

УДК 616.9:616-085

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ СИФИЛИСОМ

^{1,2}Е.М.Чумаков, ¹Н.Н.Петрова, ^{3,4,5}В.В.Рассохин

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия

²СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кашенко»

³ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург, Россия

⁴ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁵ФГБНУ «ИЭМ», Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2018 г.

ВИЧ-инфекция и сифилис обладают сходством эпидемиологических характеристик, что обуславливает высокий уровень сочетанного заражения данными инфекциями. Обе эти инфекции способны поражать центральную нервную систему уже на ранних сроках заражения. Психические расстройства наблюдаются с высокой частотой у ВИЧ-инфицированных и больных сифилисом, однако данные о влиянии сочетанного заражения этими инфекциями на психические расстройства встречаются лишь в единичных работах. Цель: изучение психических расстройств и их влияния на приверженность к наблюдению у инфекциониста ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом. Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование 148 больных (65 ВИЧ-инфицированных, больных сифилисом; 50 больных с моноинфекцией сифилиса; 33 ВИЧ-инфицированных пациента, серонегативных по сифилису). Использовались клинико-психопатологический, катамнестический, психометрический, лабораторный и статистический методы исследования. Результаты. Установлено, что психические расстройства встречаются у большинства (83%) ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом с преобладанием в клинической картине аффективных (54%) и аддитивных (48%) расстройств. У ВИЧ-инфицированных больных с ранним нейросифилисом статистически значимо чаще, чем у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом, развивались нозогенные реакции. В отличие от этого, статистически значимых различий в частоте развития аддитивных, 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. ВИЧ-инфицированные больные с сифилисом в целом характеризовались недостаточной приверженностью к наблюдению у инфекциониста, на что влияли следующие факторы: социальная дезадаптация, потребление психоактивных веществ в целом и потребление психостимуляторов в частности, а также вовлечение в криминальную деятельность. Обсуждение. Частота выявленных психических нарушений у обследованных ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом (83,1%) соответствовала данным литературы о частоте психических заболеваний у ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (85,6%), но была выше распространенности психических нарушений у больных сифилисом (68%). С учетом установленного влияния нейросифилиса в случае монозаражения на развитие у больных психических расстройств вследствие органического поражения головного мозга 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 ранним нейросифилисом и может иметь лишь дополнительное значение в развитии психических расстройств, а ключевым фактором является заболевание ВИЧ-инфекцией. Коморбидность ВИЧ-инфекции и сифилиса сопряжена с большей частотой нозогенных реакций, чем при монозаражении каждой из инфекций. Психические расстройства (аддитивные и когнитивные нарушения) негативно влияют на приверженность ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом к наблюдению у инфекциониста, в связи с этим своевременная коррекция психических расстройств может являться одним из факторов улучшения приверженности к терапии ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом. Заключение. В ходе исследования выявлена незначительная роль раннего нейросифилиса, в отличие от ВИЧ, в формировании психических расстройств при сочетанном заражении этими инфекциями. Одновременно установлено, что аддитивные и когнитивные симптомокомплексы у ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом негативно влияют на вероятность обращения их к инфекционисту для начала терапии.

Ключевые слова: психические расстройства, ВИЧ-инфекция, сифилис, нейросифилис.

MENTAL DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ON THE COMMITMENT TO OBSERVATION IN THE INFECTIONIST IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH EARLY SYPHILIS

