

ОБЗОР

УДК 159.9:616-097

МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И.М.Улюкин

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

© И.М.Улюкин, 2017 г.

Депрессии негативно влияют на эмоциональное состояние больных и могут определять развитие осложнений соматической патологии. По методике «Шкала для экспресс-психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств» [Беспалько И.Г., 2004] нами было проведено выявление маскированных депрессий, так и явных депрессий, сопровождающих соматическую патологию, у женщин в динамике ВИЧ-инфекции, в зависимости от получения ими антиретровирусной терапии. В экспериментально-психологическом исследовании приняли участие 84 женщины (средний возраст $32,02 \pm 4,36$ года) на разных стадиях и при различной длительности заболевания. 62 пациентки получили антиретровирусную терапию в соответствии с отечественными и международными рекомендациями, а у 22 пациенток имело место естественное течение болезни. Данными методики показано, что в область диагностической неопределенности попали 58% женщин контрольной группы (авторы методики считают, что нормативная группа здоровых занимает промежуточную зону неопределенного диагноза — область между больными неврозами и маниакально-депрессивным психозом, то есть характерологические признаки шкалы у здоровых выражены умеренно, а у больных с четким диагнозом депрессии — при неврозах или маниакально-депрессивном психозе в крайней степени), а в область невротического спектра депрессии — 20%. В группах пациенток с ВИЧ-инфекцией вне зависимости от получения ими антиретровирусной терапии получены сходные результаты (к области диагностической неопределенности в зависимости от длительности заболевания при естественном его течении относились 63,64% пациенток, на фоне антиретровирусной терапии — 58,10%; к невротическому спектру депрессии относились 18,2 и 19,35% пациенток соответственно). Единичные случаи депрессии по шкале I (шкала Д-Н, использованной методики) обусловлены, вероятно, преморбидными свойствами личности респонденток, как в группе исследования, так и в контрольной группе. Интересным представляется выявленный факт, у женщин, больных ВИЧ-инфекцией, как в отсутствие, так и на фоне антиретровирусной терапии, уровень эндогенной депрессии (шкала I) в динамике заболевания практически не нарастает, оставаясь в то же время достоверно более высоким ($p < 0,05$), чем уровень невротической депрессии (по шкале II — шкала МДП-Д, неврозы — использованной методики), кроме как на стадии СПИДа в случае получения специфической терапии, что, возможно, обусловлено развитием психоорганического синдрома (синоним: органический психосиндром) с астеническими и апатическими чертами. При сравнении аналогичных показателей пациенток, получающих и не получающих антиретровирусную терапию, в динамике заболевания (на разных стадиях и при разной длительности заболевания) достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). Так как вопрос о возможности прогнозирования вероятности развития ВИЧ-ассоциированных психических расстройств остается открытым, это требует внимательного медико-психологического сопровождения таких больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, женщины, скрытая депрессия, психологическая диагностика.

LATENT DEPRESSION IN HIV AFFECTED WOMEN

I.M.Uliukin

Military Medical Academy named after S.M.Kirov, Saint-Petersburg, Russia

Depressions negatively affects the patients emotional state and it can determine the development of complications of somatic pathology. Using the «Scale for the Express Psychological Diagnosis of Low-Structured Depressive Disorders» [Bespalko I.G., 2004], We have identified masked depressions and apparent depressions accompanying somatic pathology in women in the dynamics of HIV infection, depending on their receipt of antiretroviral therapy. 84 women participated in the experimental psychological study (mean age $32,02 \pm 4,36$) at different stages and for different duration of the disease. 62 patients received antiretroviral therapy in accordance with domestic and international recommendations, and 22 patients had a natural course of the disease. It was shown that 58% of women in the control group fell into the area of diagnostic uncertainty (the author of this

technique consider that the normative group of healthy people occupies an intermediate zone of an indeterminate diagnosis, that is, the area between diseased neuroses and manic-depressive psychosis; that's, the characterological signs of the scale in the healthy are moderately expressed, and in patients with a clear diagnosis of depression with neuroses or manic-depressive psychosis — to the extreme degree), and 20% in the neurotic spectrum of depression. In the groups of patients with HIV infection, regardless of their receive of antiretroviral therapy, similar results were obtained (to the field of diagnostic uncertainty, depending on the duration of the disease in its natural course, there were 63,64% of patients, against antiretroviral therapy — 58,10%, the neurotic spectrum of depression included 18,2% and 19,35% of patients, respectively). Single cases of depression on the scale I (D-N scale) are probably due to the premorbid properties of the personality of the respondents, both in the study group and in the control group. It is interesting to note the fact that in women with HIV infection both in the absence and in the presence of antiretroviral therapy, the level of endogenous (scale I) in the dynamics of the disease practically does not increase, remaining at the same time significantly higher ($p < 0,05$), than the level of neurotic depression (scale II — manic-depressive psychosis, neuroses scale), except at the stage of AIDS in the case of receiving specific therapy, which may be due to the development of psychoorganic syndrome (synonym: organic psychosyndrome), with asthenic and apathetic traits. Comparing a similar indicators of patients receiving and not receiving antiretroviral therapy, there were no significant differences in the dynamics of the disease (at different stages and for different duration of the disease) ($p > 0,05$). Since the question of the possibility of predicting the likelihood of developing HIV-associated psycho-neurological disorders remains open, this requires careful medical and psychological support of such patients.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, women, masked depression, psychological diagnostics.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2017-9-3-16-27>

Введение. Известно, что депрессия как состояние, угрожающее соматическому статусу, рассматривается в основном применительно к кардиологическим больным [1–3]. К примеру, показано, что рост депрессивных тенденций негативно усиливает влияние эмоционального состояния на чувствительность к проявлению клинической симптоматики, что в целом определяет развитие осложнения болезни [4]. Подавленное настроение и ощущение истощенности являются факторами риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) [5]; авторами показано, что эти факторы повышали риск смерти по любой причине или от ССЗ на 52%, а также обуславливали около 15% случаев смерти от любой причины и от ССЗ.

