения наркотизации и полного отказа от ПАВ, в том числе и после выявления ВИЧ-инфекции, или замены наркотика в структуре зависимости на алкоголь, обследованные женщины значительно сократили количество сексуальных контактов (в том числе и за счёт прекращения сексуальной коммерческой деятельности). Эти результаты несколько противоречат имеющимся данным о том, что именно женщины зачастую продолжают практиковать рискованное поведение после того, как узнают о диагнозе ВИЧ (Женщина, ребенок и ВИЧ., 2012; Amirkhanian Y., Kelly J., Kuznetsova A. et al., 2001).

В целом, больше половины обследованных первой группы имели постоянного полового партнёра в течение последних 6 месяцев, предшествующих обследованию, но мужчины характеризовались высокой частотой случайных половых связей в этот период (среднее количество случайных половых партнёров было больше 3 у МСЖ и больше 6 у МСМ; 62,5% МСМ и 46,2% МСЖ имели более 4 половых партнёров за этот период). Стоит отметить, что у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин и МСЖ частота незащищённых сексуальных контактов в состоянии алкогольного или наркотического опьянения значительно уменьшилась со временем (с 80,0% и 53,9% в течение жизни до 20,0% и 30,8% за последние 6 месяцев для женщин и МСЖ, соответственно), в то время как для МСМ этот показатель был относительно стабилен (31,3% в течение жизни и 28,1% за последние 6 месяцев). Это ещё раз подтверждает описанные выше изменения рискованного поведения у женщин первой группы. На наш взгляд, на снижение показателя сексуальных контактов в состоянии опьянения повлияло преимущественно снижение удельного веса потребления ПАВ у обследованных больных.

Психические нарушения были выявлены у большинства обследованных ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Этот показатель составил 83,1% от числа обследованных и соответствовал данным литературы о частоте психических заболеваний у ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (85,6%; Халезова Н.Б., 2011), но был выше оцененной распространённости психических

нарушений у больных сифилисом (68%; Окружнова Т.В., 2002). С учётом установленного взаимного влияния этих заболеваний друг на друга с утяжелением клинической картины (Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H., 2015), а также того факта, что оба возбудителя способны проникать в головной мозг уже на ранних сроках заболевания (Комкина Н.Г., Назаренко Н.В., Прохожев А.Ю. и др., 2001; Беляков Н.А., Медведев С.В., Трофимова Т.Н. и др., 2012), перед нами стоял вопрос о потенциальном утяжелении картины психических нарушений в случае сочетанного заражения. Однако различие в частоте психических расстройств между ВИЧ-инфицированными больными ранним сифилисом и ВИЧ-инфицированными больными ранним нейросифилисом было установлено только в случае нозогенных реакций: у больных нейросифилисом они развивались чаще (46,4% и 21,6% для ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом и ранним сифилисом, соответственно, $p=0,034$). С учётом того, что во второй группе (больные сифилисом) поражение ЦНС бледной трепонемой влияло на развитие у больных органического поражения головного мозга с психоорганическим синдромом и аффективными нарушениями, можно сделать вывод, что заболевание ранним нейросифилисом имеет значение в развитии психических нарушений органического генеза, однако вес этого фактора недостаточен в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией и нейросифилисом и может иметь лишь дополнительное значение в развитии психических расстройств, а ключевым фактором является заболевание ВИЧ-инфекцией. Частота психических расстройств в первой группе различалась в зависимости от пола и сексуального поведения, то есть зависела скорее от поведенческих характеристик, нежели от биологических факторов.

В настоящем исследовании нами не были установлены диагнозы психических расстройств шизофренического спектра, это может быть объяснено тем фактом, что на базе ГорКВД, где проводилось обследование больных, развёрнуто отдельное специализированное психосоматическое отделение. Ограничением нашего исследования была возможность обследования только больных дерматовенерологического стационара с

обычным наблюдением.

В структуре психических расстройств ВИЧ-инфицированных больных сифилисом доминировали аффективные нарушения различного генеза и аддиктивная патология.

Роль аддиктивных расстройств в заражении ИППП известна. Злоупотребление ПАВ усиливает рискованное сексуальное поведение (Latkin S.A., Curry A.D., Hua W. et al., 2007; Schuster R., Bornovalova M., Hunt E., 2012), имеет ключевое влияние на принятие решения об участии в рискованном сексуальном поведении (Yan A.F., Chiu Y., Stoesen C.A. et al., 2007) и относится к числу причинных факторов, определяющих вероятность заражения ИППП (Сафьянникова А.А., 2010).

Нами была выявлена высокая частота аддиктивной патологии у больных сочетанными ВИЧ-инфекцией и сифилисом, что соответствует современному пониманию источников эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге (Eritsyan K., Heimer R., Barbour R. et al., 2013). В нашем исследовании потребление наркотиков было более характерно для ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин ($p=0,04$), в то время как в более ранних исследованиях (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007) диагноз синдрома зависимости от наркотика чаще выставлялся ВИЧ-инфицированным мужчинам. Внутривенное потребление наркотиков (опиаты и психостимуляторы) больными первой группы было связано с низким социальным статусом, высоким уровнем коморбидного заражения гепатитом С. Потребление психостимуляторов было связано с рискованным сексуальным поведением. Прекращение потребления наркотических средств благоприятно влияло на улучшение социальной адаптации больных.

Известно, что алкогольное опьянение потенциально увеличивает передачу ВИЧ путем повышения рискованного поведения (Walley A.Y., Krupitsky E.M., Cheng D.M. et al., 2008; Baliunas D., Rehm J., Irving H. et al., 2010; Shuper P.A., Neuman M., Kanteres F. et al., 2010), увеличивает риск незащищённого сексуального контакта (Rehm J., Shield K.D., Joharchi N. et al., 2012) и, как результат, заражения ИППП (Wray T.B., Simons J.S., Maisto S.A., 2015).

Исследования показали, что злоупотребляющие алкоголем чаще вовлечены в ВИЧ-рискованное поведение (включая инъекционное потребление наркотиков, обмен секса на деньги/наркотики и незащищённый анальный секс), в сравнении с потребляющими алкоголь без злоупотребления (Wen X.J., Balluz L., Town M., 2012).

Зависимость от алкоголя в нашем исследовании имела наивысшую частоту в структуре аддиктивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом (32,3%). Большой удельный вес алкоголизма объясняется тем, что больные с зависимостями от других ПАВ после прекращения их приёма формировали зависимость от нового вещества – алкоголя.

Особенностью нашего исследования стал анализ аддиктивного поведения исходя из пола и сексуального поведения больных. Была зарегистрирована высокая частота незащищённых сексуальных контактов в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, что соответствует данным литературы о связи незащищённых сексуальных контактов и внутривенного потребления наркотиков (Abdala N., Hansen N., Toussova O. et al., 2013). У МСМ (и, в меньшей степени, МСЖ) первой группы была установлена с высокой частотой сексуальная нехимическая аддикция (компульсивное сексуальное поведение). При этом были выявлены различия в характере потребления наркотиков во время сексуального рискованного поведения. Если часть женщин вступала в сексуальные контакты с целью заработка денег на покупку следующей дозы наркотического вещества, то МСМ принимали наркотик перед сексуальным контактом с целью подъёма настроения, снижения тревоги и усиления сексуальности.

Уровень потребления алкоголя в популяции МСМ по данным литературы достигает 84%, а случаи злоупотребления регистрируются у 57% МСМ (Finlayson T.J., Le B., Smith A. et al., 2008). Встречаемость случаев злоупотребления алкоголем у МСМ выше (50%), чем в популяции (25% мужчин). МСМ, злоупотребляющие алкоголем, чаще вступают в незащищённые сексуальные контакты, чаще используют секс как средство заработка и обмена

его на наркотики. Рискованное поведение возрастает с увеличением числа эпизодов злоупотребления алкоголем за последний месяц. (Hess K.L., Chavez P.R., Kanny D. et al., 2015) Эти данные свидетельствуют о том, что факт злоупотребления алкоголем влияет не только на решение использовать, или нет, презерватив во время секса, но также связан с широким спектром рискованного поведения. В нашем исследовании уровень потребления алкоголя у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом МСМ был ниже, чем у женщин и МСЖ. Это несоответствие данным литературы можно объяснить тем фактом, что женщины и МСЖ замещали зависимость от алкоголя зависимостью от другого наркотика, в то время как для МСМ такое поведение не было характерно. ВИЧ-инфицированные больные сифилисом МСМ использовали алкоголь как ведущее потребляемое вещество.

Внутривенное потребление наркотиков остаётся важным фактором новых заражений ВИЧ (Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. et al., 2012), при этом риск заражения ВИЧ выше у женщин инъекционных наркоманов, в сравнении с мужчинами (Asher A.K., Hahn J.A., Couture M.C. et al., 2013). Аддикция к химическому веществу коррелирует с такими негативными последствиями, как депрессия, тревога и злость (Aharonovich E., Nguyen H.T., Nunes E.V., 2001; Liang W., Chikritzhs T., Lenton S. et al., 2011), которые, в свою очередь, являются индикаторами дезадаптивной сексуальной жизни (Bozman A.W., Beck J.C., 1991; Bancroft J., Janssen E., Strong D. et al., 2003; Muscatello M.R., Bruno A., Scimeca G. et al., 2010; Carvalho J., Nobre P., 2011). Наркозависимые имеют более толерантное отношение к сексуальности и ее правилам, а также обладают трудностями в адаптивном выражении сексуальных импульсов (Bruno A., Scimeca G., Marino A.G. et al., 2012). Нами установлена непосредственная роль инъекционного потребления наркотиков женщинами и МСЖ в заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом, что соответствовало выводам L. Keen о связи инъекционного потребления наркотиков с риском заражения ВИЧ у гетеросексуальных мужчин и женщин (Keen L., Dyer T.P., Whitehead N.E., 2014). Роль химического аддиктивного поведения в заражении этими

заболеваниями у МСМ была оценена как опосредованная, проявившаяся у них в усилении рискованного поведения и влиявшая на реализацию полового пути заражения. Условия для заражения ИППП МСМ первой группы формировало компульсивное сексуальное поведение (сексуальная нехимическая аддикция). Психостимуляторы характеризуются повышением либидо и сексуального удовлетворения (Semple S.J., Zians J., Strathdee S.A. et al., 2009), в то время как опиаты и марихуана снижают мотивацию к сексуальному акту и возможность достижения оргазма (Johnson S.D., Phelps D.L., Cottler L.B. et al., 2004). Полученные данные свидетельствуют о необходимости дополнительной разъяснительной и психообразовательной работы с МСМ с целью профилактики приёма ПАВ перед сексуальными контактами и дополнительного разъяснения важности использования презервативов. Подтверждена ключевая роль инъекционного потребления наркотических веществ в заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Внутривенное потребление наркотиков является и остается одним из основных факторов риска распространения ВИЧ-инфекции в России (ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге..., 2012; Krupitskiy E., Zvartau E., Karandashova G. et al., 2004). Потребители инъекционных наркотиков нуждаются в комплексном оказании помощи как психиатрами, так и наркологами.

В ходе нашего исследования была установлена высокая частота компульсивного сексуального поведения (сексуальной аддикции; Егоров А.Ю., 2007) у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом МСМ. В настоящее время сексуальные аддикции не входят в МКБ, в связи с чем такой диагноз не был поставлен нами ни в одном случае, однако мы считаем, что данная нехимическая аддикция значимо влияла на заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом у МСМ первой группы.

Депрессивные и тревожно-депрессивные состояния различного генеза были выявлены у 53,8% больных первой группы, наши результаты совпадали с общемировыми данными по встречаемости депрессии у ВИЧ-инфицированных (Silveira M.P. et al., 2012; Charles B. et al., 2012; Pappin M. et al., 2012).

Особенностью нашего исследования, в отличие от большинства зарубежных, было то, что мы не только выявили депрессию у больных, но и дали ей нозологическую характеристику. Выявленные аффективные нарушения относились к расстройствам адаптации по типу нозогенных реакций (32,3%), депрессивному эпизоду (6,2%) и органическим аффективным расстройствам (7,7%). Симптомы депрессии ассоциированы с рискованным сексуальным поведением (Orr S., Celantano D., Santelli J. et al., 1994; Lehrer J.A., Shrier L.A., Gortmaker S. et al., 2006; Mazzaferro K.E., Murray P.J., Ness R.B. et al., 2006; Seth P., Rajji P.T., DiClemente R.J. et al., 2009; Schuster R., Bornovalova M., Hunt E. et al., 2012). Традиционная точка зрения, согласно которой депрессия всегда сопровождается снижением либидо, опровергается современными исследованиями, которые свидетельствуют, что у 15% гетеросексуалов и 25% гомосексуалов депрессия вызывает усиление сексуального влечения (Bancroft J., Vukadinovic Z., 2004). Среди ВИЧ-инфицированных депрессия связана с такими рискованными сексуальными практиками, как незащищённые анальные и вагинальные сексуальные контакты и множественные половые связи (Kelly J.A., Murphy D.A., Bahr G.R et al., 1993; Kennedy C.A., Skurnick J., Wan J.Y. et al., 1993; Thompson S.C., Nanni C., Levine A. et al., 1996; Murphy D.A., Durako S.J., Moscicki A.B. et al., 2001). Депрессия также имеет корреляции с коммерческим сексом, сексуальными контактами в состоянии опьянения, большим количеством сексуальных партнёров в течение жизни (Hutton H.E., Lyketsos C.G., Zenilman J.M. et al., 2004). Депрессия характеризуется прочной связью с повышением потребления ПАВ (Armstrong T.D., Costello E.J., 2002; Upadhyaya H.P., Deas D., Brady K.T. et al., 2002).

Частота и структура аффективных нарушений отличались от описанных в предыдущих исследованиях особенностей распределения психических нарушений у ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007), где психические нарушения аффективного регистра были описаны только в 1,8% случаев. Авторы обращают внимание на несоответствие этой цифры общемировым данным и объясняют это различие недостатком

критичности и преобладанием анозогнозического варианта отношения к болезни у обследованных пациентов. Особенностью исследования Н.Г. Незнанова и Н.Б. Халезовой был анализ самостоятельных обращений за психиатрической помощью больных Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Столь явные различия в сравнении с нашим исследованием могут быть объяснены тем, что мы обследовали больных непосредственно во время начала лечения в стационаре. Обследование проводилось сплошным методом и не ориентировалось на самообращения за помощью пациентов. С учётом высокой частоты выявленных психических расстройств и того факта, что никто из обследованных больных ранее за специализированной психиатрической помощью не обращался, выводы Н.Г. Незнанова и Н.Б. Халезовой о недостатке критичности к заболеваниям актуальны и для нашего исследования. Выявленные нами характеристики клинической картины нозогенных реакций свидетельствуют о необходимости психосоциальной работы в случае постановки диагнозов ВИЧ-инфекции и/или сифилиса, направленной в первую очередь на разъяснение особенностей заболевания и прогноза лечения.

Депрессивный эпизод, выявленный в ходе нашего исследования у 20,0% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин, встретился несколько реже (особенно с учётом того, что у мужчин этот диагноз поставлен не был ни в одном случае), чем в мировой практике, где частота депрессивного расстройства у ВИЧ-инфицированных оценивается в 36-50% случаев (Asch S.M., Kilbourne A.M., Gifford A.L. et al., 2003). ВИЧ-инфицированные больные третьей группы также болели депрессией, но частота расстройства у них также была ниже, чем в общемировой практике: 11,8% женщин и 18,8% МСЖ. Важно отметить тот факт, что диагноз депрессивного эпизода не встретился у больных сифилисом.

В ходе нашего исследования была подтверждена связь низкой социальной адаптации и развития аффективных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Также была выявлена взаимосвязь между депрессией в

анамнезе и аффективными нарушениями на момент обследования. С учётом этих данных, больные с депрессией в анамнезе и низкой социальной адаптацией могут быть выделены в группу риска развития у них аффективной патологии. Мы не смогли установить описанную в литературе взаимосвязь уровня CD4+ лимфоцитов и вирусной нагрузки в крови больных с формированием депрессивной симптоматики и её тяжестью ввиду малочисленности выборки и большого разброса значений лабораторных показателей, но стоит не упускать эти данные в ходе клинической работы.

В литературе встречаются сведения о взаимосвязи не только аддиктивных расстройств, относящихся напрямую к факторам риска заражения ИППП, но других психических расстройств с рискованным поведением. Известно, что психические расстройства значительно повышают риск заболевания многими инфекционными болезнями (Сафьянникова А.А., 2010). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди пациентов с психическими заболеваниями больше примерно в восемь раз, чем в общей популяции (Venable P.A., Carey M.P., Carey K.B. et al., 2007; Collins P.Y., Berkman A., Mestry K. et al., 2009). К потребностям сексуального здоровья, в том числе к скринингу и профилактике инфекций, передаваемых половым путём и гемоконтактных вирусов, относятся с пренебрежением в группе больных с психическими заболеваниями. (Lagios K., Deane F.P., 2007; Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A. et al., 2008). Пациенты с депрессией могут использовать секс, алкоголь и наркотики как копинг стратегию для реализации неудовлетворённых психологических и эмоциональных потребностей (Brawner B.M., Davis Z.M., Fannin E.F. et al., 2012). Коморбидность депрессии и сексуально рискованного поведения предполагает, что симптомы депрессии часто встречаются среди пациентов с рискованным поведением, и, наоборот, рискованное поведение встречается чаще среди пациентов с риском психического заболевания (Holden A.E.C., Miller W.B., Piper J.M. et al., 2008).