^{1,2}*E.M.Chumakov*, ¹*N.N.Petrova*, ^{3,4,5}*V.V.Rassokhin*

¹Saint-Petersburg State University, Russia

²Saint-Petersburg Psychiatric Hospital № 1 named after P.P.Kaschenko, Russia

³Saint-Petersburg Pasteur Institute, Russia

⁴FSBEI HE I.P.Pavlov SPbMU MON, Russia

⁵FSBSI «IEM», Saint-Petersburg, Russia

HIV and syphilis have similar epidemiological characteristics which causes a high level of combined infection. Both STDs affect the central nervous system early after infection. Mental disorders occur with a high incidence in HIV-infected patients and patients with syphilis, but data on the effect of combined HIV and syphilis infection on mental disorders are found only in single articles. Objectives. The goal is to study mental disorders and their effect on the commitment to observation in the infectionist in HIV-infected patients with early syphilis. Materials and methods. A comparative study of 148 patients (65 HIV-infected patients with syphilis, 50 patients with syphilis mono-infection, 33 HIV-infected patients, seronegative for syphilis) was carried out. We used clinical, psychopathological, follow-up, psychometric, laboratory and statistical methods of investigation. Results. It was found that mental disorders occur in the majority (83%) of HIV-infected patients with syphilis with the predominance of affective (54%) and addictive (48%) disorders. In HIV-infected patients with early neurosyphilis, psychogenic reactions developed statistically significantly more often than in HIV-infected patients with early syphilis. In contrast, there were no statistically significant differences in the incidence of addictive, affective, personality disorders and mental disorders due to organic brain damage in patients with early neurosyphilis and early syphilis in the case of co-infection with HIV infection. Mental disorders due to organic brain damage had a mixed genesis (including infectious) in all cases and were associated and caused by the already existing HIV infection. HIV-infected patients with syphilis, in general, were characterized by the low commitment to observation in the infectionist which were influenced by the following factors: social maladjustment, drug abuse and criminal activity. Discussion. The frequency of detected mental disorders in the examined HIV-infected patients with syphilis (83,1%) corresponded to the literature on the incidence of mental illness in HIV-infected patients in St. Petersburg (85,6%), but was higher than the prevalence of mental disorders in patients with syphilis (68%). Given the established influence of neurosyphilis mono-infection on the development of mental disorders due to organic brain damage, it can be concluded that the disease with early neurosyphilis is important in the development of mental disorders of organic genesis. But the weight of this factor is insufficient in case of co-infection with HIV and early neurosyphilis and can only have additional significance in the development of mental disorders and the key factor is HIV-infection action. Mental disorders (addictive disorders and cognitive impairment) adversely affect the commitment to observation in the infectionist of HIV-infected patients with syphilis, therefore timely correction of mental disorders may be one of the factors improving compliance of patients. Conclusions. The study found a minor role of early neurosyphilis (as opposed to HIV infection) on the formation of mental disorders in the case of a combination of these infections. At the same time, it was found that addictive and cognitive symptomatic complexes have a negative impact on the probability of reference to an infectious disease specialist for initiating therapy in HIV-infected patients with syphilis.

Key words: mental disorders, HIV infection, syphilis, neurosyphilis.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-2-69-80>

Введение. Число зарегистрированных случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) среди граждан Российской Федерации (РФ) достигло 1 114 815 человек [1], при этом оценочные показатели превосходят выявленные в 2–4 раза [2]. Санкт-Петербург находится в числе наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией субъектов РФ [1]; ВИЧ-инфицированы 5% жителей города в возрасте 18–40 лет [3].

Показатель заболеваемости сифилисом в РФ стабильно находится на третьем-четвертом месте в структуре заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) [4]. В России в последние годы регистрируется увеличение числа случаев нейросифилиса [5]. В странах Европы [6–8] и Китае [9] в последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости сифилисом (до 10–22%).

Сходство эпидемиологических характеристик ВИЧ-инфекции и сифилиса обуславливает высокий уровень сочетанного заражения данными инфекциями [10, 11] с ростом числа случаев микст-инфекции [12]. Коморбидность сифилиса и ВИЧ-инфекции варьирует в пределах 15–73% [13, 14]. В Санкт-Петербурге сочетанное заражение ВИЧ и сифилисом встречается в 27% случаев [15].

Сифилис повышает вероятность сексуального пути передачи ВИЧ-инфекции в 2–9 раз [16] и риск заражения ВИЧ в 2–4 раза [17] за счет увеличения вирусной нагрузки в вагинальном секрете и семенной жидкости [18]. Сифилис у ВИЧ-инфицированных приводит к снижению количества CD4-клеток и увеличению вирусной нагрузки в плазме крови и спермы [19]. Сифилис на фоне ВИЧ-инфекции отличается ускоренным течением [20] вплоть до поздних проявлений в короткие сроки [21], иногда злокачественным течением с тяжелыми и атипичными проявлениями [22]. На фоне ВИЧ-инфекции развитие нейросифилиса возможно уже на ранних сроках заболевания сифилисом, при этом эффективность стандартной терапии может быть ниже [19].

ВИЧ поражает центральную нервную систему (ЦНС) уже в первые недели после заражения [23], что обуславливает высокую частоту развития у ВИЧ-инфицированных больных органического поражения головного мозга, одними из характеристик которого являются клинически выраженные когнитивные нарушения [24]. 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 [25]. При сифилисе также имеет место поражение ЦНС. Отмечен рост заболеваемости нейросифилисом в Санкт-Петербурге в последние годы, хотя его регистрация является неполной и не отражает истинной картины заболеваемости [26].

Психические расстройства наблюдаются у подавляющего числа ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге (85,6%) [27]. Частота ВИЧ-инфекции и сифилиса среди пациентов психиатрического стационара превышает средний уровень их распространения по России [28]. В проведенном нами ранее исследовании установлена значительная частота (37,9%) психических расстройств невротического уровня в виде нозогенных реакций, а также аддиктивных нарушений и расстройств личности у ВИЧ-инфицированных пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу сифилиса [29].

ВИЧ-инфекция чаще встречается среди лиц с расстройствами личности [30], а также при наличии у пациентов патологии аффективного спектра (до 50%) [31] и/или зависимости от наркотических средств и алкоголизма, значительно повышающих риск заболевания ВИЧ-инфекцией [32]. Для ВИЧ-инфицированных типичны преморбидная социальная, в том числе микросоциальная, дезадаптация, девиантное поведение [33]. При ранних формах сифилиса частота психогенных расстройств преобладает над соматогенными [34]. Психические нарушения при раннем сифилисе могут проявиться в виде острой реакции на стресс (аффективно-шоковые реакции, депрессивные, тревожные, апатические, истероформные и вегетативные нарушения), пролонгированных клинико-психопатологических форм реагирования (астеническими, астено-депрессивными, тревожно-фобическими расстройствами) и выявляются у 68% пациентов с этим заболеванием [35].