Применительно к ВИЧ-инфекции показано, что, по разным данным, от 20 до 30% больных, страдающих этой патологией, имеют депрессию/депрессивные симптомы в основном по причине снижения доступности антиретровирусной терапии (АРВТ) [6, 7], уменьшения вероятности начала и сохранения помощи при ВИЧ-инфекции [8, 9], плохой приверженности к АРВТ [10], ухудшения психиатрического статуса [11], а также ухудшения состояния здоровья, более быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции и, тем самым, более высокой вероятности смерти [12, 13].

В некоторых исследованиях больных с ВИЧ-инфекцией [14] показано, что у 18% респондентов

было диагностировано большое депрессивное расстройство (БДР) без сопутствующих психиатрических диагнозов; у 49% выявлена коморбидная дистимия, у 62% — сопутствующее тревожное расстройство, а у 28% — сопутствующее употребление психоактивных веществ; при этом психиатрическая коморбидность была связана с ухудшением физического здоровья и функционирования: по сравнению с больными одним БДР, у лиц с сопутствующей патологией было выявлено больше симптомов ВИЧ-инфекции и хуже качество жизни, связанное с психическим здоровьем. Эта психиатрическая коморбидность тесно связана как с большей выраженностью психической патологии, так и с более серьезными психическими расстройствами (включая повышенную утомляемость и функциональные нарушения) [15, 16], а также более высокую частоту попыток самоубийства [17]. Но, с другой стороны, показано, что в пубертатном возрасте суицидальное поведение нередко оказывается единственным признаком депрессии [18, 19].

Кроме того, психиатрическая коморбидность связана с большей выраженностью соматической клинической симптоматики [20] и худшими исходами; показано, что дополнительные трудности в эффективности терапии соматической патологии связаны с психиатрическими диагнозами, которые непосредственно влияют на приверженность к лечению [21].

Хотя в некоторых исследованиях не удалось найти доказательства того, что депрессивные синдромы приводят к увеличению несоблюдения режимов АРВТ [22], но предположена связь между депрессивными синдромами и совпадением случаев несоблюдения профилактики и потенциально ВИЧ-дискордантного анатомического полового контакта без презерватива; так, показано, что количество дискордантных пар продолжает увеличиваться прямо пропорционально увеличению количества больных с ВИЧ-инфекцией [23].

Однако, кроме клинически очерченных, существуют и скрытые депрессии — соматизированные (с внешними проявлениями физических нарушений) психические расстройства, которые уже в конце XIX века Я.А.Анфимовым [цит. по: 24] были описаны в границах аффективной патологии. У данного термина есть огромное количество синонимов: в отечественной традиции это — «скрытая», в англо-американской — «маскированная», в немецкой — «ларвированная» депрессия. Существуют также и другие определения этого состояния, в частности, «депрессия без депрессии», «соматизированная депрессия». На сегодняшний день считается, что соматизированные психические расстройства наблюдаются при легких и атипичных депрессиях. Общими же признаками всех этих синонимичных определений является то, что на первый план в клинической картине нарушений выступают соматические, физиологические признаки и симптомы, в то время как аффективные расстройства уходят на второй план. Чаще всего симптомы болезни проявляются по утрам, а во второй половине дня наступает спонтанное улучшение состояния. По разным данным, основными масками скрытой депрессии обычно считаются психопатологические расстройства (тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, ипохондрические, неврастенические), нарушения биологического ритма и сна (бессонница, гиперсомния, ночные кошмары), вегетативные, соматизированные и эндокринные расстройства (синдром вегетососудистой дистонии, головокружение), функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки), нейродермит, кожный зуд, анорексия, булимия, маски в форме алгий (головная боль, боль в сердце, боль в животе, боли в суставах или позвоночнике), невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), псевдоревматические артралгии,

маски в форме патохарактерологических расстройств (расстройства влечений — сексуальные девиации, промискуитет), развитие зависимостей (алкоголизм, наркомания, токсикомания), антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии), истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного). Считается, к примеру, что вегетативная депрессия Лемке, эндореактивная дистимия Вейтбрехта и ранние стадии депрессии истощения Кильхольца являются ларвированными депрессивными состояниями; особенностью соматовегетативного «фасада» в этих случаях является значительный удельный вес сенестопатий, а также возможны состояния с нигилистическим бредом Котара [25–27]. Отмечено, что депрессия коморбидна для пациентов с болью в позвоночнике, но она часто не распознается в клинической практике [28]. Для скрытой депрессии типично, что в ответ на направленные вопросы врача пациенты жалуются на некоторую угнетенность или невозможность радоваться, как прежде. Они не проявляют присущей им ранее энергии и активности, становятся беспокойными и нервными, иногда с ясно обозначенным чувством страха. Трудность принятия решения — также характерная черта этого состояния. Часто больные сами не осознают свое сниженное настроение или объясняют его соматическим недомоганием. Поэтому суицидальная опасность таких депрессий считается очень высокой. Обилие «соматических» жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни, отсутствие или мимолетность органических изменений, неэффективность лечения соматическими средствами должны вызвать подозрение на скрытую депрессию. Выраженный полиморфизм скрытых депрессий крайне осложняет попытки создания их классификации, поэтому до настоящего времени таковой и не существует, что в значительной мере связано с неоднородностью подхода к ее созданию.