Особенностью проведённого исследования стал всесторонний анализ взаимного влияния психических расстройств на заражение ВИЧ-инфекцией и

сифилисом и наоборот, влияния заражения витально значимыми заболеваниями на формирование психических расстройств. Установлено, что аддиктивные расстройства и расстройства личности приводили к созданию условий для заражения ИППП. Если аддиктивные нарушения у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом развивались до заражения ИППП, а после заражения могли только видоизмениться (например, больные могли изменить преимущественно потребляемое вещество или достигнуть ремиссии), то аффективные расстройства имели более сложное взаимодействие с ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Определённо можно сказать, что нозогенные реакции, выявляемые чаще у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом МСМ и МСЖ, развивались после заражения и являлись ответом личности на факт постановки опасного для жизни заболевания. Депрессия (депрессивный эпизод) на момент обследования выявлялась только у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин, её особенностью была тесная связь аффективного расстройства с аддиктивными нарушениями, из чего можно сделать вывод о возможном влиянии депрессии на усиление рискованного поведения у больных (особенно с учётом данным о депрессии в анамнезе у 35,0% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин). Ретроспективно оценить время развития органического поражения головного мозга у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом является затруднительным, но определённо точно данное заболевание развивалось в процессе рискованного поведения и, возможно, ещё до заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом, так как во всех случаях имело интоксикационный генез, наряду с инфекционным и травматическим.

Ещё одним психическим расстройством, влиявшим на риск заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом у обследованных больных стало эмоционально-неустойчивое расстройство личности. Известно, что поведенческими факторами риска ВИЧ-инфицирования являются особенности личности: психопатоподобное поведение в рамках личностных расстройств или эндогенных психических расстройств (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2014). В

ходе нашего исследования подтверждена роль личностных нарушений в заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом.

Нами установлено влияние психических расстройств на рискованное поведение. Установлена высокая роль психопатоподобного поведения и аддиктивного поведения в реализации факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией. Установлено, что у 59% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом и 79% ВИЧ-инфицированных серонегативных по сифилису заражение ИППП было связано с психическими расстройствами (зависимостью от опиатов, полинаркоманией, алкоголизмом, расстройствами личности) и социальной дезадаптацией. Нозогенные расстройства развивались у больных, не имевших психических расстройств или опыта социальной дезадаптации в анамнезе. Заражение ВИЧ-инфекцией в процессе дезадаптации у больных первой группы было связано с высоким уровнем безработицы, криминальной деятельностью, вовлечением в услуги коммерческого секса. Опыт социальной дезадаптации в анамнезе может указывать на наличие психических расстройств на момент обращения за медицинской помощью у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом, в особенности у женщин и МСЖ. Установленная взаимосвязь заражения ИППП и психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом и ВИЧ-инфицированных, серонегативных по сифилису, была значимо менее выражена у больных с монозаражением сифилисом. Эти данные указывают на потенциальную возможность профилактики заражения ВИЧ-инфекцией в случае своевременной диагностики и лечения возникшего психического расстройства.

Когнитивные нарушения были выявлены у почти половины обследованных ВИЧ-инфицированных больных сифилисом (43,1%). Статистически значимых различий в выраженности проявлений когнитивных нарушений по результатам КНОКС у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом и ВИЧ-инфицированных больных ранним нейросифилисом выявлено не было. Эти данные ещё раз подтверждают описанное выше низкое значение раннего нейросифилиса как этиопатогенетического фактора развития

психических расстройств в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией и нейросифилисом.

Наши результаты входят в разрез с данными литературы о том, что ВИЧ-инфицированные больные с сифилисом в анамнезе имеют более выраженные когнитивные нарушения, в сравнении с ВИЧ-инфицированными серонегативными по сифилису (Marra C.M., Deutsch R., Collier A.C. et al., 2013). Однако наши результаты могут быть оценены как более надёжные, так как обследование происходило непосредственно во время самого заболевания сифилисом и нейросифилисом, в то время как Marra C.M. с соавторами изучали когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных, ретроспективно оценивая влияние факта заболевания сифилисом в анамнезе на формирование когнитивных нарушений у больных.

Таким образом, учитывая тот факт, что в случае сочетанного заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом (нейросифилисом) происходит взаимное влияние заболеваний с утяжелением клинической картины каждого из них, заболевание ранним нейросифилисом если не имеет прямого влияния на формирование когнитивного дефицита у ВИЧ-инфицированных, может иметь опосредованное влияние на формирование когнитивных нарушений через утяжеление течения ВИЧ-инфекции. По нашему мнению, повреждение ЦНС ВИЧ является более значимым фактором развития когнитивных нарушений, чем заболевание нейросифилисом.

Установлена взаимосвязь наличия и выраженности когнитивного дефицита у ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом с уровнем CD4⁺ клеток в крови больных. Установленная частота когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом соответствовала средней частоте бессимптомных когнитивных нарушений (по классификации Antinori A., Arendt G., Becker J.T, 2007), описанной в литературе (Simioni S., Cavassini M., Annoni J.M. et al., 2010) у ВИЧ-инфицированных. Клиническая картина выявленных когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом, в целом, соответствовала описанным нарушениям у больных ВИЧ-инфекцией

(Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E. et al., 2009). Эти результаты позволяют оценить когнитивные нарушения больных как ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения.

Нами не был поставлен диагноз ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений по МКБ-10 ни одному больному, так как заражение ВИЧ-инфекцией не было исчерпывающим объяснением генеза когнитивных нарушений, который во всех случаях был смешанным (интоксикационный, инфекционный, посттравматический). Ещё одним фактором против установки диагноза ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений стало то, что наше исследование показало связь возникновения когнитивного дефицита с диагностированными психическими расстройствами (органическим поражением головного мозга, зависимостью от стимуляторов, зависимостью от опиатов и зависимостью от алкоголя).

В ходе нашего исследования установлены факторы, влияющие на формирование когнитивных нарушений у больных сочетанными ВИЧ-инфекцией и сифилисом: ко-инфекция гепатитом С, потребление ПАВ и инъекционное потребление наркотиков, которые совпадали с таковыми при заболевании ВИЧ-инфекцией (Рассохин В.В., Фомина М.Ю., Щербук Ю.А., 2010).

Психические расстройства не были диагностированы только у 16,9% ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Во всех случаях это были мужчины, причём в подавляющем большинстве – МСМ (90,9% больных без психических нарушений относились к подгруппе МСМ). Все они характеризовались хорошей социальной адаптацией. Ни один из этих больных не имел периодов дезадаптации в анамнезе, а также не был причастен к криминальной деятельности. Они характеризовались нормальными значениями показателей общей, личностно-ситуативной и пространственной антиципационной состоятельности, а также более усреднёнными значениями шкал Мини-Мульт, не выходящими за границы нормальных значений. Заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом у них произошло в связи с рискованным сексуальным

поведением, при этом 63,6% больных уже знали о диагнозе ВИЧ-инфекции перед заражением сифилисом и сохраняли рискованное сексуальное поведение.

Сочетанное заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом наиболее снижало качество жизни больных по параметрам физического компонента здоровья и социального функционирования. Этим ВИЧ-инфицированные больные сифилисом отличались от ВИЧ-инфицированных больных серонегативных по сифилису (у которых все показатели качества жизни были ниже популяционных значений) и больных сифилисом (у которых все показатели качества жизни соответствовали или превышали популяционные значения).

Наличие психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом дополнительно снижало качество жизни больных по параметру психического здоровья. К числу наиболее значимых факторов, влиявших на снижение качества жизни у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом относились приём ПАВ, аффективные расстройства, когнитивные нарушения. Прекращение приёма ПАВ положительно влияло на улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированных больных сифилисом. Самые низкие значения показателей качества жизни были выявлены у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом женщин. Установленная взаимосвязь наличия психических расстройств и снижения качества жизни у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом была схожей с корреляциями, установленными ранее для ВИЧ-инфицированных больных (Гайсина А.В., Рассохин В.В., Дементьева Н.Е. и др., 2014; Reis R.K., Haas V.J., Santos C.B. et al., 2011).

Наличие психических расстройств, в особенности приводивших к формированию когнитивных нарушений, влияло на снижение качества жизни больных сифилисом. Эта же взаимосвязь была установлена и у ВИЧ-инфицированных больных, серонегативных по сифилису. На снижение качества жизни у них значимо влияли следующие факторы: низкая социальная адаптация, потребление ПАВ, аффективные расстройства. Наиболее страдало качество жизни у ВИЧ-инфицированных больных по показателям ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным

состояниями, значения этих показателей качества жизни были самыми низкими среди больных всех групп сравнения.

ВИЧ-инфицированные больные сифилисом, в целом, характеризовались недостаточной приверженностью к наблюдению у инфекциониста. Ограничением нашего исследования стала невозможность отследить приверженность к приёму ВАРВТ. Установлена низкая обращаемость больных в КВД при манифестации венерологического заболевания, что свидетельствует как о низкой настороженности населения о возможности заболевания сифилисом, так и о стигматизации вопроса венерологических заболеваний. На приверженность к наблюдению у инфекциониста негативно влияли аддиктивные расстройства и когнитивные нарушения. Положительным прогностическим фактором обращения к инфекционисту и приверженности к наблюдению можно считать социальную адаптированность больных, высокий уровень образования, более высокие показатели качества жизни.

Известно, что депрессия связана с повышенными уровнями импульсивности и дезадаптивного поведения в общем (Hanson K.L., Luciana M., Sullwold K., 2008; Gonzalez V.M., Reynolds B., Skewes M.C., 2011), что говорит о потенциально негативном влиянии аффективных нарушений на приверженность к наблюдению у ВИЧ-инфицированных, однако в нашем исследовании влияние аффективных расстройств на приверженность к наблюдению по поводу ВИЧ-инфекции установлено не было. Это может быть объяснено большим разбросом в этиологии выявленных аффективных расстройств, разным влиянием нозогенных расстройств и эндогенной или органической депрессии на приверженность к наблюдению у инфекциониста и недостаточно большой выборкой больных.

Исходя из полученных данных о связи низкой приверженности к наблюдению у инфекциониста и психических расстройств (аддиктивных и когнитивных нарушений), можно сделать вывод о негативном влиянии психических расстройств на течение ВИЧ-инфекции через недостаточную

комплаентность, и, следовательно, высокую вероятность прогрессирования ВИЧ вне специфического лечения.

Важно отметить, что в ходе нашего исследования были подтверждены данные литературы (Spornraft-Ragaller P., Schmitt J., Stephan V. et al., 2014) о возможном влиянии заражения сифилисом (в случае сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией) на раннюю диагностику заболевания ВИЧ.

Установлено, что низкая способность к прогнозированию (личностно-ситуативная) влияет на заражение ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Именно у больных ВИЧ-инфекцией и сифилисом были зарегистрированы самые низкие уровни всех показателей прогностической компетентности, в сравнении с ВИЧ-инфицированными больными и больными сифилисом. ВИЧ-инфицированные больные сифилисом характеризуются недостаточностью компонентов антиципационной состоятельности, причем наличие психических расстройств сопряжено с более низкой антиципационной состоятельностью, что отражает больший риск психосоциальной дезадаптации больных со сниженной прогностической компетентностью. Способность к прогнозированию у женщин в исследуемой когорте ниже, чем у мужчин.

Характеристика антиципационной состоятельности у ВИЧ-инфицированных больных сифилисом указывает на сложности социальной коммуникации больных, что согласуется с низкой социальной адаптацией обследованных больных. Сниженные показатели антиципационной состоятельности свидетельствуют о внутреннем напряжении и дистанцированности, сложности построения крепких межличностных отношений. Установлено, что больные с психическими расстройствами имели показатели общей, личностно-ситуативной и пространственной антиципационной состоятельности ниже, в сравнении с больными без психических расстройств.

Стоит отметить, что ВИЧ-инфицированные больные сифилисом MSM, в отличие от женщин и MSЖ, характеризовались нормальными показателями общей и личностно-ситуативной прогностической компетентности, что

согласуется с тем фактом, что более высокие показатели антиципационной состоятельности в исследуемой группе были связаны с хорошей социальной адаптацией.

Полученные данные свидетельствуют об определенной роли прогностической компетентности как личностно-психологической особенности в формировании рискованного поведения и повышении вероятности заражения витально значимыми инфекциями, передающимися преимущественно половым путём.

Все обследованные больные характеризовались примерно одинаковым спектром личностных особенностей, что указывает на схожие личностные predispositions, влияющие на формирование рискованного поведения и заражение ВИЧ-инфекцией или сифилисом.

Установлено, что для заразившихся ИППП свойственны скрытность, неловкость и скованность в общении, внутреннее напряжение и ранимость по отношению к воздействиям среды. Больные характеризовались тенденцией к уходу от решения проблем, эгоцентричностью, маскируемыми декларацией гиперсоциальных установок, эмоциональной незрелостью, повышенной тревожностью и снижением толерантности к стрессу. Выявленные личностные особенности указывают на состояние хронической социальной дезадаптации, что соотносится с высочайшим уровнем социальной дезадаптации в исследуемой когорте. Одной из причин социальной дезадаптации могут стать установленные личностные особенности с повышенной тревожностью, следствием которой могли стать сложности адаптации больных к обыденным формам жизни, признаки выраженного комплекса неполноценности или ощущения своей «инакости» в окружающей среде. Все больные характеризовались снижением уровня оптимизма и активности, что косвенно свидетельствует о значимости ситуации болезни для обследованных пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Психические расстройства встречаются у большинства (83%) ВИЧ-инфицированных больных сифилисом (преимущественно женщин и гетеросексуальных мужчин) с преобладанием в клинической картине аффективных (54%) и аддиктивных (48%) расстройств. Нозогенные расстройства составляют 32% в структуре психических расстройств и чаще развиваются у ВИЧ-инфицированных больных нейросифилисом, не имевших психических расстройств или социальной дезадаптации в анамнезе.

2. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, низкая прогностическая компетентность и аддиктивное поведение предрасполагают к заражению ВИЧ-инфекцией и сифилисом. Установлены различия в аддиктивных нарушениях в зависимости от пола и сексуального поведения: в заражении ВИЧ-инфекцией и сифилисом у женщин и гетеросексуальных мужчин доминирующую роль играет инъекционное потребление наркотиков, в то время, как у мужчин, занимающихся сексом с мужчинами – компульсивное сексуальное поведение (сексуальная аддикция).

3. Заболевание ВИЧ-инфекцией и сифилисом снижает качество жизни больных по параметрам физического компонента здоровья и социального функционирования, а наличие психических расстройств приводит к снижению качества жизни по показателю психического здоровья. К наиболее значимым факторам, определяющим уровень качества жизни ВИЧ-инфицированных больных сифилисом относятся потребление ПАВ, аффективные расстройства и когнитивные нарушения.

4. Умеренно выраженные когнитивные нарушения встречаются у 43% ВИЧ-инфицированных больных ранними формами сифилиса с органическим поражением головного мозга и характеризуются нарушением пространственного гнозиса, снижением зрительно-моторной памяти, интеллектуальным снижением с актуализацией второстепенных признаков понятий, тенденцией к вязкости и инертности мышления, обстоятельности.

5. Наличие психопатоподобных расстройств в структуре психопатологической картины и различных вариантов рискованного поведения является характерной особенностью больных шизофренией и органическим заболеванием головного мозга с коморбидной ВИЧ-инфекцией

Практические рекомендации

1. Рискованное поведение психически больных должно стать мишенью психосоциального вмешательства для улучшения приверженности терапии, профилактики заражения и распространения ИППП.

2. В качестве группы риска в плане развития нозогенных реакций целесообразно выделять пациентов без психических расстройств и/или социальной дезадаптации.

3. Коррекция психических расстройств может способствовать улучшению приверженности терапии ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсененко Л.Д. Психические расстройства при хронических вирусных инфекциях (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты): автореф. дис. ... д-р. мед. наук: 14.00.18. Томск, 2008. 37 с.
2. Беляков Н.А. ВИЧ — осознание вселенской опасности, или Введение в проблему. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 28 с.
3. Беляков Н.А., Левина О.С., Рыбников В.Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013. № 5(1). С. 7-33.
4. Беляков Н.А., Медведев С.В., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В., Дементьева Н.Е., Шеломов С.А. Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции // Вестник РАМН. 2012. №9. С. 4-12.
5. Беляков Н.А., Розенталь В.В., Дементьева Н.Е., Виноградова Т.Н., Сизова Н.В. Моделирование и общие закономерности циркуляции субтипов и рекомбинантных форм ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. №4(2). С. 7-18.
6. Беляков Н.А., Степанова Е.В., Рахманова А.Г., Жолобов Е.Е., Волкова Г.В., Дворак С.И., Пантелеева О.В. Характер и особенности ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // Медицинский академический журнал. 2009. №9(3). С. 96-104.
7. Беляков Н.А., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В. Диагностика и механизмы поражения центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции // Медицинский академический журнал. 2012. №12(2). С. 56-67.
8. Бешимов А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Казань, 2006. 212 с.
9. Борисенко К.К., Винокуров И.Н., Потекаев Н.И. Современные особенности клиники и течения сифилиса, ошибки его диагностики: Метод. рекомендации. М.: 1990. 3-17 с.

10. Бородкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: типология, динамика, реабилитация: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Кемерово, 2005. 23 с.

11. Булеков И.С. Наркопотребление как главный элемент непрверженности ВААРТ. Можно ли сформировать приверженность у активного наркопотребителя // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. №3(4). С. 20-24.

12. Валеева А.М., Мухаметова Р.Н., Синюшина Н.Н. Патопсихологическое исследование и сравнение состояния аффективной сферы на фоне ВИЧ-инфекции. ВИЧ и психическое здоровье // Медицинский тематический архив. Под ред. Н.А. Белякова и В.В. Рассохина. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. №2. С. 90-97.

13. Васильева О.А., Кубрин Е.А., Карпов С.М., Шевченко П.П. Поздний нейросифилис как фактор когнитивных нарушений // Фундаментальные исследования. 2012. №4(2). С. 256-259.

14. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге: ВИЧ/СПИД — информационно-аналитический бюллетень. Под ред. Н.А.Белякова., В.В.Рассохина изд. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. №1. 80 с.

15. Гайсина А.В., Рассохин В.В., Дементьева Н.Е., Беляков Н.А. Патопфизиология ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(2). С. 25-40.

16. Ганнушкин П.Б., Суханов С.А. Прогрессивный паралич по данным Московской Психиатрической Клиники // Журнал невропатологии и психиатрии. 1901. №4. С. 733-743.

17. Гречаный С.В., Егоров А.Ю. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2013. Т.XLV(4). С. 53-61.

18. Дамулин И.В. Вторичные деменции (когнитивные расстройства при травматических и опухолевых поражениях головного мозга, при инфекционных

и аутоиммунных заболеваниях). Методическое пособие для врачей. М., 2009. 40 с.

19. Доклад секретариата ВОЗ. ВИЧ/СПИД и психическое здоровье. 20 ноября 2008г. // Всемирная организация здравоохранения URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-ru.pdf (дата обращения: 10.01.2016).

20. Должанская Н.А., Шмелева З.Б. Вопросы женского здоровья наркозависимых и людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Пособие для подготовки тренеров. М., 2015. 28 с.

21. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции. СПб., Речь. 2007. 192 с.

22. Женщина, ребенок и ВИЧ. Под ред. Н.А.Белякова, Н.Ю.Рахманиной, А.Г.Рахмановой. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. 600 с.

23. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. 1981. №3. С. 118-123.

24. Иванова М.А., Лосева О.К., Малыгина Н.С., Поршина О.В., Меркулова С.А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период с 2000 по 2008 г.: основные тенденции // Клиническая дерматология и венерология. 2009. №6. С. 26-30.

25. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2012. 426 с.

26. Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М. Выявление ВИЧ-инфекции у больных сифилисом // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. №4. С. 56.

27. Козенко Л.И., Лин В.Н., Цабак Н.Н., Кириуцов А.М. О случаях сочетания сифилиса и ВИЧ-инфекции // Вестник дерматологии и венерологии. 1999. №1. С. 64.

28. Колтунов В.А., Сердюков А.Г., Рассказов Д.Н. Эпидемиологические особенности течения сифилиса в Европейских странах // Астраханский медицинский журнал. 2011. №1. С. 19-23.

29. Коляденко В.Г., Степаненко В.И. Сифилис. История происхождения и распространения в Европе и Российской империи. Заболеваемость и борьба с сифилисом в Советском Союзе и Украине // Искусство Лечения URL: <http://m-l.com.ua/?aid=280> (дата обращения: 25.06.2015).

30. Комкина Н.Г., Назаренко Н.В., Прохожев А.Ю., Метальникова О.П., Назаренко Т.В. Ранний манифестный нейросифилис как причина смерти // Фундаментальные исследования. 2011. №10. С. 86-90.

31. Коробко А.В., Орлова И.А., Смирнова Н.В., Дудко В.Ю., Смирнова И.О., Смирнова Т.С., Литвиненко И.В., Пирятинская А.Б., Севашевич А.В., Гайворонская О.В., Иванов А.М. Сифилис у пациентов с ВИЧ-инфекцией - значение медико-социальных факторов в развитии сочетанной инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(4). С. 57-63.

32. Красносельских Т.В. Поведенческие детерминанты риска заражения ВИЧ и инфекциями, передаваемыми половым путём, у потребителей инъекционных наркотиков // Вестник СПбГУ. Сер. 12. 2011. №1. С. 57-63.

33. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004—2013 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. №5. С. 24-31.

34. Кушнир О.Н., Поляков Ю.И., Митрофанов А.Ю. Общие тенденции заболеваемости нейросифилисом и проблемы его диагностики в психиатрических стационарах // Медицинская психология, психиатрия, психотерапия. 2012. №2(43). С. 102-106.

35. Ларин А.Б., Тюков Ю.А. Влияние медико-социального статуса ВИЧ-инфицированных в Челябинской области на приверженность лечению // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2012. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/378/30/> (дата обращения: 27.08.2016).

36. Леонова О.Н., Степанова Е.В., Фоменкова Н.В., Смирнова Н.Л., Чикова Р.С., Шеломов А.С. Неврологическая патология у ВИЧ-инфицированных

пациентов на опыте работы отделения паллиативной медицины // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. №3(2). С. 62-70.

37. Лосева О.К., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Залевская О.В., Юдакова В.М., Устьянцев Ю.Ю. Нейросифилис в практике психиатра // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. №12. С. 77-82.

38. Лосева О.К., Плотникова А.В., Мальцева О.Н. Социальный статус и сексуальное поведение пациентов ОКВД г.Кирова, больных сифилисом // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №4. С. 17-22.

39. Лурье З.Л. Сифилис нервной системы. Многотомное руководство по дерматовенерологии. Том I. Книга 1. Венерические болезни.. Медвуз, 1959. С. 224-277.

40. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Под редакцией Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. Киев: Сфера, 2005. 298 с.

41. Менделевич В.Д. Патопсихологическая оценка и нозологической самостоятельности неврозов // Казанский медицинский журнал. 1988. № 1. С. 76–81.

42. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психологический журнал. 1996. №4. С. 107–114.

43. Менделевич В.Д. Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) – экспериментально-психологическая методика для оценки готовности к невротическим расстройствам // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. №1. С. 35-40.

44. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 445 с.

45. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

46. Наумов О.Ю. Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции в условиях наркозависимого типа эпидемического процесса: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.30. Пермь, 2004. 26 с.

47. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: ИНФО-Плюс, 2003. 148 с.
48. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Распространённость и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №2(2). С. 14-17.
49. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Шизофрения и ВИЧ: психосоциальные и клинические аспекты // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(3). С. 46-57.
50. Нейронауки и ВИЧ-инфекция: Медицинский тематический архив. Под ред. Н.А.Белякова, Т.Н.Трофимовой, В.В. Рассохина. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. №5. 306 с.
51. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: ВМедА, 2007. 528 с.
52. Новгородова Т.И., Новиков Ю.А., Филиппов С.О., Орлова Л.И. Об истории развития учения о нейросифилисе // Тезисы научных работ конференции дерматовенерологов и косметологов Сибирского Федерального округа. Омск: 2011. С. 49-50.
53. Новик А.А, Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. 314 с.
54. Окружнова Т.В. Психические расстройства, обусловленные ранним впервые выявленным сифилисом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06. М., 2002. 147 с.
55. Петрова Н.Н., Федотова Ю.А. Клинико-феноменологические особенности и патогенетические механизмы депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2006. Сер. 11(1). С. 30-37.
56. Петрова Н.Н., Чумаков Е.М. Особенности психических расстройств и рискованное поведение больных // Практическая медицина. 2015. №5(90). С. 20-22.

57. Плавинский С.Л., Барина А.Н., Ерошина К.М., Кубасова К.А. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией, ИППП и гепатитом среди женщин — потребительниц инъекционных наркотиков, являющихся участницами программ снижения вреда // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. №4(2). С. 89-94.

58. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В., Беляева В.В., Канестри В.Г., Афонина Л.Ю., Ермак Т.Н., Буравцова Е.В., Шахгильдян В.И., Козырина Н.В., Нарсия О.С., Зимина В.Н., Покровская А.В., Конов Д.С., Конов В.В., Голиусова М.А., Ефремова О.С., попова А.А.. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиология и Инфекционные Болезни. Актуальные вопросы. 2012. №6. С. 1–27.

59. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. 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.

60. Полянский Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. №20(4). С. 135-141.

61. Попов Н.М. Шесть лекций о прогрессивном параличе помешанных. 2-е изд. Одесса: Б.и., 1913. 125 с.

62. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 (ред. от 13.07.2012) "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // КонсультантПлюс URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_50559/ (дата обращения: 27.08.2016).

63. Потекаев С.Н., Потекаев Н.С., Юрин О.Г., Покровский В.В. Влияние ВИЧ-инфекции на клинические проявления сифилиса и его течение // Журнал о заболеваниях передаваемых половым путем URL:

<http://www.ozppp.ru/archive/1995-05/zppp-1995-5-p-20-24.html> (дата обращения: 09.01.2016).

64. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Социально-демографические и клинические оценки лиц, совершивших суицидальные попытки отравления на фоне употребления алкоголя и других психоактивных веществ (по данным многопрофильного стационара скорой помощи) // Наркология. 2014. № 6. С. 50-55.

65. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и новых независимых государствах // Global Initiative on Psychiatry URL: http://www.ecuo.org/media/filer_public/2013/03/11/gip_health.pdf (дата обращения: 09.01.2016).

66. Психологическая диагностика в практике врача / редакторы-составители И.Ф. Дьяконов, Б.В. Овчинников.. СПб.: СпецЛит, 2008. 143 с.

67. Психология. Словарь. Под редакцией А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990. 494 с.

68. Путченко Л.Б. Риск как основная категория современной социальной теории // Философия. Социология. Политология. 2011. №1. С. 58-61.

69. Рассохин В.В., Фомина М.Ю., Щербук Ю.А. Неврологические нарушения при ВИЧ-инфекции // Вирус иммунодефицита человека — медицина / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2010. С. 161-179.

70. Родионов А.Н. Сифилис. Краткое руководство. 3-е изд, перераб. и доп. СПб.: Питер, 2007. 315 с.

71. Рыбалко В.О., Собенников В.С., Аитов К.А. Непсихотические расстройства и приверженность к лечению высокоактивной антиретровирусной терапией у ВИЧ-инфицированных // Сибирский медицинский журнал. 2013. №4. С. 10-15.

72. Савчук Т.В., Попов Д.В. Варианты коморбидности психических заболеваний и сифилиса на примере нескольких клинических случаев // Прикладные информационные аспекты медицины. 2008. №11(1). С. 12-15.

73. Сафонова П.В., Рассохин В.В., Диклементе Р.Дж., Браун Дж.Л., Сейлс Д.М., Роуз И.С., Рыбников В.Ю., Виноградова Т.Н., Беляков Н.А. Опыт употребления психоактивных веществ в прошлом и рискованное поведение в настоящем у ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(4). С. 24-34.

74. Сафьянникова А.А. Распространённость сифилиса и ВИЧ-инфекции среди пациентов психоневрологического диспансера с наркотической зависимостью // Сибирский медицинский журнал. 2010. №8. С. 135-137.

75. Сизова Н.В., Самарина А.В., Ефимов Г.А. Назначение антиретровирусной терапии женщинам в различные периоды жизни // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013. №5(3). С. 34–41.

76. Скиданенко Т.В. Пограничные психические расстройства при эпилепсии и их связь с антиципационными особенностями психической деятельности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Казань, 2003. 20 с.

77. Смирнова Т.Т., Гайворонская О.В., Гульцева Н.Ю., Малькова Л.М. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП) в Санкт-Петербурге за 2006 год // Журнал акушерства и женских болезней. 2007. №1. С. 18-20.

78. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СМИЛ. СПб.: Речь, 2000. 219 с.

79. Заболеваемость, ресурсы и деятельность дерматовенерологических учреждений (2006-2007 гг.) (статистические материалы). М., 2008. 118с.

80. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г.» // Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. URL: <http://www.hivrussia.ru/files/spravka311213.doc> (дата обращения 20.07.2014)

81. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г.» // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. URL: <http://www.hivrussia.org/files/spravkaHIV2014.pdf> (дата обращения: 09.01.2016).

82. Сумина Н.Е., Ничипоренко Н.П. Взаимосвязь антиципационной состоятельности с личностными свойствами // Российский психологический журнал. 2007. №4(4). С. 22-29.

83. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перехов А.Я. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие. Киев, Ростов-на-Дону, СПб., 2012. 34 с.

84. Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Леонтьева Е.П. Психологический статус и поведенческие реакции у ВИЧ-инфицированных людей. ВИЧ и психическое здоровье. Под ред. Н.А. Белякова и В.В. Рассохина. Медицинский тематический архив. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. №2. С. 70-76.

85. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС). Под ред. Ю.В. Микадзе. М.: ПЕР СЭ, 2010. 69 с.

86. Узелевская А.Э. Взаимосвязь прогностической (антиципационной) компетентности с клиническими формами, выраженностью и степенью компенсации личностных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Казань, 2002. 25 с.

87. Улюкин И.М., Лобзин Ю.В. Качество жизни больных ВИЧ-инфекцией // Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии. 2003. №2(2). С. 58-65.

88. Устинов А.С., Суворова А.В., Беляков А.Н., Махаматова А.Ф., Левина О.С., Рассохин В.В., Крупицкий Е.М., Лиознов Д.А., Никколай Л., Хаймер Р. Влияние психопатологической симптоматики и употребления психоактивных веществ на уровень вирусной нагрузки ВИЧ у больных, получающих АРВТ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015. №7(2). С. 41-48.

89. Федяева О.Н., Ющук Н.Д., Сирота Н.А. Прогнозирование приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией // Казанский медицинский журнал. 2014. №95(5). С. 715-721.

90. Халезова Н.Б. Влияние ВИЧ-инфекции на клиническую картину, течение и лечение шизофрении: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. СПб, 2011. 150 с.

91. Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э., Викерман П., Колийн К.. Моделирование эпидемии вируса иммунодефицита человека в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(1). С. 59-65.
92. Цинзерлинг В.А. Поражения центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. №6(1). С. 40-45.
93. Шаболтас А.В. Жуков Д.А. Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс // Вестник СПбГУ. Сер 12. 2011. №1. С. 227-234.
94. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб., Скифия-принт. 2015. 694 с.
95. Шепило С.А., Разнатовский К.И., Александров Н.Ю. Эпидемиология нейросифилиса в Санкт-Петербурге // Фундаментальные исследования. 2012. №8. С. 184-189.
96. Abdala N., Hansen N., Toussova O., Krasnoselskikh T.V., Verevochkin S., Kozlov A.P., Heimer R. Correlates of unprotected sexual intercourse among women who inject drugs or who have sexual partners who inject drugs in St.Petersburg, Russia // AIDS Behav. 2012. Vol.16(6). P. 1597–1604.
97. Agmon-Levin N., Elbirt D., Asher I., Gradestein S., Werner B., Sthoeger Z. Syphilis and HIV co-infection in an Israeli HIV clinic: incidence and outcome // International Journal of STD & AIDS. 2010. Vol.21. P. 249–252.
98. Aharonovich E., Nguyen H.T., Nunes E.V. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis // American Journal of Addictions. 2001. Vol.10(4). P. 327–334.
99. Ahn S., Jung K.-I., Yoo W.-K., Kang G.Y., Ohn, S.H. Dementia due to Meningovascular Syphilis in Medial Temporal Lobe and Cognitive Rehabilitation // Ann. Rehabil. Med. 2012. Vol.36. P. 423-427.
100. Akena D.H., Musisi S., Kinyanda E. A comparison of the clinical features of depression in hiv-positive and hiv-negative patients in Uganda // Afr J Psychiatry. 2010. Vol.13. P. 43-51.
101. Alvy L.M., McKirnan D.J., Mansergh G., Koblin B., Colfax G.N., Flores S.A., Flores S.A., Hudson S. Depression is associated with sexual risk among men

who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy // *AIDS and Behavior*. 2011. Vol.15. P. 1171–1179.

102. Amaro H., Hardy-Fanta C. Gender relations in addiction and recovery // *Journal of Psychoactive Drugs*. 1995. Vol.27(4). P. 325–337.

103. Amirkhanian Y., Kelly J., Kuznetsova A. People with HIV in HAART-era Russia: transmission risk behavior prevalence, antiretroviral medication-taking, and psychosocial distress // *AIDS Behav*. 2001. Vol.15(4). P. 767–777.

104. Andersen L., Kagee A., O'Cleirigh C., Safren S., Joska J. Understanding the experience and manifestation of depression in people living with HIV/AIDS in South Africa // *AIDS Care*. 2015. Vol.27(1). P. 59–62.

105. Ances B.M., Clifford D.B. HIV-associated neurocognitive disorders and the impact of combination antiretroviral therapies // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep*. 2008. Vol.8(6). P. 455–461.

106. Antinori A., Arendt G., Becker J.T., Brew B.J., Byrd D.A., Cherner M., Clifford D.B., Cinque P., Epstein L.G., Goodkin K., Gisslen M., Grant I., Heaton R.K., Joseph J., Marder K., Marra C.M., McArthur J.C., Nunn M., Price R.W., Pulliam L., Robertson K.R., Sacktor N., Valcour V., Wojna V.E. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders // *Neurology*. 2007. Vol.69(18). P. 1789–1799.

107. Armstrong T.D., Costello E.J. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol.70. P. 1224–1239.

108. Asch S.M., Kilbourne A.M., Gifford A.L., Burnam M.A., Turner B., Shapiro M.F., Bozzette S.A. Underdiagnosis of depression in HIV: Who are we missing? // *Journal of General Internal Medicine*. 2003. Vol.18. P. 450–460.

109. Asher A.K., Hahn J.A., Couture M.C., Maher K., Page K. People Who Inject Drugs, HIV Risk, and HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa // *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2013. Vol.24(6). P. 35–44.

110. Atkinson J.H., Heaton K.K., Patterson T.L., Wolfson T., Deutsch R., Brown S.J., Summers J., Sciolla A., Gutierrez R., Ellis R.J., Abramson I., Hesselink

J.R., McCutchan J.A., Grant I. Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men // *J. Affect. Dis.* 2008. Vol.108. P. 225–234.

111. Avalos L.A., Mertens J.R., Ward C.L., Flisher A.J., Bresick G.F., Weisner C.M. Stress, Substance Use and Sexual Risk Behaviors among Primary Care Patients in Cape Town, South Africa // *AIDS Behav.* 2010. Vol.14(2). P. 359–370.