Имеющиеся в литературе данные о психических нарушениях при сифилисе и ВИЧ-инфекции описывают лишь изолированные заболевания этими инфекциями. Предметом изучения сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией стали в основном эпидемиологические и инфекционные характеристики возбудителей, но не влияние коморбидности этих заболеваний на развитие психических расстройств. Лишь в единичных работах имеются некоторые данные о взаимовлиянии ВИЧ-инфекции и сифилиса, характеризующемся утяжелением клинической картины в целом [19, 36].

Цель: изучение психических расстройств и их влияния на приверженность к наблюдению у инфекциониста ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.

Материалы и методы. Дизайн исследования представлял собой двухэтапный анализ материалов. На первом этапе были обследованы 115 больных сифилисом, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (у 65 из них в ходе лечения был зафиксирован установленный ранее или впервые выявленный диагноз ВИЧ-инфекции), и 33 ВИЧ-инфицированных, не зараженных сифилисом, но проходивших лечение по поводу оппортунистических инфекций (вызываемых условно-патогенными вирусами или клеточными организмами) в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П.Боткина» (всего 148 больных). На втором этапе был проведен анализ амбулаторных карт обследованных ВИЧ-инфицированных боль-

ных в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Центр СПИД).

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 пациента, 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.

Возраст обследованных пациентов варьировал от 17 до 60 лет. Средний возраст больных в группах статистически значимо не различался и составил в первой группе — 31 [26; 36] год, во второй группе — 29 [24; 37] лет, в третьей группе — 32 [27; 38] года ($p=0,58$).

Обследование пациентов всех групп носило комплексный характер и включало применение клинико-психопатологического, катamnестического, психометрического, лабораторного и статистического методов исследования. Психический статус больных оценивали клинически. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовали психометрический метод.

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 ком-

обследования в стационаре проводилась люмбальная пункция с целью исключения поражения бледной трепонемой ЦНС.

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 Краскела–Уоллиса в случае трех групп сравнения. Изучение корреляционной связи между показателями проводили с помощью линейного корреляционного анализа — критерия Спирмена (r_s). Статистическая обработка материалов 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.

Результаты и их обсуждение. 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 (1 [0; 3] год; 2 [0; 4] года соответственно; $p=0,34$). Антиретровирусную терапию постоянно принимали при поступлении в стационар только 12 больных (18,5%) и 2 больных (6,1%) первой и третьей групп соответственно. Распределение стадий заболевания ВИЧ-инфекцией больных представлено в таблице.

Таблица

Стадии ВИЧ-инфекции больных в группах сравнения

Стадия заболевания	Первая группа (n=65)		Третья группа (n=33)		p
	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

племента с кардиолипиновым и трепонемным антигенами; реакция иммунофлюоресценции в качественном и количественном вариантах постановки (с определением коэффициента позитивности — КП); реакция пассивной гемагглютинации. Всем больным первой и второй групп в ходе

Психические нарушения были диагностированы у большинства обследованных пациентов (рис. 1), но чаще встречались в третьей группе (100%, 33 человека), а реже — во второй группе (60%, 30 больных). В первой группе психические нарушения были диагностированы у 54 больных

(83,1%; $p < 0,001$ в сравнении с частотой психических расстройств во второй и третьей группах). Ранее никто из больных не обращался за психолого-психиатрической помощью.

Установлено, что у ВИЧ-инфицированных больных с ранним нейросифилисом (13 из 28 пациентов первой группы с ранним нейросифилисом) статистически значимо чаще, чем у ВИЧ-инфицированных

34,8% (8 из 23 больных ранним нейросифилисом второй группы) больных нейросифилисом и 11,1% (3 из 27 больных 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) больных