Однако у больных с ВИЧ-инфекцией вопрос скрытой депрессии изучен недостаточно (в доступной нам научной литературе подобных данных не было найдено), что и послужило основанием для выполнения данного исследования.

Цель: выявление маскированных депрессий, так и явных депрессий, сопровождающих соматическую патологию, у женщин в динамике ВИЧ-инфекции, в зависимости от получения ими АРВТ.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи в психодиагностическом обследовании по «Шкале для экспресс-психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств» [29], приняли участие 84 женщины (средний возраст $32,02 \pm 4,36$ года), больные ВИЧ-инфекцией, на разных стадиях и при различной длительности заболевания.

В отличие от других методик, измеряющих эмоциональный статус больных (например, тревогу и депрессию, как HADS) [30], результаты, полученные с помощью данного опросника, позволяют не только определить наличие депрессивного фона настроения в клинически малой степени выраженности или неопределенности, но и предварительно оценить принадлежность синдрома к определенному классу депрессий с точки зрения ее нозологической специфики: психогенной (невротической) или эндогенной (психотической). Так как в современной феноменологической систематике депрессий (Класс V по Международной классификации болезней 10-го пересмотра — МКБ-10) [31] невротическая депрессия включена в раздел F34.1: «Дистимии», то есть в широкую и неоднородную группу непсихотических, «мягко» протекающих депрессий, проявления депрессивного фона при неврозах рассматривают как близкие к проявлениям дистимии, то есть к общим проявлениям мягкого депрессивного спектра.

Использованный нами опросник построен на базе банка вопросов MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник, Minnesota Multiphasic Personality Inventory [32]) с выделением диагностически значимых утверждений на чисто статистических основаниях. Считается, что теоретической особенностью подобных опросников является обоснованное выделение статистически значимых для диагностики депрессий утверждений, которые трудно предвидеть клинически; тем самым данные этих методик могут использовать собственные диагностические подходы, а не повторять в явно ухудшенном виде клиническую беседу [29].

Опросник состоит из двух шкал. Утверждения, составляющие шкалу I (шкала Д-N), отражают основные клинические проявления депрессии; эти утверждения отвечают одним и тем же критериям для мужчин и женщин. Вопросы шкалы II (шкала МДП-Д, неврозы) различаются в зависимости от пола респондента и предназначены для первичной оценки качества депрессии. Эта шкала ориентирована не на синдром, как шкала I, но на разно-

образные признаки, объединяемые тем, что они могут иметь дифференцирующее значение в плане отнесения состояний, диагностируемых шкалой I, или к уровню «мягких» депрессий, близких к невротическому спектру, или к «большой» депрессии.

При подсчете полученных данных (Т-баллы) по шкале I мы исходили из того, что депрессия присутствует при Т=70 баллам и выше (менее — нет депрессии), а по шкале II — при Т более 60 баллов (при Т в пределах от 40 до 60 баллов диагностируется область диагностической неопределенности, а менее 40 баллов — невротический спектр депрессии).

Считается, что данные здоровых лиц занимают промежуточную зону неопределенного диагноза — область между больными неврозами и маниакально-депрессивным психозом (МДП), то есть характерологические признаки шкалы у здоровых выражены умеренно, а у больных с четким диагнозом депрессии при неврозах или МДП — в крайней степени [29].

Опросник считается высоконадежным инструментом, дающим устойчивые и сопоставимые результаты, что позволяет использовать его для оценки динамики состояния, особенно в амбулаторных условиях, в качестве дополнительного диагностического инструмента и при наблюдении динамики заболевания пациентов.

«Шкала для экспресс-психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств» была предложена для скрининга в целях профилактики при массовых исследованиях. Заключение по результатам тестирования носят экспресс-диагностический, предварительный характер, особенно при скрининговых исследованиях в целях первичной психопрофилактики; их необходимо уточнять клинически, а также с использованием другого психодиагностического инструментария.

Стадии заболевания у обследованных пациенток определялись по отечественным [33] и международным [34] классификациям. В окончательном исследовании стадии определены по наиболее распространенной в мире классификации CDC [34].

62 пациентки получили АРВТ в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [33, 34], а у 22 пациенток имело место естественное течение болезни. Непереносимости препаратов специфической терапии не было. Состояние всех пациенток было компенсированным.

Исследование по данной методике у больных с ВИЧ-инфекцией женщин выполнено впервые. Отмечено, что в динамике эпидемии ВИЧ-инфек-

ции происходит увеличение количества пораженных этим заболеванием женщин — так, на конец 2014 года в России их было 36,9% от числа всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции [35]. Данный факт представляется важным, так как при увеличении полового пути передачи вируса в эпидемию вошли социально-благополучные слои населения с высоким цензом образования, что вызывает дополнительную психологическую и социальную напряженность [36].

Необходимо отметить, что контрольную группу (КГ) для сравнения с пациентками с ВИЧ-инфекцией подобрать было достаточно затруднительно вследствие целого комплекса причин. В нашем исследовании таковой послужили показатели 50 практически здоровых студенток 1-го курса педагогического университета со средним возрастом ($17,8 \pm 0,51$ года).

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [37]. Исследование проводилось групповым методом в течение 40 минут. У респонденток всех категорий было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование осуществлялось в соответствии с принципами доказательной медицины [38], было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [39]. Полученные количественные признаки представили в виде $M \pm m$, где M — среднее значение признака, m — стандартная ошибка средней величины. При сравнении полученных данных использовался t -критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$). С помощью коэффициента корреляции Пирсона определяли силу линейной связи между величинами. Связь качественных показателей определялась по критерию χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования скрытых депрессий у женщин в динамике ВИЧ-инфекции по использованной методике в зависимости от получаемой ими антиретровирусной терапии представлены в таблице 1 (естественное течение ВИЧ без АРВТ), в таблице 2 (на фоне АРВТ) и в таблице 3 (КГ здоровых женщин).