112. Bagasra O., Kajdacsy-Balla A., Lischner H.W., Pomerantz R.J. Alcohol intake increases human immunodeficiency virus type 1 replication in human peripheral blood mononuclear cells // *Journal of Infectious Diseases.* 1993. Vol.167. P. 789-797.

113. Bailey S.L., Camlin C.S., Ennett S.T. Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth // *J. Adolesc. Health.* 1998. Vol.23. P. 378–388.

114. Baliunas D., Rehm J., Irving H., Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis // *Int. J. Public Health.* 2010. Vol.55. P. 159–166.

115. Balla A.K., Lischner H.W., Pomerantz R.J., Bagasra O. Human studies on alcohol and susceptibility to HIV infection // *Alcohol.* 1994. Vol.11. P. 99-103.

116. Bancroft J., Janssen E., Strong D., Carnes L., Vukadinovic Z., Long J.S. The relation between mood and sexuality in heterosexual men // *Archives of Sexual Behavior.* 2003. Vol.32(3). P. 217–230.

117. Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity or What? Towards a Theoretical Model // *J. Sex Res.*, 2004. V. 41. N. 3. P. 225-234.

118. Bandaru V.V., Mielke M.M., Sacktor N., McArthur J.C., Grant I., Letendre S., Chang L., Wojna V., Pardo C., Calabresi P., Munsaka S., Haughey N.J. A lipid storage-like disorder contributes to cognitive decline in HIV-infected subjects // *Neurology.* 2013. Vol.81(17). P. 1492–1499.

119. Baral S., Sifakis F., Cleghorn F., Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low and middle income countries 2000—2006 // *PLoS Med.* 2007. Vol.4. P. 339

120. Barbosa I.G., Vale T.C., de Macedo D.L., Gomez R.S., Teixeira A.L. Neurosyphilis presenting as mania // *Bipolar Disord.* 2012. Vol.14(3). P. 309-312.
121. Batki S.L. Drug abuse, psychoactive disorders and AIDS: dual and triple diagnosis // *West. J. Med.* 1990. Vol.152. P. 547–552.
122. Becker J.T., Kingsley L., Mullen J., Cohen B., Martin E., Miller E.N., Ragin A., Sacktor N., Selnes O.A., Visscher B.R. Vascular risk factors, HIV serostatus, and cognitive dysfunction in gay and bisexual men // *Neurology.* 2009. Vol.73. P. 1292-1299.
123. Belyakov N.A. Golovnoi mozg kak mishen' dlya VICH. SPb.: Baltiiskii meditsinskii obrazovatel'nyi tsentr. 2011. 48 p.
124. Benton T.D. Depression and HIV/AIDS // *Current Psychiatry Reports.* 2008. Vol.10. P. 280–285.
125. Berger-Greenstein J.A., Cuevas C.A., Brady S.M., Trezza G., Richardson M.A., Keane T.M. Major depression in patients with HIV/AIDS and substance abuse // *AIDS Patient Care and STDs.* 2007. Vol.21. P. 942–955.
126. Bhaskaran K., Mussini C., Antinori A., Walker A.S., Dorrucchi M., Sabin C., Phillips A., Porter K. Changes in the incidence and predictors of human immunodeficiency virus-associated dementia in the era of highly active antiretroviral therapy // *Ann Neurol.* 2008. Vol.63. P. 213–221.
127. Blazquez M.V., Madueno J.A., Jurado R., Fernandez-Areas N., Munoz E. Human herpesvirus-6 and the course of human immunodeficiency virus infection // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology.* 1995. Vol.9. P. 389-394.
128. Bolan G. Syphilis and HIV: A Dangerous Duo Affecting Gay and Bisexual Men // Division of STD Prevention, Centers for Disease Control and Prevention URL: <http://blog.aids.gov/2012/12/syphilis-and-hiv-a-dangerous-duo-affecting-gay-and-bisexual-men.html> (дата обращения: 21.09.2014).
129. Bouhnik A.D., Preau M., Vincent E., Carrieri M.P., Gallais H., Lepeu G., Gastaut J.A., Moatti J.P., Spire B. Depression and clinical progression in HIV-

infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy // *Antivir Ther.* 2005. Vol.10. P. 53–61.

130. Bozman A.W., Beck J.C. Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects with anger and anxiety // *Archives of Sexual Behavior.* 1991. Vol.20(1). P. 47–60.

131. Bradley M.V., Remien R.H., Dolezal C. Depression symptoms and sexual HIV risk behavior among serodiscordant couples // *Psychosomatic Medicine.* 2008. Vol.70. P. 186–191.

132. Bragança M., Palha A. Depression and Neurocognitive Performance in Portuguese Patients Infected with HIV // *AIDS Behav.* 2011. Vol.15(8). P. 1879–1887.

133. Brawner B.M., Davis Z.M., Fannin E.F., Alexander K.A. Clinical Depression and Condom Use Attitudes and Beliefs Among African American Adolescent Females // *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012. Vol.23(3). P. 184–194.

134. Bremer V., Marcus U., Hamouda O. Syphilis on the rise again in Germany // *Eurosurveillance.* 2012. Vol.17(29). URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20222> (дата обращения: 21.08.2016).

135. Brosh-Nissimov T., Mor Z., Avramovich E. Syphilis Outbreak among men who have sex with men, Tel Aviv, Israel, 2008–2009 // *IMAJ.* 2012. Vol.14. P. 152–156.

136. Brown A., Yung A., Cosgrave E., Killackey E., Buckby J., Stanford C., Godfrey K., McGorry P. Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people // *Australas Psychiatry.* 2006. Vol.14(3). P. 310–312.

137. Brown L.K., Tolou-Shams M., Lescano C., Houck C., Zeidman J., Pugatch D., Lourie K.J. Depressive symptoms as a predictor of sexual risk among African American adolescents and young adults // *J Adolesc Health.* 2006. Vol.39(3). P. 444–448.

138. Brugha T.S., Bebbington P.E., MacCarthy B., Sturt E., Wykes T., Potter J. Gender, social support and recovery from depressive disorders: A prospective clinical study // *Psychological Medicine*. 1990. Vol.20. P. 147-156.
139. Bruno A., Scimeca G., Marino A.G., Mento C., Micò U., Romeo V.M., Pandolfo G., Zoccali R., Muscatello M.R. Drugs and Sexual Behavior // *Journal of Psychoactive Drugs*. 2012. Vol.44(5). P. 359–364.
<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2012.736801>
140. Buchacz K., Klausner J.D., Kerndt P.R., Shouse R.L., Onorato I., McElroy P.D., Schwendemann J., Tambe P.B., Allen M., Coye F., Kent Ck., Park M.N., Hawkins K., Samoff E., Brooks J.T. HIV incidence among men diagnosed with early syphilis in Atlanta, San Francisco, and Los Angeles, 2004 to 2005 // *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008. Vol.47. P. 234–240.
141. Burack J.H., Barrett D.C., Stall R.D., Chesney M.A., Ekstrand M.L., Coates T.J. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men // *JAMA*. 1993. Vol.270. P. 2568–2573.
142. Burchell A.N., Allen V.G., Moravan V., Gardner S., Raboud J., Tan D.H., Bayoumi A.M., Kaul R., Mazzulli T., McGee F., Millson P., Remis R.S., Rourke S.B. Patterns of syphilis testing in a large cohort of HIV patients in Ontario, Canada, 2000–2009 // *BMC Infect Dis*. 2013. Vol.13. P. 246.
143. Campos L.N., Guimarães M.D., Carmo R.A., Melo A.P., Oliveira H.N., Elkington K., McKinnon K. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature // *Cad Saude Publica*. 2008. Vol.24(4). P. 607–620.
144. Carey M.P., Ravi V., Chandra P.S., Desai A., Neal D.J. Prevalence of HIV, Hepatitis B, Syphilis, and Chlamydia Among Adults Seeking Treatment for a Mental Disorder in Southern India // *AIDS Behav*. 2007. Vol.11(2). P. 289–297.
145. Carvalho J., Nobre P. Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors // *Journal of Sex Research*. 2011. Vol.48(2–3). P. 254–262.

146. Chang Y.-H., Liu W.-C., Chang S.-Y., Wu B.-R., Wu P.-Y., Tsai M.-S., Hung C.-C., Lew-Ting C.-Y. Associated factors with syphilis among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men in Taiwan in the era of combination antiretroviral therapy // *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2014. Vol.47. P. 533-541.
147. Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H. Malignant syphilis in human immunodeficiency virus-infected patients // *Dermatologica Sinica*. 2015. Vol.33. P. 21-25.
148. Charles B., Jeyaseelan L., Pandian A.K., Sam A.E., Thenmozhi M., Jayaseelan V. Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India - a community based cross sectional study // *BMC Public Health*. 2012. Vol.21(12). P. 463.
149. Charnigo R., Noar S.M., Garnett C., Crosby R., Palmgreen P., Zimmerman R.S. Sensation seeking and impulsivity: combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults // *Journal of sex research*. 2013. Vol.50(5). P. 480–488.
150. Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R., Counts G.W. HIV infections and associated costs attributable to syphilis coinfection among African Americans // *Am J Public Health*. 2003. Vol.93(6). P. 943-948.
151. Ciccarelli N., Fabbiani M., Colafigli M., Trecarichi E.M., Silveri M.C., Cauda R., Murri R., De Luca A., Di Giambenedetto S. Revised central nervous system neuropenetration-effectiveness score is associated with cognitive disorders in HIV-infected patients with controlled plasma viraemia // *Antivir. Ther.* 2013. Vol.18(2). P. 153–160.
152. Cingolani A., Zona S., Girardi E., Lepri A.C., Monno L., Quiros Roldan E., Guaraldi G., Antinori A., Monforte Ad., Marcotullio S. Increased incidence of sexually transmitted diseases in the recent years: data from the ICONA cohort // *J Int AIDS Soc*. 2014. Vol.17(4). P. 19653.
153. Clerici M., Fusi M.L., Ruzzante S., Piconi S., Biasin M., Arienti D., Trabattoni D., Villa M.L. Type 1 and type 2 cytokines in HIV infection: A possible

role in apoptosis and disease progression // *Annals of Medicine*. 1997. Vol.29. P. 185-188.

154. Clutterbuck D.J., Gorman D., McMillan A., Lewis R., Macintyre C.C. Substance use and unsafe sex amongst homosexual men in Edinburgh // *AIDS Care*. 2001. Vol.13. P. 527–535.

155. Cole S.W. Psychosocial influences on HIV-1 disease progression: Neural, endocrine, and virologic mechanisms // *Psychosomatic Medicine*. 2008. Vol.70. P. 562-568.

156. Coleman E., Horvath K.J., Miner M., Ross M.W., Oakes M., Rosser B.R. Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men // *Arch Sex Behav*. 2010. Vol. 39(5). P. 1045-1053.

157. Coleman E., Raymond N., McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior // *Minnesota Medicin*. 2003. Vol. 86(7). P. 42–47.

158. Collins P.Y., Berkman A., Mestry K., Pillai A. HIV prevalence among men and women admitted to a South African public psychiatric hospital // *AIDS Care*. 2009. Vol.21(7). P. 863–867.

159. Cook J.A., Grey D., Burke J., Cohen M.H., Gurtman A.C., Richardson J.L., Wilson T.E., Young M.A., Hessel N.A. Depressive symptoms and AIDS- related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women // *Am J Public Health*. 2004. Vol.94. P. 1133–1140.

160. Cook J.A., Grey D.D., Burke-Miller J.K., Cohen M.H., Vlahov D., Kapadia F., Wilson T.E., Cook R., Schwartz R.M., Golub E.T., Anastos K., Ponath C., Goparaju L., Levine A.M. Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women // *Drug and Alcohol Dependence*. 2007. Vol.89. P. 74-81.

161. Cooper M.L. Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question // *Current Directions in Psychological Science*. 2006. Vol.15. P. 19–23.

162. Corley P.A. Acquired immune deficiency syndrome: The glucocorticoid solution // *Medical Hypotheses*. 1996. Vol.47. P. 49-54.

163. Courjon J., Hubiche T., Dupin N., Grange P.A., Del Giudice P. Clinical Aspects of Syphilis Reinfection in HIV-Infected Patients // *Dermatology*. 2015. Vol.230(4). P. 302-307.
164. Cournos F., McKinnon K. (a) HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review // *Clin. Psychol. Rev.* 1997. Vol.17(3). P. 259–269.
165. Cournos F., McKinnon K. (b) Substance use and HIV risk among people with severe mental illness // *NIDA Res Monogr*. 1997. Vol.172. P. 110–129.
166. Cramer R.J., Colbourn S.L., Gemberling T.M., Graham J., Stroud C.H. Substance-related coping, HIV-related factors, and mental health among an HIV-positive sexual minority community sample // *AIDS Care*. 2015. Vol.23. P. 1-6.
167. Crum R.M., Galai N., Cohn S., Celentano D.D., Vlahov D. Alcohol use and T-lymphocyte subsets among injection drug users with HIV-1 infection: A prospective analysis // *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*. 1996. Vol.20. P. 364-371.
168. Da Ros C.T., Schmitt C.S. Global epidemiology of sexually transmitted diseases // *Asian J Androl*. 2008. Vol.10(1). P. 110–114.
169. Davila J., Bradbury T.N., Cohan C.L., Tochluk S. Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. Vol.73. P. 849-861.
170. De Lorenze G.N., Satre D.D., Quesenberry C.P., Tsai A.L., Weisner C.M. Mortality After Diagnosis of Psychiatric Disorders and Co-Occurring Substance Use Disorders Among HIV-Infected Patients // *AIDS Patient Care and STDs*. 2010. Vol. 24(11). P. 705-712.
171. Dembo R., Belenko S., Childs K., Greenbaum P.E., Wareham J. Gender Differences in Drug Use, Sexually Transmitted Diseases, and Risky Sexual Behavior Among Arrested Youths // *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2010. Vol.19(5). P. 424-446.
172. Des Jarlais D.C., Feelemyer J.P., Modi S.N., Arasteh K., Hagan H. Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject

drugs: An international systematic review of high seroprevalence areas // *Drug and Alcohol Dependence*. 2012. Vol.124. P. 95–107.

173. Diaz A., Junquera M.L., Esteban V., Martínez B., Pueyo I., Suarez J., Ureña J.M., Varela J.A., Vall M., del Romero J., Sanz I., Belda J., Boronat J., Gomez P., Gual F., Colomo C., López de Munain J., Balaguer J., Landa M.C., Lezaun M.E., Cámara M.C., Fernández E., Bru F.J., Alastrue I., Ordoñana J.R., de Armas C., Azpiri M.A., Gomez L., Trullén J., Diez M. STI Study Group and EPI-VIH Group. HIV/STI co-infection among men who have sex with men in Spain // *Euro Surveill*. 2009. Vol.14. P. 9–16.

174. Dukers N.H., Goudsmit J., de Wit J.B., Prins M., Weverling G.J., Coutinho R.A. Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection // *AIDS*. 2001. Vol.15. P. 369-378.

175. Dunbar N., Brew B.J. Neuropsychological dysfunction in HIV infection: a review // *J. NeuroAIDS*. 1996. Vol.1(3). P. 73–102.

176. Dutra M.R.T., Campos L.N., Guimarães M.D.C. Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil // *Braz J Infect Dis*. 2014. Vol.18(1). P. 13–20.

177. Ellis R.J., Badiee J., Vaida F., Letendre S., Heaton R.K., Clifford D., Collier A.C., Gelman B., McArthur J., Morgello S., McCutchan J.A., Grant I. CD4 nadir is a predictor of HIV neurocognitive impairment in the era of combination antiretroviral therapy // *AIDS*. 2011. Vol.25. P. 1747–1751.

178. Eritsyan K., Heimer R., Barbour R., Odinokova V., White E., Rusakova M.M., Smolskaya T.T., Levina O.S. Individual-level, network-level, and city-level factors associated with HIV prevalence among people who inject drugs in eight Russian cities // *BMJ Open*. 2013. Vol.3. P. 6.

179. Estimated HIV incidence among adults and adolescents in the United States, 2007–2010. HIV Surveillance Supplemental Report // Centers for Disease Control and Prevention URL:

<http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/2012/HIV-Infections-2007–2010.pdf>
(дата обращения: 01.09.2016).

180. Evans J.L., Hahn J.A., Page-Shafer K., Lum P.J., Stein E.S., Davidson P.J., Moss A.R. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study) // *Journal of Urban Health*. 2003. Vol.80. P. 137–146.

181. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis // *Addiction*. 2006. Vol.101. P. 556–569.

182. Fernandez F. Neuropsychiatric aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection // *Curr. Psychiatry Reports*. 2002. Vol.4. P. 228–231.

183. Finlayson T.J., Le B., Smith A., Bowles K., Cribbin M., Miles I., Oster A.M., Martin T., Edwards A., Dinunno E. HIV risk, prevention, and testing behaviors among men who have sex with men – National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. cities, United States, 2008 // *MMWR Surveill. Summ. Centers for Disease Control and Prevention*. 2011. Vol.60. P. 1–34.

184. Fleming D.T., Wasserheit J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection // *Sex Transm Infect*. 1999. Vol.75. P. 3–17.

185. Flom P.L., Friedman S.R., Kottiri B.J., Neaigus A., Curtis R., Des Jarlais D.C., Sandoval M., Zenilman J.M. Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18- to 24-year-old youth in a high-risk neighborhood // *Sexually Transmitted Diseases*. 2001. Vol.28. P. 598–607.

186. Fox J., Fidler S. Sexual transmission of HIV-1 // *Antiviral Res*. 2010. Vol.85. P. 276–285.

187. Frajzyngier V., Neaigus A., Gyarmathy V.A., Miller M., Friedman S.R. Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode // *Drug and Alcohol Dependence*. 2007. Vol.89. P. 145–152.