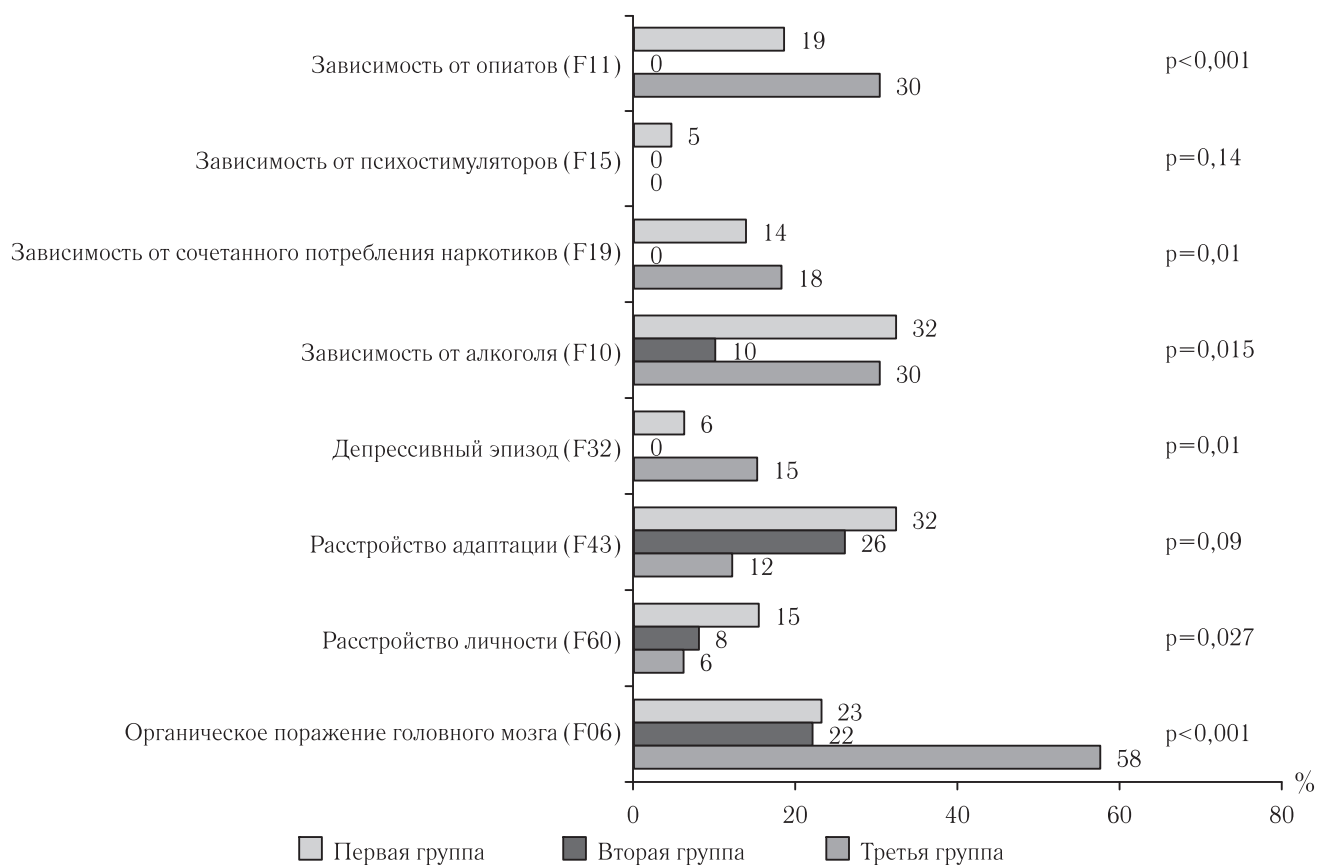


Рис. 1. Распределение психиатрической патологии в группах сравнения

больных с ранним сифилисом (8 из 37 пациентов первой группы с ранним сифилисом) развивались нозогенные реакции (рис. 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.

Во второй группе диагноз органического поражения головного мозга (F06) был поставлен

первой и третьей групп соответственно ($p < 0,001$ в сравнении с больными второй группы, где аддиктивные нарушения были выявлены только у 10% (5 человек) больных).

Зависимость от опиатов как ведущего потребляемого наркотического вещества (F11 по МКБ-10) чаще наблюдалась в третьей группе (30,3% или 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 групп (9 человек или 13,8% и 6 человек



Рис. 2. Структура психических расстройств пациентов первой группы с разными формами сифилиса

или 18,2% больных первой и третьей групп соответственно; $p=0,01$ 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 групп (32,3% или 21 человек и 30,3% или 10 человек соответственно) и статистически значимо реже у больных второй группы (10%, 5 человек; $p=0,015$).

Диагноз депрессивного эпизода был поставлен 4 (6,2%) и 5 (15,2%) больным первой и третьей групп соответственно ($p=0,018$ в сравнении со второй группой, 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%; $p=0,088$ 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 вслед-

ствие 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%, 11 человек) групп ($p<0,001$).

Коморбидность психических расстройств была выявлена примерно у половины больных третьей группы (51,5%, 17 человек), у трети больных первой группы (30,8%, 20 человек) и только у 4% больных (2 человека) второй группы ($p<0,001$ в сравнении с частотой коморбидности психических расстройств у пациентов первой и третьей групп).

Психические расстройства не были диагностированы только у 16,9% ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом. Во всех случаях это были мужчины, причем в подавляющем большинстве (90,9%) — мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами. 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. 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.

У 53,8% (35 человек) больных первой группы 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 $3,3 \pm 1,9$ года. 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 СПИД было установлено, что только 22 из 37 (58,3%) больных первой группы с диагностированной ВИЧ-инфекцией до поступления в стационар СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» 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 психоактивных веществ (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 ($R = 0,32$; $p = 0,047$). Ограничением нашего исследования стала невозможность отследить приверженность к приему антиретровирусной терапии ввиду того, что только небольшой части пациентов она была назначена (18,5 и 6,1% больных первой и третьей групп соответственно).