Установлено, что на фоне естественного течения заболевания (см. табл. 1) при длительности забо-

левания до 3 лет и от 4 до 7 лет показатели депрессии по шкале I методики достоверно выше таковых по шкале II методики ($p = 0,02$, $r = -0,78$ и $p = 0,05$, $r = -0,79$). Возможно, это обусловлено тем, что в первом случае количество пациенток с депрессией составило 50 и 55,5% соответственно от общего количества в группе, тогда как во втором случае по 66,7% пациенток попали в область диагностической неопределенности. При длительности же заболевания более 7 лет показатели уменьшились, и различие между шкалами стало недостоверно ($p = 0,71$, $r = -0,8$).

Средний балл по шкале I методики при длительности заболевания до 3 лет составил $76,67 \pm 16,33$, более 7 лет — $58,14 \pm 9,02$, тогда как по шкале II методики — $50,67 \pm 14,33$ и $55,42 \pm 11,35$ соответственно.

Вероятно, выявленный факт следует отнести к мнестико-интеллектуальному снижению уровня личности (по МКБ-10 — F07: «Расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждение или дисфункции головного мозга»).

В то же время на стадии А различие по шкалам методики было недостоверно ($p = 0,06$, $r = -0,78$), что, возможно, следует трактовать как уже достижение определенного уровня психической адаптации к сложившейся жизненной ситуации (по МКБ-10 — F43: «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации»), которое на клинически выраженной стадии болезни нарушается — $p = 0,03$, $r = -0,67$ (количество пациенток с депрессией составило 83,34% от общего количества в группе, тогда как во втором случае 50% пациенток попали в область диагностической неопределенности).

Достоверных различий в динамике ВИЧ-инфекции между группами по шкале II методики не выявлено, а по шкале I методики — только между группами «4–7 лет» и «КГ» ($p = 0,02$, $r = -0,11$).

На стадии СПИДа больных, не получающих АРВТ, не было.

В отношении пациенток, получающих АРВТ (см. табл. 2), показано, что в целом по группам депрессии, по данным методики, не выявлено различий (по шкалам I/II на стадии А $66,0 \pm 11,2/55,2 \pm 9,91$, на стадии С — $66,22 \pm 11,09/51,12 \pm 8,74$ соответственно).

Достоверных различий в динамике ВИЧ-инфекции как по шкале I, так и шкале II использованной методики в группах пациенток не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 1

Показатели скрытых депрессий у женщин при естественном течении ВИЧ-инфекции (M+m)

Стадия заболевания				Длительность заболевания (лет)			
А							
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы		Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	
65,81±10,26		54,37±10,53		76,67±16,33		50,67±14,33	
p=0,06, r=-0,78				p=0,02, r=-0,78			
нет депрессии	депрессия	T<40 баллов — невротический спектр депрессии	T=40—60 баллов — область диагностической неопределенности	T>60 баллов — большая депрессия	нет депрессии	депрессия	T<40 баллов — невротический спектр депрессии
n=12	n=4	n=2	n=10	n=4	n=3	n=3	n=1
56,42±6,78	94,0±3,0	28,0	54,0±6,0	68,5±3,25	60,33±3,78	93,0±2,67	52,0±7,0
p=0,001, r=-0,88		p=0,004, r=0,19		p=0,001, r=-0,1			
В							
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы		Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	
74,67±12,22		48,83±12,22		70,44±17,51		52,33±10,81	
p=0,03, r=-0,67				p=0,051, r=-0,79			
нет депрессии	депрессия	T<40 баллов — невротический спектр депрессии	T=40—60 баллов — область диагностической неопределенности	T>60 баллов — большая депрессия	нет депрессии	депрессия	T<40 баллов — невротический спектр депрессии
n=1	n=5	n=2	n=3	n=1	n=4	n=5	n=2
42,0	81,2±9,44	30,5±2,5	54,67±2,22	68,0	50,75±8,75	86,2±9,76	57,83±1,61
p=0,002, r=0,99		p=0,002, r=0,99		p=0,002, r=0,99			
С							
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы		Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	
n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	55,43±11,35		
p=0,71, r=-0,8				p=0,71, r=-0,8			
n=5	n=2	n=1	n=4	n=2	n=1	n=4	n=2
52,0±6,4	73,5±0,5	33,0	53,0±5,0	71,5±3,5	71,5±3,5		

Таблица 2

Показатели скрытых депрессий у женщин на фоне антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции (M + m)