188. Friedrich F., Aigner M. Psychiatric Manifestations of Neurosyphilis Syphilis. Recognition, Description and Diagnosis. Edited by Dr. Neuza Satomi Sato. 2011. P. 59-70
189. Friedrich F., Geusau A., Friedrich M.-E., Vyssoki B., Pfleger T., Aigner M. Das Chamäleon der Psychiatrie - Psychiatrische Manifestationsformen der Neurosyphilis // Psychiatr Prax. 2012. Vol.39(1). P. 7-13.
190. Friedrich F., Geusau A., Greisenegger S., Ossege M., Aigner M. Manifest psychosis in neurosyphilis // Gen Hosp Psychiatry. 2009. Vol.31(4). P. 379-381.
191. Funnye A.S., Abbasi J. Akhtar, Dip Ven Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. // California Journal of the national medical association. 2003. Vol.95(5). P. 363-382.
192. Galvin S.R., Cohen M.S. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission // Nat Rev Microbiol. 2004. Vol.2(1). P. 33–42.
193. Gao J., Xu J., Sheng Y., Zhang X., Zhang C., Li Y., Liang B., Sun L., Yang S., Zhang X. Increasing trend of syphilis and infection resistance: a retrospective study // International Journal of Infectious Diseases. 2013. Vol.17. P. 971–997.
194. Gao L., Zhang L., Jin Q. Meta-analysis: prevalence of HIV infection and syphilis among MSM in China // Sex Transm Infect. 2009. Vol.85. P. 354–358.
195. Gaynes B.N., O'Donnell J., Nelson E., Heine A., Zinski A., Edwards M., McGuinness T., Riddhi M.A., Montgomery C., Pence B.W. Psychiatric comorbidity in depressed HIV-infected individuals: common and clinically consequential. Gen Hosp Psychiatry. 2015. Vol.37(4). P. 277-282.
196. Gaynes B.N., Pence B.W., Atashili J., O'Donnell J., Kats D., Ndumbe P.M. Prevalence and Predictors of Major Depression in HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Bamenda, a Semi-Urban Center in Cameroon // PLoS One. 2012. Vol.7(7). P. 41699.
197. Garey L., Bakhshaie J., Sharp C., Neighbors C., Zvolensky M.J., Gonzalez A. Anxiety, depression, and HIV symptoms among persons living with HIV/AIDS: the role of hazardous drinking // AIDS Care. 2015. Vol.27(1). P. 80–85.

198. Ghebremichael M., Paintsil E., Ickovics J.R., Vlahov D., Scuman P., Boland R., Schoenbaum E., Moore J., Zhang H. Longitudinal association of alcohol use with HIV disease progression and psychological health of women // *AIDS Care*. 2009. Vol.21. P. 834–841.
199. Goeman J., Hoksbergen I., Pickut B.A. Dementia paralytica in a fifteen-year-old boy // *J Neurol Sci*. 1996. Vol.144(1-2). P. 214-217.
200. Golub E.T., Astemborski J.A., Hoover D.R., Anthony J.C., Vlahov D., Strathdee S.A. Psychological distress and progression to AIDS in a cohort of injection drug users // *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003. Vol.32. P. 429–434.
201. Gonzalez V.M., Reynolds B., Skewes M.C. Role of impulsivity in the relationship between depression and alcohol problems among emerging adult college drinkers // *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2011. Vol.19. P. 303–313.
202. Goodkin K., Feaster D. J., Tuttle R., Blaney N.T., Kumar M., Baum M.K., Shapshak P., Fletcher M. Bereavement is associated with the time-dependent decrements in cellular immune function in asymptomatic human immunodeficiency virus type 1-seropositive homosexual men // *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology*. 1996. Vol.3. P. 109-118.
203. Gray R., Brewin E., Noak J., Wyke-Joseph J., Sonik B. A review of the literature on HIV infection and schizophrenia: implications for research, policy and clinical practice // *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002. Vol.9. P. 405–409.
204. Grovit-Ferbas K., Harris-White M.E. Thinking about HIV: the intersection of virus, neuroinflammation and cognitive dysfunction // *Immunol. Res*. 2010. Vol.48(1–3). P. 40–58.
205. Guimarães M.D.C., Campos L.N., Melo A.P.S., Carmo R.A., Machado C.J., Acurcio R. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):43-7
206. Guimarães M.D.C., McKinnon K., Cournos F., Machado C.J., Melo A.P., Campos L.N., Wainberg M.L. Correlates of HIV infection among patients with

mental illness in Brazil // *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2014. Vol.26(4). P. 505-513

207. Guller E., Leyhe T. A late form of neurosyphilis manifesting with psychotic symptoms in old age and good response to ceftriaxone therapy // *Int Psychogeriatr*. 2011. Vol.23(4). P. 666-669.

208. Gwanzura L., Latif A., Bassett M., Machekano R., Katzenstein D.A., Mason P.R. Syphilis serology and HIV infection in Harare, Zimbabwe // *Sex Transm Infect*. 1999. Vol.75. P. 426-430.

209. Gyarmathy V.A., Li N., Tobin K.E., Hoffman I.F., Sokolov N., Levchenko J., Batluk J., Kozlov A.A., Kozlov A.P., Latkin C.A. Correlates of unsafe equipment sharing among injecting drug users in St. Petersburg, Russia // *Eur Addict Res*. 2009. Vol.15(3). P. 163-170.

210. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // *Br J Med Psychol*. 1959. Vol.32. P. 50–55.

211. Hamilton M. A rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960. Vol.23. P. 56-62.

212. Hanson K.L., Luciana M., Sullwold K. Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users // *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. Vol.96. P. 99–110.

213. Hasbun R., Eraso J., Ramireddy S., Wainwright D.A., Salazar L., Grimes R., York M., Strutt A. Screening for Neurocognitive Impairment in HIV Individuals: The Utility of the Montreal Cognitive Assessment Test // *J AIDS Clin Res*. 2012. Vol.3(10). P. 186–190.

214. Heaton R.K., Clifford D.B., Franklin D.R., Woods S.P., Ake C., Vaida F., Ellis R.J., Letendre S.L., Marcotte T.D., Atkinson J.H., Rivera-Mindt M., Vigil O.R., Taylor M.J., Collier A.C., Marra C.M., Gelman B.B., McArthur J.C., Morgello S., Simpson D.M., McCutchan J.A., Abramson I., Gamst A., Fennema-Notestine C., Jernigan T.L., Wong J., Grant I. HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER study // *Neurology*. 2010. Vol.75. P. 2087–2096.

215. Heinrichs M., Baumgartner T., Kirschbaum C., Ehlert U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress // *Biological Psychiatry*. 2003. Vol.54. P. 1389-1398.

216. Hendershot C.S., Stoner S.A., Pantalone D.W., Simoni J.M. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis // *J. Acquir. Immune. Dec. Syndr.* 2009. Vol.52(2). P. 180–202.

217. Herbert T.B., Cohen S. Depression and immunity: A meta-analytic review // *Psychological Bulletin*. 1993. Vol.113. P. 472-486.

218. Hess K.L., Chavez P.R., Kanny D., DiNenno E., Lansky A., Paz-Bailey G. Binge drinking and risky sexual behavior among HIV-negative and unknown HIV status men who have sex with men, 20 US cities // *Drug and Alcohol Dependence*. 2015. Vol.147 P. 46–52.

219. Higgins A., Barker P., Begley C.M. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? // *J Psychiatr & Ment Health Nurs*. 2006. Vol.13. P. 687–697.

220. Himelhoch S., Moore R.D., Treisman G., Gebo K.A. Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? // *Journal of Acquire Immune Defi cit Syndrome*. 2004. Vol.37(4). P. 1457-1463.

221. Hittner J.B., Schachne E.R. Meta-analysis of the association between ecstasy use and risky sexual behavior // *Addictive Behaviors*. 2012. Vol.37. P. 790–796.

222. HIV in the United States: An overview // Centers for Disease Control and Prevention URL: http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/factsheets/pdf/us_overview.pdf (дата обращения: 01.09.2016).

223. Holden A.E.C., Miller W.B., Piper J.M., Perdue S.T., Thurman A.R., Korte J.E. The Influence of Depression on Sexual Risk Reduction and STD Infection in a Controlled, Randomized Intervention Trial // *Sex Transm Dis*. 2008. Vol.35(10). P. 898–904.

224. Hook E.W. Syphilis and HIV infection // *J Infect Dis*. 1989. Vol.160(3). P. 530-534.
225. Hook E.W., Peeling R.W. Syphilis control — a continuing challenge // *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol.351. P. 122-124.
226. Horberg M.A., Silverberg M.J., Hurley L.B., Towner W.J., Klein D.B., Bersoff-Matcha S., Weinberg W.G., Antoniskis D., Mogyoros M., Dodge W.T., Dobrinich R., Quesenberry C.P., Kovach D.A. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2008. Vol.47. P. 384–390.
227. Houston E., Sandfort T., Watson K.T., Caton C. Psychological Pathways from Childhood Sexual and Physical Abuse to HIV/STI Outcomes among Homeless Women: The Role of PTSD and Borderline Personality Disorder Symptoms // *Journal of health psychology*. 2013. Vol.18(10). P. 1330-1340.
228. Hughes E., Bassi S., Gilbody S., Bland M., Martin F. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol.3(1). P. 40-48.
229. Hunt A.J., Christofinis G., Coxon A.P., Davies P.M., McManus T.J., Sutherland S., Weatherburn P. Seroprevalence of HIV-1 infection in a cohort of homosexually active men // *Genitourin Med*. 1990. Vol.66(6). P. 423-427.
230. Hutchinson C.M., Hook E.W., Shepherd M., Verley J., Rompalo A.M. Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection // *Ann. Intern. Med*. 1994. Vol.121. P. 94–100.
231. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review // *Psychosomatics*. 2001. Vol.42. P. 453-460.
232. Hutton H.E., Lyketsos C.G., Zenilman J.M., Thompson R.E., Erbeling E.J. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic // *American Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 161. P. 912-914.
233. Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D., Schoenbaum E.E., Schuman P., Boland R.J., Moore J. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms

among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study // JAMA. 2001. Vol.285. P. 1460–1465.

234. Ironson G., O’Cleirigh C., Fletcher M.A., Laurenceau J.P., Balbin E., Klimas N., Schneiderman N., Solomon G. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment // Psychosom Med. 2005. Vol.67. P. 1013–1021.

235. Jakopanec I., Grjibovski A.M., Nilsen Ø., Blystad H., Aavitsland P. Trends in HIV infection surveillance data among men who have sex with men in Norway, 1995–2011 // BMC Public Health. 2013. Vol.13. P. 144.

236. Janssen M.A.M., Bosch M., Koopmans P.P., Kessels R.P.C. Validity of the Montreal Cognitive Assessment and the HIV Dementia Scale in the assessment of cognitive impairment in HIV-1 infected patients // J. Neurovirol. 2015. Vol.21. P. 383–390.

237. Johnson S.D., Phelps D.L., Cottler L.B. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample // Archives of Sexual Behavior. 2004. Vol.33(1). P. 55–63.

238. Joiner T.E., Katz J., Lew A.S. Self-verification and depression among youth psychiatric inpatients // Journal of Abnormal Psychology. 1997. Vol.106. P. 608–618.

239. Kagee A. Addressing psychosocial problems among persons living with HIV // African journal of psychiatry. 2012. Vol.15(6). P. 424–426.

240. Kallianpur K.J., Kirk G.R., Sailasuta N., Valcour V., Shiramizu B., Nakamoto B.K., Shikuma C. Regional cortical thinning associated with detectable levels of HIV DNA // Cereb. Cortex. 2012. Vol.22(9). P. 2065–2075.

241. Kanelleas A., Stefanaki C., Stefanaki I., Bezrondii G., Paparizos V., Arapaki A., Kripouri Z., Antoniou C., Nicolaidou E.. Primary syphilis in HIV-negative patients is on the rise in Greece: epidemiological data for the period 2005–2012 from a tertiary referral centre in Athens, Greece // JEADV. 2015. Vol.29. P. 981–984.

242. Kaplan R.M. (a) Syphilis, sex and psychiatry, 1789–1925: Part 1 // *Australasian Psychiatry*. 2010. Vol.18(1). P. 17-21.

243. Kaplan R.M. (b) Syphilis, sex and psychiatry, 1789–1925: Part 2 // *Australasian Psychiatry*. 2010. 18(1). P. 22-27.

244. Kararizou E., Mitsonis C., Dimopoulos N., Gkiatas K., Markou I., Kalfakis N. Psychosis or Simply a New Manifestation of Neurosyphilis? // *The Journal of International Medical Research*. 2006. Vol.34. P. 335 – 337.

245. Keen L., Dyer T.P., Whitehead N.E., Latimer W. Binge drinking, stimulant use and HIV risk in a sample of illicit drug using heterosexual Black men // *Addictive Behaviors*. 2014. Vol.39. P. 1342–1345.

246. Kelly B.D. Syphilis, psychiatry and offending behaviour: clinical cases from nineteenth-century Ireland // *Irish Journal of Medical Science*. 2009. Vol.178(1), P. 73-77.

247. Kelly J.A., Murphy D.A., Bahr G.R., Koob J.J., Morgan M.G., Kalichman S.C., Stevenson L.Y., Brasfield T.L., Bernstein B.M., St. Lawrence J.S. Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection // *Health Psychology*. 1993. Vol.12. P. 215-219.

248. Kennedy C.A., Skurnick J., Wan J.Y., Quattrone G., Sheffet A., Quinones M., Wang W., Louria D.B. Psychological distress, drug and alcohol use as correlates of condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples // *AIDS*. 1993. Vol.7. P. 1493-1499.

249. Keshavan M.S., Kaneko Y. Secondary psychoses: an update // *World Psychiatry*. 2013. Vol.12. P. 4–15.

250. Keskin G., Sunter G., Midi I., Tuncer N. Neurosyphilis as a Cause of Cognitive Decline and Psychiatric Symptoms at Younger Age // *J Neuropsychiatry Clin Neuroscience*. 2011. Vol.23(4). P. 41-42.

251. Keyes K.M., Martins S.S., Hasin D.S. Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United

States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions // *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. Vol.97. P. 139–149.

252. Khan M.R., Berger A., Hemberg J., O'Neill A., Dyer T.P., Smyrk K. Non-Injection and Injection Drug Use and STI/HIV Risk in the United States: The Degree to which Sexual Risk Behaviors Versus Sex with an STI-Infected Partner Account for Infection Transmission among Drug Users // *AIDS Behav*. 2013. Vol.17. P. 1185–1194.

253. Khan M.R., Kaufman J.S., Pence B.W., Gaynes B.N., Adimora A.A., Weir S.S., Miller W.C. Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States // *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009. Vol.163(7). P. 644–652.

254. Kingree J.B., Betz H. Risky sexual behavior in relation to marijuana and alcohol use among African-American, male adolescent detainees and their female partners // *Drug & Alcohol Dependence*. 2003. Vol.72(2). P. 197–203.

255. Kingree J.B., Braithwaite R., Woodring T. Unprotected sex as a function of alcohol and marijuana use among adolescent detainees // *Journal of Adolescent Health*. 2000. Vol.27(3). P. 179–185.

256. Kirschbaum C., Klauer T., Filipp S.H., Hellhammer D.H. Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress // *Psychosomatic Medicine*. 1995. Vol.57. P. 23-31.

257. Klaus M.V., Amarante L., Beam T.R. Routine screening for syphilis is justified in patients admitted to psychiatric, alcohol, and drug rehabilitation wards of the Veterans Administration Medical Center // *Arch. Dermatol*. 1989. Vol.125. P. 1644-1646.

258. Klein H., Elifson K.W., Sterk C.E. Depression and HIV risk behavior practices among “at risk” women // *Women and Health*. 2008. Vol.48. P. 167–188.

259. Kleiner R.C., Najarian L., Levenson J., Kaplan H. AIDS Complicated by Syphilis Can Mimick Uveitis and Crohn's Disease // *Arch Ophthalmol*. 1987. Vol.105. P. 1486-1487.

260. Koblin B.A., Husnik M.J., Colfax G., Huang Y., Madison M., Mayer K., Barresi P.J., Coates T.J., Chesney M.A., Buchbinder S. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men // *AIDS*. 2006. Vol.21. P. 731–739.

261. Koutsilieri E., Scheller C., Sopper S., ter Meulen V., Riederer P. Psychiatric complications in human immunodeficiency virus infection // *Journal of NeuroVirology*. 2002. Vol.8(2). P. 129–133.

262. Krawczyk C.S., Funkhouser E., Kilby J.M., Vermund S.H. Delayed access to HIV diagnosis and care: Special concerns for the Southern United States // *AIDS Care*. 2006. Vol.18(1). P. 35-44.

263. Kronfol Z., Nair M., Goodson J., Goel K., Haskett R., Schwartz S. Natural killer cell activity in depressive illness: Preliminary report // *Biological Psychiatry*. 1989. Vol.26. P. 753-756.

264. Krupitsky E.M., Horton N.J., Williams E.C., Liznov D., Kuznetsova M., Zvartau E., Samet J.H. Alcohol use and HIV risk behaviors among HIV-infected patients in St. Petersburg, Russia // *Drug Alcohol Depend*. 2005. Vol.79. P. 251–256.

265. Krupitskiy E., Zvartau E., Karandashova G., Horton N.J., Schoolwerth K.R., Bryant K., Samet J.H. The onset of HIV infection in the Leningrad region of Russia: a focus on drug and alcohol dependence // *HIV Med*. 2004. Vol.5(1). P. 30–33.

266. Kuzma J.M., Black D.W. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior // *Psychiatric Clinics of North America*. 2008. Vol. 31(4). P. 603–611.

267. Laar M., Spiteri G. Increasing trends of gonorrhoea and syphilis and the threat of drug-resistant gonorrhoea in Europe // *Euro Surveill*. 2012. Vol.19;17(29). P. 20225.