Анализ анамнестических данных пациентов первой группы 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 — КВД), а в поликлиники по месту жительства (8 из 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 28,6%), частные лаборатории (6 из 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 21,4%) и различные стационары горо-

да (4 из 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией; 14,3%). Только 25% больных (7 из 28 больных с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией) при возникновении первых симптомов заболевания обратились напрямую в КВД по месту жительства. Еще 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 несвязывания 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 проведен 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 СПИД для продолжения или начала наблюдения у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции. В центр обращались чаще те, кто уже наблюдался там 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 больного 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. Влияния 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 ($R=-0,3$; $p=0,044$).

Известно, что у ВИЧ-инфицированных пациентов психические расстройства отличаются атипичностью вследствие развивающегося органического поражения головного мозга [37]. 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 [38]. С учетом установленного взаимного влияния этих заболеваний и утяжелением клинической картины [39], а также того факта, что оба возбудителя способны проникать в головной мозг уже на ранних сроках заболевания [24], в настоящем исследовании было сделано предположение, что поражение ЦНС у ВИЧ-инфицированных больных с бледной трепонемой может иметь влияние на частоту развития и структуру формирующихся на этом фоне психических расстройств.

Психические нарушения были выявлены у большинства обследованных ВИЧ-инфицированных больных с 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%) [40], но был выше распространенности психических нарушений у больных сифилисом (68%) [35].

Различие в частоте психических расстройств между ВИЧ-инфицированными больными с ранним сифилисом и ВИЧ-инфицированными больными с ранним нейросифилисом было установлено в случае нозогенных реакций: у больных нейросифилисом они развивались чаще (46,4 и 21,6% для ВИЧ-инфицированных больных с ранним нейросифилисом и с ранним сифилисом соответственно; $p=0,034$). С учетом 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 ранним нейросифилисом и может иметь лишь дополнительное значение в развитии психических расстройств,

а ключевым фактором является заболевание ВИЧ-инфекцией.

В структуре психических расстройств ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом доминировали аффективные нарушения различного генеза и аддиктивная патология. Роль аддиктивных расстройств в заражении ИППП известна. Злоупотребление ПАВ усиливает рискованное сексуальное поведение [41], оказывает ключевое влияние на принятие решения об участии в рискованном сексуальном поведении [42] и относится к числу факторов, определяющих вероятность заражения ИППП [43]. Нами была выявлена высокая частота аддиктивной патологии у больных сочетанными ВИЧ-инфекцией и сифилисом, что соответствует современному пониманию источников эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге [44]. Зависимость от алкоголя в нашем исследовании имела наибольшую частоту в структуре аддиктивных нарушений у ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом (32,3%). Большой удельный вес алкоголизма объясняется тем, что больные с первоначальными зависимостями от других ПАВ после прекращения их потребления формировали зависимость от алкоголя.

Депрессивные и тревожно-депрессивные состояния различного генеза были выявлены у 53,8% больных первой группы, что соотносится с мировыми показателями встречаемости депрессии у ВИЧ-инфицированных [45, 46]. Отличительной характеристикой нашего исследования явилось определение нозологической принадлежности расстройств настроения. Выявленные аффективные нарушения относились к расстройствам адаптации в рамках нозогенных реакций (F43; 32,3%), депрессивному эпизоду (F32; 6,2%) и органическим аффективным расстройствам (F06; 7,7%).

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 6,2% ВИЧ-инфицированных больных первой группы, встретился несколько реже, чем в мировой практике [45, 46]. ВИЧ-инфицированные больные третьей группы также болели депрессией (15,2%), но частота расстройств у них также была ниже, чем в общемировой практике. Важно отметить тот факт, что диагноз

депрессивного эпизода отсутствовал у больных сифилисом, что можно объяснить более низким депрессогенным потенциалом данной моноинфекции на ранних сроках заражения.

Известно, что депрессия связана с повышенными уровнями импульсивности и дезадаптивного поведения [47] и негативно влияет на комплаенс пациентов [48]. Когнитивные нарушения являются также важным фактором, влияющим на комплаенс у ВИЧ-инфицированных [49]. ВИЧ-инфицированные больные с сифилисом в целом характеризовались недостаточной приверженностью к наблюдению у инфекциониста. Нами выявлены следующие факторы, негативно влиявшие на комплаенс обследованных пациентов: аддиктивные расстройства и когнитивные нарушения. Влияния аффективных расстройств на приверженность к наблюдению по поводу ВИЧ-инфекции установлено не было. Положительным прогностическим фактором обращения к инфекционисту и приверженности к наблюдению можно считать социальную адаптированность и высокий уровень образования больных. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о проблеме многофакторности формирования комплаенса у ВИЧ-инфицированных с ранним сифилисом. В ходе нашего исследования удалось вычленить факторы, влияющие на формирование комплаенса как негативно, так и позитивно. Недостаточная комплаентность пациентов сопряжена с повышением риска прогрессирования ВИЧ вне специфического лечения психических расстройств.

Установлена низкая обращаемость больных в КВД при манифестации венерического заболевания, что свидетельствует о низкой настороженности населения в отношении заболевания сифилисом, а также о стигматизации, связанной с венерическим заболеванием. Важно отметить, что в ходе нашего исследования были подтверждены данные литературы [50] о возможном влиянии заражения сифилисом (в случае сочетанного заражения сифилисом и ВИЧ-инфекцией) на раннюю диагностику заболевания ВИЧ.

Заключение. 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: психические расстройства встречаются у большин-

ства (83%) ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом с преобладанием в клинической картине аффективных (54%) и аддиктивных (48%) расстройств. Показано, что коморбидность этих инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, сопряжена с большей частотой нозогенных реакций, чем при монозаражении каждой из инфекций — нозогенные расстройства составляют 32% в структуре психических расстройств и чаще развиваются у ВИЧ-инфицированных больных с нейросифилисом.

В результате исследования установлены предикторы возникновения психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом. В качестве группы риска в плане развития нозогенных реакций целесообразно выделять пациентов без психических расстройств и/или социальной дезадаптации в анамнезе. Эти данные позволят повысить качество оказания помощи пациентам исследуемой когорты и имеют значение для практического здравоохранения за счет возможности превентивной работы (в том числе психообразовательных мероприятий) с пациентами группы риска и профилактики развития психических расстройств, улучшения качества жизни и комплаенса у этих больных.

Выявлена незначительная роль раннего нейросифилиса, в отличие от ВИЧ, в формировании психических расстройств при сочетанном заражении этими инфекциями. В этом случае развитие органического поражения головного мозга у больных определяет преимущественно ВИЧ-инфекция при незначительном влиянии раннего нейросифилиса, вклад которого в развитие аддиктивных, аффективных и личностных расстройств также незначим.

Установлена недостаточная приверженность ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом к наблюдению у инфекциониста и негативное влияние психических расстройств (аддиктивных и когнитивных нарушений) на этот процесс. Важным способом улучшения приверженности к терапии ВИЧ-инфицированных больных с сифилисом является коррекция психических расстройств.

В дальнейшем планируется продолжить изучение влияния коморбидности инфекционных процессов на развитие и клиническую картину психических расстройств, а также изучение патогенетических связей между психическими расстройствами различной тяжести и формированием условий для заражения социально-значимыми инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 г. / Справка // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИЭ. М., 2017. URL: http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2016.pdf (Дата обращения 06.08.2017). [HIV infection in the Russian Federation on December 31, 2016. Reference. Federal scientific and methodological center for prevention and control of AIDS Central research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor. Moscow, 2017. URL: http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2016.pdf (August 06, 2017) (In Russ.).]
2. Беляков Н.А., Розенталь В.В., Дементьева Н.Е., Виноградова Т.Н., Сизова Н.В. Моделирование и общие закономерности циркуляции суб-типов и рекомбинантных форм ВИЧ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. Т. 4, № 2. С. 7–18. [Belyakov N.A., Rosental V.V., Dement'eva N.Ye., Vinogradova T.N., Sizova N.V. Mathematical modelling and general trends of circulation of HIV subtypes and recombinant forms. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2012, Vol. 4, No. 2, pp. 7–18 (In Russ.).]
3. 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. Modeling of the epidemic of human immunodeficiency virus in Saint-Petersburg. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2014, Vol. 6, No. 1, pp. 59–65. (In Russ.).]
4. Кубанова А.А., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. Дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2014 г. Успехи, достижения. Основные пути развития // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 4. С. 13–26. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Dermatovenereology in the Russian Federation. Results of 2014. Successes, achievements. Main ways of development. *Herald of Dermatology and Venereology*, 2015, No. 4, pp. 13–26 (In Russ.).]
5. Шубина А.С. Эпидемиологические аспекты заболеваемости нейросифилисом // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 4. С. 427–429. [Shubina A.S. Epidemiological aspects of disease neurosyphilis. *International Journal of Experimental Education*, 2016, No 4, pp. 427–429 (In Russ.).]
6. Van de Laar M., Spiteri G. Increasing trends of gonorrhoea and syphilis and the threat of drug-resistant gonorrhoea in Europe. *Euro Surveill.*, 2012, No. 17, pp. 29.
7. 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> (October 21, 2017).
8. Kanelleas A., Stefanaki C., Stefanaki I., Bezronidi 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, No. 29, pp. 981–984.
9. 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. *Int. J. Infect. Dis.*, 2013, No. 17, pp. 971–997.
10. 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. Т. 9 (3). С. 96–104. [Belyakov N.A., Stepanova E.V., Rakhmanova A.G., Zholobov E.E., Volkova G.V., Dvorak S.I., Panteleeva O.V. The nature and characteristics of HIV-infection in Saint-Petersburg. *Medical Academic Journal*, 2009, Vol. 9 (3), pp. 96–104 (In Russ.).]
11. Gao L., Zhang L., Jin Q. Meta-analysis: prevalence of HIV infection and syphilis among MSM in China. *Sex. Transm. Infect.*, 2009, No. 85, pp. 354–358.
12. 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> (September 21, 2014).
13. Lynn W.A., Lightman S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. *Lancet Infect Dis.*, 2004. Vol. 4 (7), pp. 456–466.
14. 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. *Int. J. STD & AIDS*, 2010, No. 21, pp. 249–252.
15. 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. [Smirnova T.T., Gaivoronskaya O.V., Gul'tseva N.Yu., Malkova L.M. The epidemiological situation of sexually transmitted infections (STIs) in Saint-Petersburg in 2006. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2007, No. 1, pp. 18–20 (In Russ.).]
16. 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, No. 14, pp. 367.
17. Chesson H.W., Pinkerton S.D., Voigt R., Counts G.W. HIV infections and associated costs attributable to syphilis co-infection among African Americans. *Am. J. Public Health*, 200, Vol. 93 (6), pp. 943–948.
18. 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), pp. 921–929.

19. Hall C.S., Murrain J.D. Emerging issues in management of sexually transmitted diseases in HIV infection. *Current Infectious Disease Reports*, 2007, Vol. 9 (6), pp. 518–530.
20. Козенко Л.И., Лин В.Н., Кириуцов А.М. Выявление ВИЧ-инфекции у больных сифилисом // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 4. С. 56. [Kozenko L.I., Lin V.N., Kiriatsov A.M. Detection of HIV-infection in patients with syphilis. *Herald of Dermatology and Venereology*, 2004, No. 4, pp. 56 (In Russ.)].
21. 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 09.11.2017). [Potekaev S.N., Potekaev N.S., Yurin O.G., Pokrovskiy V.V. Influence of HIV-infection on the clinical picture and natural course of syphilis. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*. URL: <http://www.ozppp.ru/archive/1995-05/zppp-1995-5-p-20-24.html> (November 09, 2017) (In Russ.)].
22. 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. Int. Med.*, 1990, No. 113, pp. 872–881.
23. 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. Т. 67, № 9. С. 4–12. [Belyakov N.A., Medvedev S.V., Trofimova T.N., Rassokhin V.V., Dement'eva N.Ye., Shelomov S.A. Mechanisms of cerebral damage in patients with HIV-infection. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2012, Vol. 67, No. 9, pp. 4–12. (In Russ.)].
24. 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, No. 18, pp. 45–55.
25. Бешимов А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. Казань, 2006. 212 с. [Beshimov A.T. Mental disorders in HIV-infected patients: candidate's thesis: 14.00.18. Kazan, 2006. 212 p. (In Russ.)].
26. 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. [Kushnir O.N., Polyakov Yu.I., Mitrofanov A.Yu. General morbidity trends and diagnostic issues of neurosyphilis in psychiatric hospitals. *Medical Psychology, Psychiatry, Psychotherapy*, 2012, No. 2 (43), pp. 102–106 (In Russ.)].
27. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных Санкт-Петербурга // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 2 (2). С. 14–17. [Neznanov N.G., Khalezova N.B. The prevalence and nature of mental disorders in HIV-infected patients in Saint-Petersburg. *Mental Disorders in General Medicine*, 2007, No. 2 (2), pp. 14–17 (In Russ.)].
28. Петрова Н.Н., Чумаков Е.М. Инфекции, передающиеся половым путем, у пациентов психиатрического стационара // Неврологический вестник им. В.М.Бехтерева. 2015. Т. XLVII, № 1. С. 5–8. [Petrova N.N., Chumakov E.M. The sexually transmitted infections in patients of a psychiatric hospital. *Neurological Bulletin named after V.M.Bekhterev*, 2015, Vol. XLVII, No. 1, pp. 5–8 (In Russ.)].
29. Петрова Н.Н., Чумаков Е.М. Распространенность психических расстройств у больных с коморбидными сифилисом и ВИЧ-инфекцией // Неврологический вестник. 2014. Т. XLVI, № 2. С. 63–66. [Petrova N.N., Chumakov E.M. Prevalence of mental disorders in patients with comorbid syphilis and HIV-infection. *Neurological Bulletin named after V.M.Bekhterev*, 2014, Vol. XLVI, No. 2, pp. 63–66 (In Russ.)].
30. 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), pp. 763–768.
31. 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), pp. 607–620.
32. 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), pp. 13–20.
33. Петрова Н.Н., Федотова Ю.А. Клинико-феноменологические особенности и патогенетические механизмы депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2006. Серия 11: Медицина. С. 30–37. [Petrova N.N., Fedotova Yu.A. Clinico-phenomenological features and pathogenetic mechanisms of depressive disorders in HIV-infected patients. *Bulletin of Saint-Petersburg University*, 2006, Series 11: Medicine, pp. 30–37 (In Russ.)].
34. Ишутина Н.П. Психические нарушения при ранних формах сифилиса: Автореф. дис. канд. мед. наук. Тюмень, 1986. 14 с. [Ishutina N.P. Mental disorders in the early forms of syphilis: Extended abstract of candidate's thesis. *Tyumen*, 1986. 14 p. (In Russ.)].
35. Окружнова Т.В. Психические расстройства, обусловленные ранним впервые выявленным сифилисом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06. М., 2002. 147 с. [Okruzhnova T.V. Mental disorders due to early-onset syphilis: candidate's thesis: 14.00.06. Moscow, 2002, 147 p. (In Russ.)].
36. 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), pp. 351–355.
37. Полянский Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20 (4). С. 135–141. [Polyanskiy D.A., Kalinin V.V. The problem of mental disorders in HIV-Infected patients. *Social and Clinical Psychiatry*, 2010, Vol. 20 (4), pp. 135–141 (In Russ.)].

38. 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. Т. 6, № 4. С. 57–63. [Korobko A.V., Orlova I.A., Smirnova N.V., Dudko V.Yu., Smirnova I.O., Smirnova T.S., Litvinenko I.V., Piryatinskaya A.B., Sevashevich A.V., Gayvoronskaya O.V., Ivanov A.M. Syphilis in patients with HIV infection — the importance of medico-social factors in the development of a co-infection. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2014, Vol. 6, No. 4, pp. 57–63 (In Russ.)].
39. Chang W.-T., Hsieh T.-T., Wu Y.-H. Malignant syphilis in human immunodeficiency virus-infected patients. *Dermatologica Sinica*, 2015, No. 33, pp. 21–25.
40. Халезова Н.Б. Влияние ВИЧ-инфекции на клиническую картину, течение и лечение шизофрении: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. СПб., 2011. 150 с. [Khalezova N.B. Influence of HIV infection on the clinical picture, course and treatment of schizophrenia: candidate's thesis: 14.01.06. *Saint-Petersburg*, 2011, 150 p. (In Russ.)].
41. 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), pp. 123–145.
42. Yan A.F., Chiu Y., Stoesen C.A., Wang M.Q. STD-/HIV-related sexual risk behaviors and substance use among US rural adolescents. *J. Natl. Med. Assoc.*, 2007, Vol. 99 (12), pp. 1386.
43. Сафьянникова А.А. Распространенность сифилиса и ВИЧ-инфекции среди пациентов психоневрологического диспансера с наркотической зависимостью // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 8. С. 135–137. [Safyannikova A.A. The prevalence of syphilis and HIV-infection among patients from psychoneurological dispensary with drug dependence. *Siberian Medical Journal*, 2010, No. 8, pp. 135–137 (In Russ.)].
44. Eritsyan K., Heimer R., Barbour R., Odinkova 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, No. 3, pp. 6.
45. 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), pp. 162–167.
46. Pappin M., Wouters E., Booyens 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, No. 12, pp. 244.
47. Gonzalez V.M., Reynolds B., Skewes M.C. Role of impulsivity in the relationship between depression and alcohol problems among emerging adult college drinkers. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 2011, No. 19, pp. 303–313.
48. Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Побочные эффекты терапии и комплаенс больных депрессией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Спецвыпуски. 2012. № 112 (11). С. 77–85. [Petrova N.N., Kucher Ye.O. Side effects of therapy and compliance of patients with depression. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S.Korsakov, Special releases*, 2012, No. 112 (11), pp. 77–85 (In Russ.)].
49. Чумаков Е.М., Петрова Н.Н., Гезей М.А. Психические расстройства и приверженность к наблюдению у инфицированных ВИЧ-инфицированных больных ранним сифилисом // Материалы XI международного конгресса «Психосоматическая медицина — 2016». СПб.: Человек, 2016. С. 84–85. [Chumakov E.M., Petrova N.N., Gezei M.A. Mental disorders and adherence to HIV infection in infectious patients with early syphilis. Proceedings of the XI International Congress «Psychosomatic medicine — 2016», *Saint-Petersburg: Chelovek*, 2016, pp. 84–85 (In Russ.)].
50. Spornraft-Ragaller P., Schmitt J., Stephan V., Boashie U., Beisert S. Characteristics and co infection with syphilis in newly HIV-infected patients at the University Hospital Dresden 1987–2012. *JDDG*, 2014, pp. 707–716.

Статья поступила 30.03.2018 г.

Контактная информация: Чумаков Егор Максимович, e-mail: chumakovgor@gmail.com

Коллектив авторов:

Чумаков Егор Максимович — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; врач-психиатр СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кашенко»; руководитель секции по поддержке интернет-ресурсов Совета молодых ученых Российского общества психиатров, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, e-mail: chumakovgor@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0429-8460;

Петрова Наталия Николаевна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; Председатель Правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, член Правления Российского общества психиатров (РОП), член исполкома РОП, Председатель комиссии РОП по работе с молодыми учеными, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, e-mail: petrova_nn@mail.ru, ORCID: 0000-0003-4096-6208;

Расхоин Вадим Владимирович — д.м.н., профессор кафедры социально-значимых инфекций ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ; в.н.с. ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; зав. лабораторией хронических вирусных инфекций ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12, e-mail: ras-doc@mail.ru.