Стадия заболевания		Длительность заболевания (лет)			
А		0–3			
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	Шкала Д-Н	Шкала МДП-Д, невротизмы	
66,0±11,2		55,2±9,91	64,5±3,0	55,25±8,6	
p=0,03, r=-0,5		p=0,2, r=-0,93			
нет депрессии	нет депрессии	Т<40 баллов — невротический спектр депрессии	Т<40 баллов — депрессия	Т=40–60 баллов — невротический спектр депрессии	Т>60 баллов — большая депрессия
n=10	n=5	n=9	n=4	n=1	n=1
57,6±5,28	82,6±6,64	36,5±2,5	53,44±4,62	62,67±1,6	70,0
p=0,001, r=0,57		p=0,001, r=-0,92			
В		4–7			
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	Шкала Д-Н	Шкала МДП-Д, невротизмы	
64,55±13,26		50,0±11,74	69,69±14,48	50,77±10,67	
p<0,001, r=-0,66		p=0,004, r=-0,68			
нет депрессии	нет депрессии	Т<40 баллов — невротический спектр депрессии	Т<40 баллов — депрессия	Т=40–60 баллов — невротический спектр депрессии	Т>60 баллов — большая депрессия
n=23	n=15	n=23	n=8	n=2	n=3
53,83±7,92	81,0±5,47	31,0±3,43	48,74±6,51	30,5±2,5	49,12±5,37
p=0,001, r=-0,01		p=0,001, r=0,29			
p=0,001, r=0,17		p=0,001, r=0,17			
С		Более 7			
Шкала Д-Н		Шкала МДП-Д, невротизмы	Шкала Д-Н	Шкала МДП-Д, невротизмы	
66,22±11,09		51,12±8,74	62,69±12,26	51,29±11,01	
p=0,13, r=-0,76		p=0,001, r=-0,61			
нет депрессии	нет депрессии	Т<40 баллов — невротический спектр депрессии	Т<40 баллов — депрессия	Т=40–60 баллов — невротический спектр депрессии	Т>60 баллов — большая депрессия
n=5	n=4	n=1	n=2	n=9	n=10
50,6±6,88	72,25±2,25	35,0	48,5±4,17	35,22±5,01	49,58±5,95
p=0,002, r=0,05		p=0,001, r=-0,47			
		p=0,001, r=-0,27			

Таблица 3

Показатели скрытых депрессий у практически здоровых женщин (М+м)

Группа контроля				
Шкала Д-N		Шкала МДП-Д, неврозы		
60,4±11,82		50,92±9,73		
p=0,001, r=-0,74				
нет депрессии	депрессия	T<40 баллов — невротический спектр депрессии	T=40–60 баллов — область диагностической неопределенности	T>60 баллов — большая депрессия
n=37	n=13	n=10	n=29	n=11
53,65±7,64	79,61±4,29	33,0±2,8	51,1±4,55	66,82±2,02
p=0,001, r=-0,22		p=0,001, r=-0,14		
			p=0,001, r=0,04	

При сравнении аналогичных показателей пациенток, получающих и не получающих АРВТ, в динамике заболевания (на разных стадиях и при разной длительности заболевания) достоверных различий не выявлено ($p>0,05$).

Интересно отметить, что в динамике ВИЧ-инфекции при длительности заболевания до 3 лет на фоне АРВТ показатели шкалы I достоверно не отличаются от показателей шкалы II использованной методики, как и на стадии СПИДа. Возможно, это обусловлено преморбидными особенностями личности пациенток (что нашло свое отражение в значимом среднем абсолютных значений отклонений точек данных от среднего).

Заключение. Так как, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, потребители психоактивных веществ пока остаются движущей силой распространения ВИЧ-инфекции, в частности, в Санкт-Петербурге [40], то половой путь передачи может поддерживать эпидемию среди не-наркопотребителей в случае невозможности остановки парентерального пути. Вместе с тем, несмотря на скрининговые эпидемиологические исследования и широкое распространение АРВТ, раскрытие ВИЧ-статуса среди женщин точно неизвестно [41]; в этой популяции до конца не изучена взаимосвязь между раскрытием времени этого статуса и депрессией с момента заражения ВИЧ. Тем не менее, количество пораженных этим заболеванием женщин растет, в том числе в сопредельных государствах — так, к примеру, в Киргизии на 01.08.2015 г. их количество составило 32,9% от общего количества больных [42], а на Украине в 2013 году 45% вновь выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией составили женщины [43], так как женщины и девочки особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции из-за целого ряда биологических, социальных, культурных и экономических

причин, включая укоренившееся социально-экономическое неравенство женщин в сексуальных отношениях и браке [44]. В целом считается, что депрессия — одно из самых распространенных расстройств у женщин независимо от возраста, культуры и социально-экономического класса и встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [45].

Подводя итоги нашего исследования, необходимо подчеркнуть, что в соответствии с материалами примененной нами методики, нормативная группа здоровых занимает промежуточную зону неопределенного диагноза [29]. В нашем исследовании в область диагностической неопределенности попали 58% женщин КГ, а в область невротического спектра депрессии — 20%.

По результатам данного исследования показано, что в группах пациенток с ВИЧ-инфекцией вне зависимости от получения ими АРВТ получены сходные результаты (к области диагностической неопределенности в зависимости от длительности заболевания при естественном его течении относились 63,64% пациенток, на фоне АРВТ — 58,10%; к невротическому спектру депрессии относились 18,2 и 19,35% пациенток соответственно).

Единичные случаи депрессии по шкале Д-Н использованной методики обусловлены, вероятно, преморбидными свойствами личности респондентов, как в группе исследования, так и в КГ; хотя, с другой стороны, всегда затруднительно сказать, какие личностные особенности обусловлены преморбидом (как, например, у практически здоровых лиц из КГ), а какие — развиваются на фоне основного заболевания (как, например, у больных нейротропной ВИЧ-инфекцией, в том числе при наличии коморбидных заболеваний); тем более известно — пуском к развитию эндогенной депрессии может стать внешнее воздействие в виде психотравмирующей ситуации, заболевания внутренних органов.

Интересным представляется выявленный факт, у женщин, больных ВИЧ-инфекцией, как в отсутствие, так и на фоне АРВТ, уровень эндогенной депрессии (по шкале I методики) в динамике заболевания практически не нарастает, оставаясь в то же время достоверно более высоким ($p < 0,05$), чем уровень невротической депрессии (по шкале II методики), кроме как на стадии СПИДа в случае получения специфической терапии, что, возможно, обусловлено развитием психоорганического синдрома (синоним: органический психосиндром) с астеническими и апатическими чертами [46].

При сравнении аналогичных показателей пациенток, получающих и не получающих АРВТ, в динамике заболевания (на разных стадиях и при разной длительности заболевания) достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

С другой стороны, при определении депрессии по методике HADS [30] показано, что в динамике ВИЧ-инфекции отмечено нарастание уровня депрессии, но в отсутствие достоверно выраженных клинических симптомов.

Вероятно, что в настоящее время на фоне мероприятий по предупреждению инфицирования ВИЧ и выработке толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям и их ближайшему окружению, а также доступности консультирования, медицинского сопровождения и доступности АРВТ, имеет место определенное снижение уровня депрессии у пациенток, но, вероятно, на сегодняшний день не повсеместно.

Известно, что уровень психического здоровья человека в каждый момент его жизни определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами. Поэтому важно подчеркнуть, что ухудшение психического здоровья (у любых групп респондентов) связано не только с ухудшением (изменением) соматического состояния, но и с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, социальным отчуждением (стигматизацией), возможностью психического/физического насилия и т. п. Следовательно, в процессе рассмотрения стрессоров как predisposing факторов к возникновению пси-

хических расстройств у пациентов, необходима оценки личности больного, как многоуровневой структуры, изменения в которой могут носить либо саногенный, либо патогенный характер. Предикторами психогенной депрессивной симптоматики считаются такие черты личности, как ранимость, пассивность, заниженная самооценка, неуверенность в себе, инертность в принятии решений, что необходимо учитывать при проведении медико-психологической работы с больными с ВИЧ-инфекцией. С другой стороны, возникающая/нарастающая астенизация и последующее напряжение функциональных резервов организма на фоне этой патологии будут способствовать развитию функциональных расстройств и профессионально ускоренных заболеваний [46], что должно учитываться в ходе профилактики/коррекции патологических нарушений личности пациентов.

Также известно что болезнь как стрессовая ситуация в жизни пациента активирует систему значимых отношений, проявляющихся в условиях болезни и лечения, с одной стороны, и в характерных способах восприятия, переживания и оценок — с другой. Поэтому есть версия о возможной адаптационной роли депрессивных состояний, которые сигнализируют о неэффективности имеющихся поведенческих стратегий и способствуют получению социальной поддержки [47].

Так как существующие диагностические методики не в состоянии с одинаковой эффективностью и точностью определить все клинические и нейропсихологические нарушения, которые возникают у больных в динамике ВИЧ-инфекции [48], то вопрос о возможности прогнозирования вероятности развития ВИЧ-ассоциированных психических расстройств и других скрытых или явных клинических проявлений повреждения центральной нервной системы остается открытым, что, в свою очередь, требует внимательного медико-психологического сопровождения таких больных. Это важно с той точки зрения, что врачи иногда в ущерб анализу жалоб пациентки уделяют чрезмерное значение инструментальным методам диагностики.

Вместе с тем, малое количество наблюдений требует дальнейшего проведения исследований.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Spertus J.A., McDonell M., Woodman C.L., Fihn S.D. Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. *Am. Heart J.*, 2000, Vol. 140, No. 1, pp. 105–110.
2. Tavella R., Air T., Tucker G., Adams R., Beltrame J.F., Schrader G. Using the Short Form-36 mental summary score as an indicator of depressive symptoms in patients with coronary heart disease. *Qual. Life Res.*, 2010, Vol. 19, No. 8, pp. 105–113.

3. Sin N.L., Yaffe K., Whooley M.A. Depressive symptoms, cardiovascular disease severity, and functional status in older adults with coronary heart disease: the heart and soul study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2015, Vol. 63, No. 1, pp. 8–15.
4. Чапала Т.В. Исследование депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. № S28. С. 31–35. URL: <http://e-koncept.ru/2015/75375.htm>. [Chapala T.V. A study of depression in patients with coronary heart disease. *Periodic Scientific and Methodological E-journal «Koncept»*, 2015, No. S28, pp. 31–35. URL: <http://e-koncept.ru/2015/75375.htm> (In Russ.)].
5. Ladwig K.H., Baumert J., Marten-Mittag B., Lukaschek K., Johar H., Fang X., Ronel J., Meisinger C., Peters A. & KORA Investigators. Room for depressed and exhausted mood as a risk predictor for all-cause and cardiovascular mortality beyond the contribution of the classical somatic risk factors in men. *Atherosclerosis*, 2017, No. 257, pp. 224–231.
6. Tucker J.S., Burnam M.A., Sherbourne C.D., Kung F.Y., Gifford A.L. Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *Am. J. Med.*, 2003, Vol. 114, No. 7, pp. 573–580.
7. Benton T.D. Depression and HIV/AIDS. *Curr. Psychiatry Rep.*, 2008, Vol. 10, No. 3, pp. 280–285.
8. Tobias C.R., Cunningham W., Cabral H.D., Cunningham C.O., Eldred L., Naar-King S., Bradford J., Sohler N.L., Wong M.D., Drainoni M.L. Living with HIV but without medical care: barriers to engagement. *AIDS Patient Care STDS*, 2007, Vol. 21, No. 6, pp. 426–434.
9. Bhatia R., Hartman C., Kallen M.A., Graham J., Giordano T.P. Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the Steps Study. *AIDS Behav.*, 2011, Vol. 15, No. 6, pp. 1161–1170.
10. Gonzalez J.S., Batchelder A.W., Psaros C., Safren S.A. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2011, Vol. 58, No. 2, pp. 181–187.
11. Pence B.W., O'Donnell J.K., Gaynes B.N. Falling through the cracks: the gaps between depression prevalence, diagnosis, treatment, and response in HIV care. *AIDS*, 2012, Vol. 26, No. 5, pp. 656–658.
12. Pence B.W., Miller W.C., Gaynes B.N., Eron J.J. Jr. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2007, Vol. 44, No. 2, pp. 159–166.
13. Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med.*, 2008, Vol. 70, No. 5, pp. 539–545.
14. 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, No. 4, pp. 277–282.
15. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, Severity and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, Vol. 62, No. 6, pp. 617–627.
16. Barroso J., Hammill B.G., Leserman J., Salahuddin N., Harmon J.L., Pence B.W. Physiological and psychosocial factors that predict HIV-related fatigue. *AIDS Behav.*, 2010, Vol. 14, No. 6, pp. 1415–1427.
17. Hirschfeld R.M. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion. J. Clin. Psychiatry*, 2001, Vol. 3, No. 6, pp. 244–254.
18. Alessi N., Robbins D.L. Symptoms and subtypes of depression among adolescents distinguished by the dexamethasone suppression test: A preliminary report. *Psychiatry Res.*, 1984, Vol. 11, No. 3, pp. 177–184.
19. Jellinek M.S., Snyder J.B. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 1998, Vol. 19, No. 8, pp. 255–264.
20. Katon W., Lin E.H., Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2007, Vol. 29, No. 2, pp. 147–155.
21. Захарова Н.Г., Торопов С.Э., Пархоменко С.И., Рассохин В.В., Беляков Н.А. Особенности назначения высокоактивной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным больным с нарушением функции центральной нервной системы // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. Т. 6, № 1. С. 28–39. [Zakharova N.G., Toropov S.E., Parkhomenko S.I., Rassokhin V.V., Belyakov N.A. Special consideration in prescribing highly active antiretroviral therapy to HIV patients with CNS involvement. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2014, Vol. 6, No. 1, pp. 28–39 (In Russ.)].
22. Chen Y.H., Raymond H.F. Associations between depressive syndromes and HIV risk behaviors among San Francisco men who have sex with men. *AIDS Care*, 2017, No. 1, pp. 1–5.
23. Сармулдаева Ш.К., Мельников И.А. Заболеваемость ВИЧ в дискордантных парах // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2015. Т. 7, № 4. С. 106. [Sarmuldaeva Sh.K., Melnikov I.A. Incidence of HIV in discordant couples. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2015, Vol. 7, No. 4, pp. 106 (In Russ.)].
24. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии. 1975. № 5. С. 760–771. [Desyatnikov V.F. Masked depression (literature review). *J. of Neuropathology and Psychiatry*, 1975, No. 5, pp. 760–771 (In Russ.)].
25. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 1. Псевдо-органическая, невросоматическая симптоматика // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 6. С. 857–862. [Anufriev A.K. Hidden endogenous depression. Msg. 1. Pseudo-organic, neurosomatic symptoms. *J. of Neuropathology and Psychiatry*, 1978, No. 6, pp. 857–862 (In Russ.)].

26. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 2. Клиническая систематика // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 8. С. 1202–1208. [Anufriev A.K. Hidden endogenous depression. Msg. 2. Clinical systematics. *J. of Neuropathology and Psychiatry*, 1978, No. 8, pp. 1202–1208 (In Russ.)].
27. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 3. Четыре компонента и четыре стадии скрытой эндогенной депрессии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 9. С. 1342–1347. [Anufriev A.K. Hidden endogenous depression. Msg. 3. Four components and four stages of latent endogenous depression. *J. of Neuropathology and Psychiatry*, 1978, No. 9, pp. 1342–1347 (In Russ.)].
28. Walsh T.L., Homa K., Hanscom B., Lurie J., Sepulveda M.G., Abdu W. Screening for depressive symptoms in patients with chronic spinal pain using the SF-36 Health Survey. *Spine J.*, 2006, Vol. 6, No. 3, pp. 316–320.
29. Беспалько И.Г. Шкала для экспресс-психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. 2004. 26 с. [Bespalko I.G. Scale to Express semi-structured psychological diagnosis of depressive disorders. *Saint-Petersburg: The St. Petersburg psychoneurological research Institute named. V.M.Bekhterev*, 2004, 26 p. (In Russ.)].
30. Улюкин И.М., Цукер Ю.М., Исаева Г.Н. Самоотношение и эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне антиретровирусной терапии // Вестник психотерапии. 2014. № 50 (55). С. 62–77. [Ulyukin I.M., Zuker Yu.M., Isaeva G.N. Self-attitude and emotional status of HIV-affected women on background of antiretroviral therapy. *Bulletin of Psychotherapy*, 2014, Vol. 50, No. 55, pp. 62–77 (In Russ.)].
31. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. М.: Медицина, 1995. 697 с. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Tenth Revision. *Moscow: Medicina*, 1995, 697 p. (In Russ.)].
32. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. 3-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во «Березин Феликс Борисович», 2011. 320 с. [Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Sokolova E.D. Multidimensional Personality Research Methodology (MMLI): Structure, Basics of Interpretation, Some Areas of Application. 3rd ed., rev. and add. *Moscow: Publishing house «Berezin Felix Borisovich»*, 2011, 320 p. (In Russ.)].
33. 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 Р.С., Зимина В.Н., Покровская А.В., Ефремова О.С. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2014. № 6, Приложение. С. 1–43. [Pokrovsky V.V., Yurin O.G., Kravchenko A.V., Belyaeva V.V., Kanestri V.G., Afonina L.Yu., Ermak T.N., Buravtsova E.V., Shakhgildyan V.I., Kozyrina N.V., Narsia R.S., Zimina V.N., Pokrovskaya A.V., Efremova O.S. Protocols of dispensary observation and treatment of patients with HIV infection. *Epidemiology and Infectious Diseases. Topical Issues*, 2014, No. 6, Supplement, pp. 1–43 (In Russ.)].
34. Бартлетт Дж., Галант Д., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: Р. Валент, 2012. 528 с. [Bartlett J., Galant D., Pham P. Clinical aspects of HIV infection. *Moscow: R. Valent*, 2012, 528 p. (In Russ.)].
35. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. / Справка. URL: <http://www.hivruussia.ru/files/spravkaHIV2014.pdf>. [HIV infection in the Russian Federation as of December 31, 2014, Reference. URL: <http://www.hivruussia.ru/files/spravkaHIV2014.pdf> (In Russ.)].
36. Беляков Н.А., Виноградова Т.Н., Рассохин В.В. Экономические и организационные аспекты ВИЧ-медицины на фоне снижения финансирования // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. Т. 6, № 1. С. 78–83. [Belyakov N.A., Vinogradova T.N., Rassokhin V.V. The economical and organizational aspects of HIV-related health care upon reduced fundings. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2014, Vol. 6, No. 1, pp. 78–83 (In Russ.)].
37. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. 2-е изд., доп. СПб.: Гражданский контроль, 2002. 36 с. [Council of Europe: Convention for the Protection of Individuals with regard to the automatic processing of personal data. 2nd ed., ext. *Saint-Petersburg: Civil Control*, 2002, 36 p. (In Russ.)].
38. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 1998. 352 с. [Fletcher R., Fletcher S., Wagner E. Clinical Epidemiology. Fundamentals of Evidence-Based Medicine. *Moscow: Media Sphere*, 1998, 352 p. (In Russ.)].
39. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб.: ВМедА, 2011. 318 с. [Yunkero V.I., Grigoriev S.G., Rezvantsev M.V. Mathematico-statistical processing of medical research data. *Saint-Petersburg: VMedA*, 2011, 318 p. (In Russ.)].
40. Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э., Викерман П., Колийн К. Моделирование эпидемии вируса иммунодефицита человека в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2014. Т. 6, № 1. С. 59–65. [Heimer R., Mills H.L., White E., Vickerman P., Colijn C. Modelling the expansion of the HIV epidemic in St. Petersburg. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2014, Vol. 6, No. 1, pp. 59–65. (In Russ.)].
41. Liu C., Goparaju L., Barnett A., Wang C., Poppen P., Young M., Zea M.C. Change in patterns of HIV status disclosure in the HAART era and association of HIV status disclosure with depression level among women. *AIDS Care*, 2017, No. 1, pp. 1–7.
42. Мамаев Т.М., Мамаджанов А.Н., Дурусбеков А. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста в Ошской области Кыргызской Республики // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016. Т. 8, № 2. С. 61–66. [Mamayev T.M., Mamadjanov A.N.,

- Durusbekov A. HIV epidemic among woman of reproductive ages in Osh region of Kirghiz Republic. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2016, Vol. 8, No. 2, pp. 61–66 (In Russ.)].
43. Aebi-Popp K., Bailey H., Malyuta R., Volokha A., Thorne C. Ukraine European Collaborative Study in EuroCoord. High prevalence of herpes simplex virus (HSV) – type 2 co-infection among HIV-positive women in Ukraine, but no increased HIV mother-to-child transmission risk. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016, No. 16, pp. 94.
44. Narasimhan M., Loutfy M., Khosla R., Bras M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J. Int. AIDS Soc.*, 2015, Vol. 18, No. 6, Supplement 5, pp. 20834.
45. Дубницкая Э.Г. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин // Consilium Medicum. 2008. Т. 10, № 6. С. 87–90. [Dubnitskaya E.G. The problems of the clinic and therapy of depression associated with the reproductive cycle of women. *Consilium Medicum*, 2008, Vol. 10, No. 6, pp. 87–90 (In Russ.)].
46. Улюкин И.М., Болехан В.Н., Орлова Е.С., Цукер Ю.М., Остроумов И.Н., Пелешок С.А. Физическое, умственное и хроническое утомление больных, поражённых вирусом иммунодефицита человека // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2016. № 1 (53). С. 106–109. [Uliukin I.M., Bolekhan V.N., Orlova E.S., Zuker Yu.M., Ostroumov I.N., Peleshok S.A. Physical, mental, chronic fatigue of patients affected with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2016, No. 1 (53), pp. 106–109 (In Russ.)].
47. Май М. Депрессия в сравнении с «объяснимой печалью»: есть ли явные различия и влияют ли они на выбор лечения? // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 5–8. [Maj M. Depression vs. «Explainable sadness»: obvious differences and their influence on the treatment choice? *Social and Clinical Psychiatry*, 2010, Vol. 20, No. 4, pp. 5–8 (In Russ.)].
48. Waldrop-Valverde D., Nehra R., Sharma S., Malik A., Jones D., Kumar A.M., Ownby R.L., Wanchu A., Weiss S., Prabhakar S., Kumar M. Education effect on the International HIV Dementia Scale. *J. Neurovirol.*, 2010, Vol. 16, No. 4, pp. 264–267.

Статья поступила 10.05.2017 г.

Сведения об авторе:

Улюкин Игорь Михайлович — к.м.н., н.с. Научно-исследовательского центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6, +7 921 926-16-21, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru.

Уважаемые читатели журнала
«ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии»

Сообщаем, что открыта подписка на 2018 год.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС:

каталог НТИ ОАО Агентство «Роспечать»
в разделе: Здравоохранение. Медицина. — **57990**

Подписная цена на 1-е полугодие 2018 года (2 выпуска) — **950 руб.**