268. Lagios K., Deane F.P. Severe mental illness is a new risk marker for blood-borne viruses and sexually transmitted infections // *Aust N Z J Public Health*. 2007. Vol.31. P. 562–566.

269. Latkin C.A., Curry A.D., Hua W., Davey M.A. Direct and indirect associations of neighborhood disorder with drug use and high-risk sexual partners // *American Journal of Preventive Medicine*. 2007. Vol. 32. P. 234-241.
270. Lara M.E., Leader J., Klein D.N. The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? // *Journal of Abnormal Psychology*. 1997. Vol.106. P. 478-482.
271. Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H., Liu J.W. Initially unrecognized dementia in a young man with neurosyphilis // *Neurologist*. 2009. Vol.15(2). P. 95-97.
272. Lee K.A., Gay C., Portillo C.J., Coggins T., Davis H., Pullinger C.R., Aouizerat B.E. Types of sleep problems in adults living with HIV/aids // *J Clin Sleep Med*. 2012. Vol.15;8(1). P. 67-75.
273. Lehrer J.A., Shrier L.A., Gortmaker S., Buka S. Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students // *Pediatrics*. 2006. Vol.118. P. 189-200.
274. Lejoyeux M., Arbaretaz M., McLoughlin M., Ades J. Impulse control disorders and depression // *J Nerv Ment Dis*. 2002. Vol.190. P. 310–314.
275. Leserman J. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms // *Biol Psychiatry*. 2003. Vol.54. P. 295–306.
276. Leserman J. Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression // *Psychosomatic Medicine*. 2008. Vol. 70. P. 539–545.
277. Leserman J., Jackson E.D., Petitto J.M., Golden R.N., Silva S.G., Perkins D.O., Cai J., Folds J.D., Evans D.L. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support // *Psychosom Med*. 1999. Vol.61. P. 397–406.
278. Leserman J., Pence B.W., Whetten K., Mugavero M.J., Thielman N.M., Swartz M.S., Stangl D. Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV // *Am J Psychiatry*. 2007. Vol.164. P. 1707–1713.
279. Leserman J., Petitto J.M., Golden R.N., Gaynes B.N., Gu H., Perkins D.O., Silva S.G., Folds J.D., Evans D.L. Impact of stressful life events, depression, social

support, coping, and cortisol on progression to AIDS // *American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol.157. P. 1221-1228.

280. Leserman J., Petitto J.M., Gu H., Gaynes B.N., Barroso J., Golden R.N., Perkins D.O., Folds J.D., Evans D.L. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and physiological predictors // *Psychological Medicine*. 2002. Vol.32. P. 1059-1073.

281. Letendre S. Central Nervous System Complications in HIV Disease: HIV-Associated Neurocognitive Disorder // *Neurocognitive Disorders in HIV*. 2011. Vol.19(4). P. 137-142.

282. Letendre S.L., Ellis R.J., Ances B.M., Mc-Cutchan J.A. Neurologic complications of HIV disease and their treatment // *Top HIV Med*. 2010. Vol.18. P. 45–55.

283. Liang W., Chikritzhs T., Lenton S. Affective disorders and anxiety disorders predict the risk of drug harmful use and dependence // *Addiction*. 2011. Vol.106(6). P. 1126–1134.

284. Lim R.B.T., Tan M.T., Young B., Lee C.C., Leo Y.S., Chua A., Ng O.T. Risk Factors and Time-Trends of Cytomegalovirus (CMV), Syphilis, Toxoplasmosis and Viral Hepatitis Infection and Seroprevalence in Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infected Patients // *Annals Academy of Medicine Singapore*. 2013. Vol.42(12). P. 667-673.

285. Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. 2012. Vol.380(9859). P. 2224–60.

286. Lima V.D., Geller J., Bangsberg D.R., Patterson T.L., Daniel M., Kerr T., Montaner J., Hogg R.S. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART // *AIDS*. 2007. Vol.21(9). P.1175-1183

287. Lin L.-R., Zhang H.-L., Huang S.-J., Zeng Y.-L., Xi Y., Guo X.-J., Liu G.-L., Tong M.-L., Zheng W.-H., Liu L.-L., Yang T.-C.. Psychiatric Manifestations as

Primary Symptom of Neurosyphilis Among HIV-Negative Patients // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014. Vol.26. P. 233–240.

288. Longmire-Avital, B., Holder C.A., Golub S.A., Parsons J.T. Risk factors for drinking, among HIV-positive African American adults: the depression–gender interaction // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2012. Vol.38. P. 260–266.

289. Loza O., Patterson T.L., Rusch M., Martínez G.A., Lozada R., Staines-Orozco H., Magis-Rodríguez C., Strathdee S.A. Drug-related behaviors independently associated with syphilis infection among female sex workers in two Mexico-US border cities // *Addiction*. 2010. Vol.105(8). P. 1448-1456.

290. Luise C., Blank S., Brown J., Rubin S., Meyers A., Neylans L., Paz-Bailey G., Markowitz L. Primary and Secondary Syphilis Among Men Who Have Sex With Men—New York City, 2001 // *Arch. Dermatol*. 2002. Vol.138. P. 1625-1626.

291. Lundberg P., Nakasujja N., Musisi S., Patterson T.L., Daniel M., Kerr T., Montaner J., Hogg R.S. Sexual Risk Behavior, Sexual Violence, and HIV in Persons With Severe Mental Illness in Uganda: Hospital-Based Cross-Sectional Study and National Comparison Data // *Am J Public Health*. 2015. Vol.105(6). P. 1142-1148.

292. Lunze K., Cheng D.M., Quinn E., Krupitsky E., Raj A., Walley A.Y., Briden C., Chaisson C., Lioznov D., Blokhina E., Samet J.H.. Nondisclosure of HIV Infection to Sex Partners and Alcohol's Role: A Russian Experience // *AIDS Behav*. 2013. Vol.17. P. 390–398.

293. Lyketsos C.G., Hanson A.L., Fishman M. Screening for psychiatric disorders in an HIV medical clinic: the importance of a psychiatric presence // *Int. J. Psychiatry. Med*. 1994. P. 103–113.

294. Lyketsos C.G., Hoover D.R., Guccione M., Dew M.A., Wesch J.E., Bing E.G., Treisman G.J. Changes in depressive symptoms as AIDS develops // *Am J Psychiatry*. 1996. Vol.153. P. 1430–1437.

295. Lyketsos C.G., Hoover D.R., Guccione M., Senterfitt W., Dew M.A., Wesch J., VanRaden M.J., Treisman G.J., Morgenstern H. Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection // *JAMA*. 1993. Vol.270(21). P. 2563–2567.

296. Lynn W.A., Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination // *Lancet Infect Dis.* 2004. Vol.4(7). P. 456-66.
297. Lynskey M.T., Heath A.C., Bucholz K.K., Slutske W.S., Madden P.A., Nelson E.C., Statham D.J., Martin N.G. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls // *JAMA.* 2003. Vol.289. P. 427–433.
298. Maes M., Scharpé S., Meltzer H.Y., Bosmans E., Suy E., Calabrese J., Cosyns P. Relationships between interleukin-6 activity, acute phase proteins, and function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in severe depression // *Psychiatry Research.* 1993. Vol.49. P. 11-27.
299. Maes M., Vandoolaeghe E., Ranjan R., Bosmans E., Bergmans R., Desnyder R. Increased serum interleukin-1-receptor-antagonist concentrations in major depression // *Journal of Affective Disorders.* 1995. Vol.36. P. 29-36.
300. Manji H., Miller R. The neurology of the HIV infection // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2004. Vol.75(1). P. 29-35.
301. Mannekote S.T., Singh V.K. A Case of Neurosyphilis Presenting With Treatment-Resistant Psychotic Symptoms and Progressive Cognitive Dysfunction // *German Journal of Psychiatry.* 2008. Vol.11. P. 153-155.
302. Marcus U., Bremer V., Hamouda O., Kramer M.H., Freiwald M., Jessen H., Rausch M., Reinhardt B., Rothaar A., Schmidt W., Zimmer Y. Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: changes in risk behavior from risk avoidance to risk reduction // *Sex Transm Dis.* 2006. Vol.33(1). P. 11–17.
303. Marcus U., Kollan C., Bremer V., Hamouda O. Relation between the HIV and the re-emerging syphilis epidemic among MSM in Germany: an analysis based on anonymous surveillance data // *Sex Transm Infect.* 2005. Vol.81. P. 456–457.
304. Marcus U., Ort J., Grenz M., Eckstein K., Wirtz K., Wille A. Risk factors for HIV and STI diagnosis in a community-based HIV/STI testing and counselling site for men having sex with men (MSM) in a large German city in 2011–2012 // *BMC Infectious Diseases.* 2015. Vol.15. P. 14.

305. Marcus U., Schmidt A.J., Hamouda O. HIV serosorting among HIV-positive men who have sex with men is associated with increased self-reported incidence of bacterial sexually transmissible infections // *Sex Health*. 2011. Vol.8(2). P. 184–193.

306. Markos A.R. Alcohol and sexual behavior // *Int J STD AIDS*. 2005. Vol.16(2). P. 123–127.

307. Marquez C., Mitchell S.J., Hare C.B., John M., Klausner J.D. Methamphetamine use, sexual activity, patient-provider communication, and medication adherence among HIV-infected patients in care, San Francisco 2004–2006 // *AIDS Care*. 2009. Vol.21(5). P. 575–582.

308. Marra C.M., Deutsch R., Collier A.C., Morgello S., Letendre S., Clifford D., Gelman B., McArthur J., McCutchan J.A., Simpson D.M., Duarte N.A., Heaton R.K., Grant I. Neurocognitive impairment in HIV-infected individuals with previous syphilis // *Int J STD AIDS*. 2013. Vol.24(5). P. 351–355.

309. Martinelli C.V., Tognetti L., Colao G., Carocci A., Corsi P., Leoncini F. Syphilis with HIV in Florence, 2003-2009: a 7-year epidemiological study // *Epidemiol Infect*. 2012. Vol.140(1). P. 168-171.

310. Mayne T.J., Vittinghoff E., Chesney M.A., Barrett D.C., Coates T.J. Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV // *Arch Intern Med*. 1996. Vol.156. P. 2233–2238.

311. Mazzaferro K.E., Murray P.J., Ness R.B., Bass D.C., Tyus N., Cook R.L. Depression, stress and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in young women // *Journal of Adolescent Health*. 2006. Vol.39. P. 601-603.

312. McBroom R.L., Styles A.R., Chiu M.J., Clegg C., Cockerell C.J., Radolf J.D. Secondary syphilis in persons infected with and not infected with HIV-1: A comparative immunohistologic study // *Am. J. Dermatopathol*. 1999. Vol.21. P. 432–441.

313. McClure J.B., Catz S.L., Prejean J., Brantley P.J., Jones G.N. Factors associated with depression in a heterogeneous HIV-infected sample // *Journal of Psychosomatic Research*. 1996. Vol.40. P. 407-415.

314. McMahon R.C., Malow R.M., Devieux J., Rosenberg R., Jennings T. HIV Risk and History of STDs in MCMI-III Psychopathology Subgroups of Comorbid Substance Abusers // The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2008. Vol.34. P. 329–337.

315. Meade C., Sikkema K. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review // Clin Psychol Rev. 2005. Vol.25. P. 433–457.

316. Mehrabian S., Raycheva M.R., Petrova E., Tsankov N.K., Traykov L.D. Neurosyphilis presenting with dementia, chronic chorioretinitis and adverse reactions to treatment: a case report // Cases Journal. 2009. Vol.2. P. 8334.

317. Meuleman J., Katz P. The immunologic effects, kinetics, and use of glucocorticosteroids // Medical Clinics of North America. 1985. Vol.69. P. 805-816.

318. Meyer I., McKinnon K., Cournos F., Empfield M., Bavli S., Engel D., Weinstock A. HIV seroprevalence among long-stay patients in a state psychiatric hospital // Hosp Community Psychiatry. 1993. Vol.44(3). P. 282–284.

319. Miller B.A., Hicks C.B. Syphilis and HIV: The Intersection of Two Epidemics. 2010. // NEJM URL: <http://www.jwatch.org/ac201009030000001/2010/09/03/syphilis-and-hiv-intersection-two-epidemics#sthash.5GZAsF2T.dpuf> (дата обращения: 09.01.2016).

320. Miner M.H., Romine R.S., Raymond N., Janssen E., MacDonald A 3rd, Coleman E. Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hypersexuality in Men Who Have Sex With Men // J Sex Med. 2016. Vol. 13(9). P. 1323-1231.

321. Mitchell M.M., Latimer W.W. Gender differences in high risk sexual behaviors and injection practices associated with perceived HIV risk among injection drug users // AIDS Education and Prevention. 2009. Vol.21. P. 384–394.

322. Mitsonis C.H, Kararizou E., Dimopoulos N., Triantafyllou N., Kapaki E., Mitropoulos P., Sfagos K., Vassilopoulos D. Incidence and clinical presentation of Neurosyphilis: a retrospective study of 81 cases // Int J Neurosci. 2008. Vol.118. P. 1251-1257.

323. Morrison S.D., Banushi V.H., Sarnquist C., Gashi V.H., Osterberg L., Maldonado Y., Harxhi A. Levels of self-reported depression and anxiety among HIV-positive patients in Albania: a cross-sectional study // *Croat Med J.* 2011. Vol.15;52(5). P. 622-628.

324. Murphy D.A., Durako S.J., Moscicki A.B., Vermund S.H., Ma Y., Schwarz D.F., Muenz L.R. No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: Role of psychological distress // *Journal of Adolescent Health.* 2001. Vol.29. P. 57-63.

325. Murphy D., Holt M. Responses to syphilis outbreaks among gay and other men who have sex with men Australian Federation of AIDS Organisations. 2009 // *Research Gate* URL: https://www.researchgate.net/publication/237342830_Responses_to_syphilis_outbreaks_among_gay_and_other_men_who_have_sex_with_men_Case_studies_from_the_United_Kingdom_and_the_United_States (дата обращения: 09.01.2016).

326. Muscatello M.R., Bruno A., Scimeca G., Pandolfo G., Paduano R., Mico' U., Bellinghieri P.M., Di Nardo F., Iannuzzo G., Cofini V., Di Orio F., Zoccali R. The relationship between anger and heterosexual behavior. An investigation in a nonclinical sample of urban Italian undergraduates // *Journal of Sexual Medicine.* 2010. Vo.7(12). P. 3899–3908.

327. Musher D.M., Hamill R.J., Baughn R.E. Effect of Human immunodeficiency virus infection on the course of syphilis and on the response to treatment // *Ann Intern Med.* 1990. Vol. 113. P. 872-881.

328. Must A., Szabo Z., Bodi N., Szasz A., Janka Z., Keri S. Sensitivity to reward and punishment and the prefrontal cortex in major depression // *Journal of Affective Disorders.* 2006. Vol.90. P. 209–215.

329. Nakasujja N., Allebeck P., Agren H., Musisi S., Katabira E. Cognitive Dysfunction among HIV Positive and HIV Negative Patients with Psychosis in Uganda // *PLoS One.* 2012. Vol.7(9). P. 44415

330. Nath A., Clements J.E. Eradication of HIV from the brain: reasons for pause // *AIDS.* 2011. Vol.5. P. 577–580.

331. Newville H., Haller D.L. Relationship of axis II pathology to sex- and drug-related risk behaviors among patients in HIV primary care // *AIDS Care*. 2012. Vol.24(6). P.763-768

332. NIDA InfoFacts: Drug Abuse and the link to HIV/AIDS and Other Infectious Diseases. 2011 // National Institute on Drug Abuse URL: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/DrugAbuse.html> (дата обращения: 09.01.2016).

333. Nield J., Magnusson B.M., Chapman D.A., Lapane K.L. Age at Sexual Debut and Subsequent Sexual Partnering in Adulthood Among American Men // *American Journal of Men's Health*. 2014. Vol.8(4). P. 327–334.

334. Nijjar R., Ellenbogen M.A., Hodgins S. Personality, coping, risky behavior, and mental disorders in the offspring of parents with bipolar disorder: A comprehensive psychosocial assessment // *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol.166 P. 315–323.

335. Noguchi H., Moore J.W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis // *J. Exp. Med.* 1913. Vol.17. P. 232–238.

336. Obiabo Y.O., Ogunrin O.A., Ogun A.S. Effects of highly active antiretroviral therapy on cognitive functions in severely immune-compromised HIV-seropositive patients // *J. Neurol. Sci.* 2012. Vol.313(1–2). P. 115–122.

337. Orlando M., Burnam M.A., Beckman R., Morton S.C., London A.S., Bing E.G., Fleishman J.A. Re-estimating the prevalence of psychiatric disorders in a nationally representative sample of persons receiving care for HIV: Results from the HIV cost and services utilization study // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2002. Vol.11(2). P. 75–82.

338. Orr S., Celantano D., Santelli J., Burwell L. Depressive symptoms and risk factors for HIV acquisition among black women attending urban health centers in Baltimore // *AIDS Education Prevention*. 1994. Vol.6. P. 230-236.

339. Ostrow D.E., Fox K.J., Chmiel J.S., Silvestre A., Visscher B.R., Venable P.A., Jacobson L.P., Strathdee S.A. Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men // *AIDS*. 2002. Vol.16. P. 775-780.

340. Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E., Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness // *Afr J Psychiatry*. 2009. Vol.12. P. 115-128.
341. Pace C.A., Lioznov D., Cheng D.M., Wakeman S.E., Raj A., Walley A.Y., Coleman S.M., Bridden C., Krupitsky E., Samet J.H. Sexually transmitted infections among HIV-infected heavy drinkers in St. Petersburg, Russia // *Int J STD AIDS*. 2012. Vol.23(12). P. 853–858.
342. Palfai T.P., Cheng D.M., Coleman S.M., Bridden C., Krupitsky E., Samet J.H. The influence of depressive symptoms on alcohol use among HIV-infected Russian drinkers // *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. Vol.134. P. 85–91.
343. Pandor A., Kaltenthaler E., Higgins A., Lorimer K., Smith S., Wylie K., Wong R. Sexual health risk reduction interventions for people with severe mental illness: a systematic review // *BMC Public Health*. 2015. Vol.15. P. 138.
344. Pandrea I., Happel K.I., Amedee A.M., Bagby G.J., Nelson S. Alcohol's role in HIV transmission and disease progression // *Alcohol Res. Health*. 2010. Vol.33. P. 203–218.
345. Panos S.E., Del Re A.C., Thames A.D., Arentsen T.J., Patel S.M., Castellon S.A., Singer E.J., Hinkin C.H. The impact of neurobehavioral features on medication adherence in HIV: Evidence from longitudinal models // *AIDS Care*. 2014. Vol.26(1). P. 79-86.
346. Pappin M., Wouters E., Booyesen F. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study // *BMC Public Health*. 2012. Vol.12. P. 244.
347. Pariante C.M., Lightman S.L. The HPA axis in major depression: Classical theories and new developments // *Trends in Neurosciences*. 2008. Vol.31. P. 464-468.
348. Passo M.S., Rosenbaum J.T. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection // *Amer J Ophthal*. 1988. Vol.106. P. 1-6.
349. Patkar A.A., Pradhan P.V., Shan L.P., Lokhadwala Y. Tertiary syphilis presenting as manic depressive psychosis // *Indian J. Psychiat*. 1989. Vol.31(3). P. 261-263.

350. Patterson T.L., Shaw W.S., Semple S.J., Cherner M., Nannis E., McCutchan J.A., Atkinson J.H., Grant I. Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression // *Ann Behav Med*. 1996. Vol.18. P. 30–39.

351. Pattij T., Wiskerke J., Schoffelmeer A.N. Cannabinoid modulation of executive functions // *European Journal of Pharmacology*. 2008. Vol.585(2–3). P. 458–463.

352. Paz-Bailey G., Meyers A., Blank S., Brown J., Rubin S., Braxton J., Zaidi A., Schafzin J., Weigl S., Markowitz L.E. A case–control study of syphilis among men who have sex with men in New York City: association With HIV infection // *Sex Transm Dis*. 2004. Vol.31(10). P. 581–587.

353. Pearce J.M.S. Brain Disease Leading to Mental Illness: A Concept Initiated by the Discovery of General Paralysis of the Insane // *Eur. Neurol*. 2012. Vol.67. P. 272–278.

354. Pecoraro A., Mimiaga M., O’Cleirigh C., Safren S.A., Blokhina E., Verbitskaya E., Yaroslavtseva T., Ustinov A., Lioznov D.A., Zvartau E., Krupitsky E., Woody G.E.. Depression, substance use, viral load, and CD4+ count among patients who continued or left antiretroviral therapy for HIV in St. Petersburg, Russian Federation // *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2015. Vol.27(1). P. 86-92.

355. Pecoraro A., Royer-Malvestuto C., Rosenwasser B., Moore K., Howell A., Ma M., Woody G.E. Factors contributing to dropping out from and returning to HIV treatment in an inner city primary care HIV clinic in the United States // *AIDS Care*. 2013. Vol.25(11). P. 1399-1406.

356. Peng E.Y.-C., Lee M.B., Morisky D.E., Yeh C.Y., Farabee D., Lan Y.C., Chen Y.M., Lyu S.Y. Psychiatric Morbidity in HIV-infected Male Prisoners // *J Formos Med Assoc*. 2010. Vol.109(3). P. 177-184.

357. Perry S., Karasic D. Depression, adherence to HAART, and survival // *Focus*. 2002. Vol.17. P. 5-6.

358. Petrova N., Varshavsky S., Vasilyeva I. Translation of quality of life questionnaire: first experience in Russia // In 2nd Congress of the International Society of Quality of Life Research, Montreal, Canada. 1995. P. 498.
359. Petrushkin H., Boardman J., Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda // *Psychiatric Bulletin*. 2005. Vol.29. P. 455-458.
360. Pol S., Artru P., Thépot V., Berthelot P., Nalpas B. Improvement of the CD4 cell count after alcohol withdrawal in HIV-positive alcoholic patients // *AIDS*. 1996. Vol.10. P. 1293-1294.
361. Power C., Boisse L., Rourke S., Gill M.J. NeuroAIDS: an evolving epidemic // *Can J Neurol Sci*. 2009. Vol.36. P. 285–295
362. Quaglio G., Lugoboni F., Pattaro C., Montanari L., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D.C. Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients // *BMC Public Health*. 2006. Vol.23(6). P. 216.
363. Quinn T.C., Wawer M.J., Sewankambo N. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 // *N Engl J Med*. 2000. Vol.342(13). P. 921-929.
364. Rabkin, J.G. HIV and depression: 2008 review and update // *Current HIV/AIDS Reports*. 2008. Vol.5. P. 163–171.
365. Radolf J.D., Lukehart S.A. Pathogenic Treponema Molecular and Cellular Biology // Norfolk, United Kingdom: Caister Academic Press. 2006. P. 212–213.
366. Rahman S., Trimzi I., Centers N., Markman L., Mancuso M., Rana A., Gallucci G. Neurosyphilis and organic psychosis // *Del Med J*. 2011. Vol.83(10). P. 313-315.
367. Raj A. (a), Cheng D.M., Krupitsky E.M., Coleman S., Briden C., Samet J. H. Correlates of Any Condom Use Among Russian Narcology Patients Reporting Recent Unprotected Sex // *AIDS Behav*. 2009. Vol.13(2). P. 310–317.
368. Raj A. (b), Cheng D.M., Krupitsky E.M., Sci D., Levenson S., Egorova V.Y., Meli S., Zvartau E.E., Samet J.H. Binge Drinking and Unsafe Sex: A Study of

Narcology Hospital Patients from St. Petersburg, Russia // *Subst Abus.* 2009. Vol.30(3). P. 213–222.

369. Ramrakha S., Paul C., Bell M.L., Dickson N., Moffitt T.E., Caspi A. The Relationship Between Multiple Sex Partners and Anxiety, Depression, and Substance Dependence Disorders: A Cohort Study // *Arch Sex Behav.* – 2013. №42. – P. 863–872.

370. Rehm J., Shield K.D., Joharchi N., Shuper P.A. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies // *Addiction.* 2012. Vol.107(1). P. 51–59.

371. Reis R.K., Haas V.J., Santos C.B., Teles S.A., Galvão M.T., Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS // *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011. Vol.19(4). P. 874–881.

372. Reisner S.L., Mimiaga M.J., Skeer M., Bright, D., Cranston, K., Isenberg D., Bland S., Barker T.A., Mayer K.H. Clinically significant depressive symptoms as a risk factor for HIV infection among Black MSM in Massachusetts // *AIDS and Behavior.* 2009. Vol.13. P. 798–810.

373. Risser J.M.H., Timpson S.C., McCurdy S.A., Ross M.W., Williams M.L. Psychological correlates of trading sex for money among African American crack cocaine smokers // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2006. Vol.32. P. 645–653.

374. Ritchwood T.D., Ford H., DeCoster J., Sutton M., Lochman J.E. Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis // *Children and Youth Services Review.* 2015. Vol.52. P. 74–88.

375. Robertson J.A., Plant M.A. Alcohol, sex and risks of HIV infection // *Drug and Alcohol Dependence.* 1988. Vol.22. P. 75–78.

376. Robinson-Papp J., Elliott K.J., Simpson D.M. HIV-related neurocognitive impairment in the HAART era // *Curr. HIV/AIDS Rep.* 2009. Vol.6(3). P. 146–152.

377. Rogers M.A., Kasai K., Koji M., Fukuda R., Iwanami A., Nakagome K., Fukuda M., Kato N. Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: A

review of neuropsychological and imaging evidence // *Neuroscience Research*. 2004. Vol.50. P. 1–11.

378. Rompalo A.M., Joesoef M.R., O'Donnell J.A., Augenbraun M., Brady W., Radolf J.D., Johnson R., Rolfs R.T. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender. Results of the syphilis and HIV study // *Sex. Transm. Dis.* 1997. Vol.28. P. 158–165.

379. Rosenberg S.D., Goodman L.A., Osher F.C., Swartz M.S., Essock S.M., Butterfield M.I., Constantine N.T., Wolford G.L., Salyers M.P. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness // *Am J Public Health*. 2001. Vol.91. P. 31–37.

380. Rosenbloom M.J., Sullivan E.V., Sassoon S.A., O'Reilly A., Fama R., Kemper C.A., Deresinski S., Pfefferbaum A. Alcoholism, HIV infection, and their comorbidity: factors affecting self-rated health-related quality of life // *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2007. Vol.68. P. 115–125.

381. Rosser S.B.R., Noor S., Iantaffi A. Normal, Problematic and Compulsive Consumption of Sexually Explicit Media: Clinical Findings using the Compulsive Pornography Consumption (CPC) Scale among Men who have Sex with Men // *Sex Addict Compulsivity*. 2014. Vol. 21(4). P. 276–304.

382. Rufli T. Syphilis and HIV Infection // *Dermatologica*. 1989. Vol.179. P. 113–117.

383. Ruhhran J. Guillaume de Baillou (Ballonius) 1538-1616 // *Am. J. Dis. Child*. 1928. Vol.36(6). P. 1263–1265.

384. Ruisenor-Escudero H., Wirtz A.L., Berry M., Mfochive-Njindan I., Paikan F., Yousufi H.A., Yadav R.S., Burnham G., Vu A. Risky behavior and correlates of HIV and Hepatitis C Virus infection among people who inject drugs in three cities in Afghanistan // *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. Vol.143. P. 127–133.

385. Safren S.A., O'Cleirigh C.M., Bullis J.R., Otto M.W., Stein M.D., Pollack M. Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in HIV-infected injection drug, users: a randomized controlled trial // *J. Consult. Clin. Psychol*. 2012. Vol.80. P. 404–415.

386. Salazar J.C., Cruz A.R., Pope C.D., Valderrama L., Trujillo R., Saravia N.G., Radolf J.D. *Treponema pallidum* elicits innate and adaptive cellular immune responses in skin and blood during secondary syphilis: A flow-cytometric analysis // *J Infect Dis*. 2007. Vol.195(6). P. 879-887.

387. Säll L., Salamon E., Allgulander C., Owe-Larsson B. Psychiatric symptoms and disorders in HIV infected mine workers in South Africa // *Afr J Psychiatry*. 2009. Vol.12. P. 206-212.

388. Samet J.H., Cheng D.M., Libman H., Nunes D., Alperen J.K., Saitz R. Alcohol, consumption and HIV disease progression // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2007. Vol.46. P. 194–199.

389. Sassoon S.A., Rosenbloom M.J., Fama R., Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Selective neurocognitive deficits and poor life functioning are associated with significant depressive symptoms in alcoholism-HIV infection comorbidity // *Psychiat. Res*. 2012. Vol.199(2). P. 102–110.

390. Satterwhite C.L., Torrone E., Meites E., Dunne E.F., Mahajan R., Ocfemia M.C., Su J., Xu F., Weinstock H. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2008 // *Sex Transm Dis*. 2013. Vol.40(3). P. 187-193.

391. Savage E.J., Marsh K., Duffell S., Ison C.A., Zaman A., Hughes G. Rapid increase in gonorrhoea and syphilis diagnoses in England in 2011 // *Euro Surveill*. 2012. Vol.17(29). P. 20224.

392. Sayal K., Checkley S., Rees M., Jacobs C., Harris T., Papadopolous A., Poon L. Effects of social support during weekend leave on cortisol and depression ratings: A pilot study // *Journal of Affective Disorders*. 2002. Vol.71. P. 153-157.

393. Scanavino M.T., Abdo C.H.N. Sexual dysfunctions among people living with aids in Brazil // *Clinics*. 2010. Vol.65(5). P. 511-519.

394. Scheer S., Chu P.L., Klausner J.D., Katz M.H., Schwarcz S.K. Effect of highly active antiretroviral therapy on diagnoses of sexually transmitted diseases in people with AIDS // *Lancet*. 2001. Vol.357. P. 432-435.

395. Schiff E., Lindberg M. Neurosyphilis // Southern Medical Journal. 2002. Vol.95(9). P. 1083-1087.
396. Sellati T.J., Wilkinson D.A., Sheffield J.S., Koup R.A., Radolf J.D., Norgard M.V. Virulent *Treponema pallidum*, lipoprotein, and synthetic lipopeptides induce CCR5 on human monocytes and enhance their susceptibility to infection by human immunodeficiency virus type 1 // J Infect Dis. 2000. Vol.181. P. 283.
397. Semple S.J., Zians J., Strathdee S.A., Patterson T.L. Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men // Archives of Sexual Behavior. 2009. Vol.38(4). P. 583–90.
398. Seth P., Rajji P.T., DiClemente R.J., Wingood G.M., Rose E. Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents // Psychology, Health, & Medicine. 2009. Vol.14. P. 291-300.
399. Sethi A.K., Celentano D.D., Gange S.J., Gallant J.E., Vlahov D., Farzadegan H. High-risk behavior and potential transmission of drug-resistant HIV among injection drug users // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. 2004. Vol.35(5). P. 503–510.
400. Sexton J., Garnett G., Rottingen J.A. Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection // Sex Transm Dis. 2005. Vol.32. P. 351–357.
401. Sexually transmitted diseases surveillance, 2008 // Centers for Disease Control and Prevention URL: <http://www.cdc.gov/std/stats08/syphilis.htm> (дата обращения: 01.09.2016).
402. Shacham E., Basta T.B., Reece M. Relationship of psychological distress and unprotected sex among individuals with HIV seeking mental health care // Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care. 2009. Vol.8(2). P. 93–99.

403. Shacham E., Nurutdinova D., Satyanarayana V., Stamm K., Overton E.T. Routine screening for depression: Identifying a challenge for successful HIV care // *AIDS Patient Care and STDs*. 2009. Vol.23. P 949–955.
404. Shrier L.A., Schillinger J.A., Aneja P., Rice P.A., Batteiger B.E., Braslins P.G., Orr D.P., Fortenberry J.D. Depressive symptoms and sexual risk behavior in young, chlamydia-infected, heterosexual dyads // *Journal of Adolescent Health*. 2009. Vol.45(1). P. 63–69.
405. Shuper P.A., Neuman M., Kanteres F., Baliunas D., Joharchi N., Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS – a systematic review // *Alcohol*. 2010. Vol.45. P. 159–166.
406. Shuper P.A., Joharchi N., Irving H., Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected, sexual behavior among people living with HIV/AIDS: review and meta-analysis // *AIDS Behav*. 2009. Vol.13. P. 1021–1036.
407. Schuster R., Bornovalova M., Hunt E. The Influence of Depression on the Progression of HIV: Direct and Indirect Effects // *Behavior Modification*. 2012. Vol.36(2). P. 123–145.
408. Silveira M.P., Guttier M.C., Pinheiro C.A., Pereira T.V., Cruzeiro A.L., Moreira L.B. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy // *Rev Bras Psiquiatr*. 2012. Vol.34(2). P. 162-167.
409. Simioni S., Cavassini M., Annoni J.M., Rimbault A. A., Bourquin, I., Schiffer V., Calmy A., Chave J.P. Giacobini E., Hirschel B., Du Pasquier R. A. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia // *AIDS*. 2010. Vol.24. P. 1243–1250.
410. Simoni J.M., Safren S.A., Manhart L.E., Lyda K., Grossman C.I., Rao D., Mimiaga M.J., Wong F.Y., Catz S.L., Blank M.B., DiClemente R., Wilson I.B. Challenges in addressing depression in HIV research: assessment, cultural context, and methods // *AIDS Behav*. 2011. Vol.15. P. 376–388.
411. Simons J.S., Maisto S.A., Wray T.B. Sexual risk taking among young adult dual alcohol and marijuana users // *Addictive Behaviors*. 2010. Vol.35 P. 533–536.

412. Singh S., Thappa D.M., Jaisankar T.J., Sujatha S. Sexual co-transmission of HIV, hepatitis B, and hepatitis C viruses // *Sexually Transmitted Infections*. 2000. Vol.76. P. 317-318.

413. Sipp T.L., Blank S.E., Lee E.G., Meadows G.G. Plasma corticosterone response to chronic ethanol consumption and exercise stress // *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*. 1993. Vol.204. P. 184-190.

414. Sledjeski E.M., Delahanty D.L., Bogart L.M. Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV // *AIDS Patient Care STDs*. 2005. Vol.19. P. 728-736.

415. Solano L., Costa M., Salvati S., Coda R., Aiuti F., Mezzaroma I., Bertini M. Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: A longitudinal study // *Journal of Psychosomatic Research*. 1993. Vol.37. P. 39-51.

416. Solomon M.M., Mayer K.H., Glidden D.V., Liu A.Y., McMahan V.M., Guanira J.V., Chariyalertsak S., Fernandez T., Grant R.M. Syphilis Predicts HIV Incidence Among Men and Transgender Women Who Have Sex With Men in a Preexposure Prophylaxis Trial // *CID*. 2014. Vol.59. P. 1020-1026.

417. Song Y.S., Ingram K.M. Unsupportive social interactions, availability of social support, and coping: Their relationship to mood disturbance among African Americans living with HIV // *Journal of Social and Personal Relationships*. 2002. Vol.19. P. 67-85.

418. Spornraft-Ragaller P., Schmitt J., Stephan V., Boashie U., Beissert S. Characteristics and coinfection with syphilis in newly HIV-infected patients at the University Hospital Dresden 1987–2012 // *JDDG*. 2014. 707-716.

419. Springer S.A., Dushaj A., Azar M.M. The Impact of DSMIV Mental Disorders on Adherence to Combination Antiretroviral Therapy Among Adult Persons Living with HIV/AIDS: A Systematic Review // *AIDS and Behavior*. 2012. Vol.16(8). P. 2119-2143.

420. Stahlman S., Grosso A., Ketende S., Sweitzer S., Mothopeng T., Taruberekera N., Nkonyana J., Baral S. Depression and Social Stigma Among MSM

in Lesotho: Implications for HIV and Sexually Transmitted Infection Prevention // *AIDS Behav.* 2015. Vol.19(8). P. 1460-1469.

421. Stall R., Mills T.C., Williamson J., Hart T., Greenwood G., Paul J., Pollack L., Binson D., Osmond D., Catania J.A. Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men // *American Journal of Public Health.* 2003. Vol.93. P. 939–942.

422. Stolte I.G., Dukers N.H., de Wit J.B., Fennema J.S., Coutinho R.A. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART // *Sex Transm Infect.* 2001. Vol.77. P. 184-186.

423. Sullivan L.E., Goulet J.L., Justice A.C., Fiellin D.A. Alcohol consumption and depressive symptoms over time: a longitudinal study of patients with and without HIV infection // *Drug Alcohol Depend.* 2011. Vol.117. P. 158–163.

424. Sullivan L.E., Saitz R., Cheng D.M., Libman H., Nunes D., Samet J.H. The impact of alcohol use on depressive symptoms in human immunodeficiency virus-infected patients // *Addiction.* 2008. Vol.103. P. 1461–1467.

425. Tabakoff B., Jafee R.C., Ritzmann R.F. Corticosterone concentrations in mice during ethanol drinking and withdrawal // *Journal of Pharmacy and Pharmacology.* 1978. Vol.30. P. 371-374.

426. Taniguchi T., Shacham E., Önen N.F., Grubb J.R., Overton E.T. Depression severity is associated with increased risk behaviors and decreased CD4 cell counts // *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV.* 2014. Vol.26(8). P. 1004-1012.

427. Taycan O., Ugur M., Ozmen M. Quetiapine vs. risperidone in treating psychosis in neurosyphilis: a case report // *Gen Hosp Psychiatry.* 2006. Vol.28(4). P. 359-361.

428. Tchernev G., Cardoso J., Trafeli J., Kupcova G., Sucha N., Ananiev J. Early syphilitic meningoencephalitis masquerading as postclimacteric endogenous depression--a unique dermatologic presentation // *Akush Ginekol (Sofia).* 2011. Vol.50(2). P. 48-51.

429. Teixeira A.L., Malheiros J.A., Lambertucci J.R. Rapid progressive dementia associated with neurosyphilis // *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2006. Vol.39(4). P. 390-391.
430. Thompson S.C., Nanni C., Levine A. The stressors and stress of being HIV-positive // *AIDS Care*. 1996. Vol.8. P. 5-14.
431. Timmermans M., Carr J. Neurosyphilis in the modern era // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004. Vol.75. P. 1727–1730.
432. Treisman G., Fishman M., Schwartz J. Mood disorders in HIV infection // *Depression and anxiety*. 1998. Vol.7. P. 178–187.
433. Tull M.T., Gratz K.L. Major Depression and Risky Sexual Behavior Among Substance Dependent Patients: The Moderating Roles of Distress Tolerance and Gender // *Cogn Ther Res*. 2013. Vol.37. P. 483–497.
434. Turner-Cobb J.M., Sephton S.E., Koopman C., Blake-Mortimer J., Spiegel D. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer // *Psychosomatic Medicine*. 2000. Vol.62. P. 337-345.
435. Tyndall M.W., Patrick D., Spittal P., Li K., O'Schaughnessy M.V., Schechter M.T. Risky sexual behaviors among injection drug users with high HIV prevalence: Implications for STD control // *Sexually Transmitted Infections*. 2002. Vol.78(1). P. 170–175.
436. Tyurina A., Krupitsky E., Cheng D.M., Coleman S.M., Walley A.Y., Briden C., Gnatienko N., Zvartau E., Raj A., Samet J.H. Is cannabis use associated with HIV drug and sex risk behaviors among Russian HIV-infected risky drinkers? // *Drug and Alcohol Dependence*. 2013. Vol.132 P. 74–80.
437. Uchino B.N., Cacioppo J.T., Kiecolt-Glaser J.K. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health // *Psychological Bulletin*. 1996. Vol.119. P. 488-531.
438. UNAIDS/WHO: AIDS Epidemic Update. 2005 [August 31, 2007] // URL: http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp (дата обращения: 09.01.2016).

439. United Nations Office on Drugs and Crime, 2010. // 2010 World Drug Report. United Nations Publication URL: http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf (дата обращения: 09.01.2016).

440. Upadhyaya H.P., Deas D., Brady K.T., Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2002. Vol.41. P. 1294-1305.

441. Vajpayee M., Malhotra N., Seth P., Takkar D., Pandey R.M. HIV seropositivity in women with syphilis in Delhi, India // Sex Transm Infect. 2000. Vol.76. P. 59-60.

442. Vance D.E. The cognitive consequences of stigma, social withdrawal, and depression in adults aging with HIV // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Hlth Serv. 2013. Vol.51(15). P. 18–20.

443. Vanable P.A., Carey M.P., Carey K.B., Maisto S.A. Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of a Sexually Transmitted Infection // J Prev Interv Community. 2007. Vol.33. P. 79–94.

444. Vannappagari V. Monitoring sexual behavior in the Russian Federation: the Russia longitudinal monitoring survey 1992–2003. 2004. // URL: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PBAAE024.pdf (дата обращения: 09.01.2016).

445. Vargas A.P., Carod-Artal F.J., Del Negro M.C., Rodrigues M.P.C. Demencia por Neurosifilis. Evolucao Clinica e Neuropsicologica de um Paciente // Arq. Neuro-Psiquiatr. 2000. Vol.58(2). P. 578-582.

446. Vinet-Oliphant H., Alvarez X., Buza E., Borda J.T., Mohan M., Aye P.P., Tuluc F., Douglas S.D., Lackner A.A. Neurokinin-1 Receptor (NK1-R) expression in the brains of SIV-infected rhesus macaquesimplications for substance P in NK1-R immune cell trafficking into the CNS // The American Journal of Pathology. 2010. Vol.177. P. 1286–1297.

447. Vlajinak H., Sipetic S., Bjekic M., Savcic G., Marinkovic J. Outbreak of early syphilis in an institution for the care of adults with mental disorders // *Epidemiol. Infect.* 2006. Vol.134. P. 585–588.
448. Wainberg M.L., McKinnon K., Elkington K.S., Mattos P.E., Gruber Mann C., De Souza Pinto D., Otto-Salaj L., Cournos F. HIV risk behaviors among outpatients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil // *World Psychiatry.* 2008. Vol.7. P. 166-172.
449. Waldrop-Valverde D., Valverde E. Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users // *AIDS Patient Care and STDs.* 2005. Vol.19. P. 326-334.
450. Walley A.Y., Krupitsky E.M., Cheng D.M., Raj A., Edwards E.M., Bridden C., Egorova V.Y., Zvartau E.E., Woody G.E., Samet J.H. Implications of Cannabis Use and Heavy Alcohol Use on HIV Drug Risk Behaviors in Russian Heroin Users // *AIDS Behav.* 2008. Vol.12. P. 662–669.
451. Walch S.E., Rudolph S.M. Negative affect and risk for human immunodeficiency virus: one size may not fit all // *Am J Health Promot.* 2006. Vol.20(5). P. 324-333.
452. Walsh J.L., Fielder R.L., Carey K.B., Carey M.P. Do Alcohol and Marijuana Use Decrease the Probability of Condom Use for College Women? // *Journal of Sex Research.* 2014. Vol.51(2). P. 145–158.
453. Wang X., Lan G., Shen Z., Vermund S.H., Zhu Q., Chen Y., Khoshnood K., Wu Z., Tang Z. HIV and syphilis prevalence trends among men who have sex with men in Guangxi, China: yearly cross-sectional surveys, 2008–2012 // *BMC Infectious Diseases.* 2014. Vol.14. P. 367.
454. Ward H., Ronn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV // *Curr Opin HIV AIDS.* 2010. Vol.5. P. 305–310.
455. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre. 1994.

456. Wasserhert J.N. Epidemiological synergy: interrelation between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases // *Sex. Transm. Dis.* 1992. Vol.19. P. 61–77.
457. Weeks M.R., Grier M., Romero-Daza N., Puglisi-Vasquez M.J., Singer M. Streets, drugs, and the economy of sex in the age of AIDS // *Women Health.* 1998. Vol.27. P. 205-229.
458. Weinhardt L.S., Carey M.P. Does alcohol lead to sexual risk behavior? Findings from event-level research // *Annu Rev Sex Res.* 2000. Vol.11. P. 125–157.
459. Weinstein A., Katz L., Eberhardt H., Cohen K., Lejoyeux M. Sexual compulsion – Relationship with sex, attachment and sexual orientation // *Journal of Behavioral Addictions.* 2015. Vol. 4(1). P. 22–26.
460. Wen X.J., Balluz L., Town M. Prevalence of HIV risk behaviors between binge drinkers and non-binge drinkers aged 18- to 64-years in US, 2008 // *J. Community Health.* 2012. Vol.37. P. 72–79.
461. Whetten K., Reif S., Whetten R., Murphy-McMillan L.K. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care // *Psychosomatic Medicine.* 2008. Vol.70. P. 531-538.
462. Williams C.T., Latkin C.A. The role of depressive symptoms in predicting sex with multiple and high-risk partners // *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005. Vol.38(1). P. 69-73.
463. Wray T.B., Simons J.S., Maisto S.A. Effects of alcohol intoxication and autonomic arousal on delay discounting and risky sex in young adult heterosexual men // *Addictive Behaviors.* 2015. Vol.42. P. 9–13.
464. Xiao Y., Sun J., Li C., Lu F., Allen K.L., Vermund S.H., Jia Y. Prevalence and correlates of HIV and syphilis infections among men who have sex with men in seven provinces in China with historically low HIV prevalence // *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010. Vol.53(1). P. 66–73.
465. Yan A.F., Chiu Y., Stoesen C.A., Wang M.Q. STD-/HIV-related sexual risk behaviors and substance use among US rural adolescents // *Journal of the National Medical Association.* 2007. Vol.99(12). P. 1386.

466. Yao Y. Neurosyphilis presenting with psychotic symptoms and status epilepticus // *Neuril. Sci.* 2012. Vol.33(1). P. 99-102.
467. Yaya I., Saka B., Landoh D.E., Patchali P’N.M., Makawa M.-S., Senanou S., Idrissou D., Lamboni B., Pitche P. Sexual risk behavior among people living with HIV and AIDS on antiretroviral therapy at the regional hospital of Sokodé, Tog // *BMC Public Health.* 2014. Vol.14. P. 636.
468. Yehia B.R., Stephens-Shield A.J., Momplaisir F., Taylor L., Gross R., Dubé B., Glanz K., Brady K.A. Health Outcomes of HIV-Infected People with Mental Illness // *AIDS Behav.* 2015. Vol.19(8). P. 1491-1500.
469. Zeng Y.-L., Wang W.-J., Zhang H.-L., Chen F.Y., Huang S.J., Liu G.L., Xi Y., Guo X.J., Zheng W.H., Yang T.C. Neuropsychiatric disorders secondary to neurosyphilis in elderly people: one theme not to be ignored // *International Psychogeriatrics.* 2013. Vol.25(9). P. 1513–1520.
470. Zetola N.M., Klausner J.D. Syphilis and HIV infection: an update // *Clin Infect Dis.* 2007. Vol.44(9). P. 1222-1228.
471. Zhan W., Shaboltas A.V., Skochilov R.V., Kozlov A.P., Krasnoselskikh Abdala N. Depressive symptoms and unprotected sex in St. Petersburg, Russia // *J. Psychosom. Res.* 2012. Vol.72. P. 371–375.
472. Zhang W., O’Brien N., Forrest J.I., Salters K.A., Patterson T.L., Montaner J.S., Hogg R.S., Lima V.D. Validating a Shortened Depression Scale (10 Item CES-D) among HIV-Positive People in British Columbia, Canada // *PLoS One.* 2012. Vol.7(7). P. 40793.
473. Zheng D., Zhou D., Zhao Z., Liu Z., Xiao S., Xing Y., Suo W.Z., Liu J. The clinical presentation and imaging manifestation of psychosis and dementia in general paresis: a retrospective study of 116 cases // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2011. Vol.23(3). P. 300-307.
474. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983. Vol.67(6). P. 361–370.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВТ – антиретровирусная терапия

ВАНКР – ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВН – вирусная нагрузка

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГМ – головной мозг

ИБ – история болезни

ИППП – инфекции, передающиеся половым путём

КЖ – качество жизни

МСЖ – мужчины, занимающиеся сексом с женщинами

МСМ – мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами

ПАВ – психоактивные вещества

СПИД – синдром приобретённого уммунодефицита

ЦНС – центральная нервная система

ПРИЛОЖЕНИЕ**Скрининговая анкета для изучения социального статуса и особенностей рискованного поведения**

Ваш пол (верное обвести):

- мужской
- женский

Год рождения /возраст _____

Дата заполнения анкеты _____

Инструкция: ответьте на ниже представленные вопросы путем пометки в виде «галочки» или обведите верный ответ.

1.Образование:

- высшее
- незаконченное высшее
- среднее специальное образование
- среднее образование
- неполное среднее

2. Профессиональная занятость

- работаю (должность _____)
- временно не работаю
- учусь
- пенсионер по возрасту
- инвалид по заболеванию

3. Семейное положение

- состою в браке
- состою в гражданском браке
- в разводе
- в отношениях не состою
- вдовец/вдова

4. Наличие детей

- дети есть
- детей нет

5. Укажите, пожалуйста, возраст начала половой жизни _____

6. Укажите, пожалуйста, количество Ваших постоянных на данный момент времени половых партнеров (срок отношений более 12 месяцев)

7. Бывали ли у Вас случайные половые связи в течение жизни?

- да
- нет

8. Если на вопрос №7 Вы ответили положительно, то всегда ли Вы использовали барьерные способы контрацепции в этих случаях?

- всегда
- не всегда

9. Укажите, пожалуйста, общее количество половых партнёров за последние 6 месяцев _____

10. Укажите, пожалуйста, количество случайных половых партнеров за последние 6 месяцев _____

11. Какой метод барьерной контрацепции Вы используете (верные ответы подчеркнуть)?

- механический:
 - а. презервативы;
 - б. влагалищные диафрагмы;
 - в. колпачки.
- химическим (спермициды);
- сочетание этих двух путей (комбинированный).

12. Пользовались ли Вы услугами коммерческого секса?

- да
- нет

13. Если на вопрос №12 Вы ответили положительно, то защищенными ли были эти контакты?

- да, защищёнными
- нет, не защищёнными
- не всегда защищёнными.

14. Платили ли Вам за сексуальные контакты?

- да
- нет.

15. Если на вопрос №14 Вы ответили положительно, то каким способом осуществлялась оплата?

- денежный эквивалент;
- наркотические вещества;
- другой способ: _____

16. Участвовали ли Вы когда-нибудь в криминальной деятельности?

- да
- нет

17. Если на вопрос №16 Вы ответили «да», то есть ли у Вас судимости?

- да
- нет

18. Вступали ли Вы в вагинальные, оральные или анальные контакты с партнерами противоположного пола без презерватива?

- да
- нет

19. Был ли у Вас опыт гомосексуальных контактов?

- да
- нет

20. Потребляете ли Вы алкоголь?

- да
- нет

21. Как часто Вы потребляете алкоголь?

- ежедневно
- несколько раз в неделю
- несколько раз в месяц
- реже раза в месяц

22. Потребляли ли Вы когда-либо наркотические вещества?

- да
- нет

23. Если на вопрос №22 Ваш ответ «да», употребление какого-либо наркотического вещества было:

- однократным
- многократным

24. Использовали ли Вы когда-нибудь инъекционный путь введения наркотиков?

- да
- нет

25. Если на вопрос №24 Ваш ответ «да», то было ли это с использованием индивидуального шприца или иглы?

- да
- нет

26. Какие наркотические вещества Вы потребляли используя инъекционный способ введения?

- героин (метадон)
- амфетамины (эфедрон)
- другие: _____

27. Какие наркотические вещества Вы потребляли используя другие способы введения (не инъекционно)?

- психостимуляторы (амфетамины, кокаин)
- галлюциногены
- каннабиноиды
- другие: _____

28. Потребляете ли Вы наркотические вещества сейчас?

- да
- нет

29. Если на вопрос №28 Ваш ответ «да», то какие наркотические вещества:

- опиаты (героин, метадон)
- психостимуляторы (кокаин, эфедрон, экстази)

30. Выявляли ли ранее у Вас заболевания, передающиеся половым путем:

- да
- нет

31. Если на вопрос №30 Ваш ответ «да», то какие заболевания?

- гонорея
- сифилис
- ВИЧ
- уреаплазмоз
- хламидиоз
- трихомониаз
- другие: _____

32. Проводилось ли лечение?

- да
- нет

33. Выявляли ли у Вас вирусный гепатит В?

- да
- нет

34. Выявляли ли у Вас вирусный гепатит С?

- да
- нет

35. Обследован ли Ваш половой партнёр на инфекции, передающиеся половым путём?

- да
- нет

36. Если на вопрос №35 Вы ответили «да», то были ли выявлены у Вашего полового партнёра какие либо ИППП?

- да, были выявлены
- нет, выявлены не были

36. Если на вопрос №35 Вы ответили «да, выявили», то какие инфекции были выявлены у Вашего полового партнёра?

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ!