

Ю.І. Бойко

ПОГРАНИЧНІ НЕРОВО-ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Буковинський державний медичний університет

Мета роботи – встановлення клінічних особливостей пограничних нервово-психічних розладів у хворих на ВІЛ-інфекцію у I клінічній стадії недуги.

Пацієнти і методи. Здійснили порівняльне дослідження пограничних нервово-психічних розладів (ПНПР) при I клінічній стадії ВІЛ-інфекції (основна група – 86 хворих) та в осіб з несправжньоопозитивним скринінговим тестом на ВІЛ (група порівняння – 43 пацієнти).

Результати досліджень. При клініко-психопатологічному обстеженні встановлено, що усі 100,0 % пацієнтів основної групи страждають клінічно вираженими ПНПР. У групі порівняння зазначена симптоматика проявлялася у (67,4±7,1) % осіб ($P < 0,001$) і характеризувалася відносно легкою клінікою.

Найчастіше у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією реєструються: органічні психічні розлади (F06-F07) – (32,6±5,1) %; розлади зрілої особистості та поведінкові розлади (F60-F61) – (27,9±4,8) %; поєднані психічні порушення (F60-F61; F06-F07; F40-F48; F30-F39) – (20,9±4,4) %; невротичні розлади (F40-F48) – (12,7±3,6) %; афектні розлади (F30-F39) – (5,8±2,5) %.

Виявлена психічна патологія залежить від преморбідного фону і впливу ВІЛ-інфекції. Зокрема у преморбідних психічно гармонійних осіб після отримання інформації про інфікування ВІЛ формуються невротичні та афектні розлади.

Переважають органічні психічні розлади у пацієнтів в досліджених групах пояснюється тим, що ВІЛ-інфекція нашаровується на попередній преморбідний фон, змінений вживанням психоактивних речовин, черепномозковими травмами і хронічними соматичними захворюваннями (хронічні гепатити В і/або С, венеричні хвороби).

Частота розладів зрілої особистості обумовлюється несприятливими мікросоціальними факторами в дитячо-підлітково-юнацькому віці та патологічним розвитком особистості після інфікування ВІЛом.

Вплив ВІЛ-інфекції на психічне здоров'я пацієнтів проявляється в достовірно частішому «нашаруванні»

органічних, невротичних, афектних порушень на наявній розладі особистості.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, I клінічна стадія, пограничні нервово-психічні розлади.

Відомо, що при будь-якій соматичній хворобі можливі психопатологічні прояви пограничного рівня [1]. Це обґрунтовує необхідність «зближення» сучасної психіатрії та загальної медицини [2]. У медичній літературі є дані про виявлення пограничних психічних розладів (невротичних, афектних і органічних) на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції [3]. Невротичні розлади у таких осіб описані у вигляді окремих синдромів: тривожного, астеничного, депресивного та їх поєднань, без спроби систематизації й адаптації уявлень, що склалися, до МКХ-10. Це створює певні методологічні складнощі [4]. Афектні розлади в основному розглядаються з позиції їх частоти при ВІЛ-інфекції, без достатнього висвітлення клінічних особливостей, характеру зниження афекту, тяжкості соматичного компонента депресії [5, 6]. В аспекті органічних психічних розладів найкраще вивчений прогресуючий когнітивний дефіцит [7]. У той же час астеничні, емоційні, вольові порушення в структурі психо-органічного синдрому досліджені недостатньо.

Мета роботи – встановлення клінічних особливостей пограничних нервово-психічних розладів у хворих на ВІЛ-інфекцію у I клінічній стадії недуги.

Пацієнти і методи

Відбір ВІЛ-інфікованих хворих у дослідження здійснювали методом спонтанної вибірки серед пацієнтів, які звернулися у Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом. Дослідження здійснювали на базі зазначеного центру, а також в лабораторії комунальної установи Тернопільської обласної ради «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», лабораторії Івано-Франківського обласного комунального центру профілактики і боротьби зі СНІДом, а також діагностичного центру Буковинського державного медичного університету.

Усі хворі обстежені відповідно до наказу МОЗ України № 551 від 12.07.2010 р. «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» [8].

З метою вивчення пограничних нервово-психічних розладів у ВІЛ-інфікованих дослідили 129 пацієнтів, які сформували основну групу й групу порівняння. Критеріями відбору пацієнтів в основну групу була наявність ВІЛ-інфекції у I клінічній стадії недуги і пограничної психічної патології у класифікаційних рубриках F06-F07, F30-F39, F40-F48, F60-F61 за МКХ-10, віковий інтервал від 18 до 60 років, відсутність психотичних розладів і деменції, пов'язаних з ВІЛ або іншими причинами. У групу порівняння були відібрані пацієнти, в яких первинне скринінгове обстеження на ВІЛ-інфекцію (імунохімічний аналіз, ІФА) виявилось позитивним, однак подальше дослідження не підтвердило наявності антитіл до ВІЛ (несправжньо-позитивний скринінговий тест).

В основній групі було обстежено 86 пацієнтів (67,4 % чоловіків, 32,6 % жінок), у групі порівняння – 43 особи (69,8 % чоловіків, 30,2 % жінок). Середній вік основної групи становив (32,6±6,8) року, групи порівняння – (30,8±7,5) року. Статевий і віковий склад досліджуваних груп статистично не відрізнявся ($P>0,05$).

Як основні дослідницькі методи використовували: клініко-психопатологічний (оцінка психопатологічних симптомів, станів і синдромів після отримання пацієнтом інформації про серопозитивність до ВІЛ і протягом наступних двох років); клінічний (оцінка соматичного статусу); параклінічний (лабораторно-інструментальний); психологічний (проведення психометричних досліджень); клініко-катамнестичний (ретроспективний аналіз медичної документації) і статистичний.

Результати досліджень та їх обговорення

При клініко-психопатологічному обстеженні встановлено, що усі 86 пацієнтів основної групи (100,0 %) страждають клінічно вираженими пограничними нервово-психічними розладами (табл. 1). У групі порівняння ПНПР виявлені у 29 – (67,4±7,1) % осіб ($P<0,001$) і характеризувалися відносно легшою клінікою. У структурі виявлених ПНПР у пацієнтів основної групи і групи порівняння визначали органічні психічні розлади (F06. Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби - F07. Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження або дисфункції головного мозку) – (32,6±5,1) % і (25,6±6,7) % відповідно ($P>0,05$); розлади зрілої особистості та поведінкові розлади (F60. Специфічні розлади особистості - F61. Змішані та інші розлади особистості) – (27,9±4,8) % і (11,6±4,9) % ($P<0,05$), невротичні розлади (F40-F48. Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади) – (12,7±3,6) % і (16,3±5,6) % ($P>0,05$), розлади настрою – афектні розлади (F30-F39) – (5,8±2,5) % і (4,7±3,2) % ($P>0,05$). Крім того, в основній групі у (20,9±4,4) % осіб були діагностовані поєднані психічні порушення (F60-F61; F06-F07; F40-F48; F30-F39): комбінація розладів особистості з органічними – (38,9±11,5) %, невротичними – (33,3±11,1) %, афектними – (11,1±7,4) % симптомами і коморбідними органічними і афектними порушеннями – (16,7±8,8) %.

У групі порівняння психічні розлади поєднувалися всього у (7,0±3,9) % пацієнтів (порівняно з основною групою $P<0,01$, табл. 1).

Таблиця 1

Структура виявлених ПНПР у пацієнтів порівнюваних груп

Симптом	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Органічні психічні розлади	28	32,6±5,1	11	25,6±6,7	>0,05
Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади	24	27,9±4,8	5	11,6±4,9	<0,05
Невротичні розлади	11	12,7±3,6	7	16,3±5,6	>0,05
Афектні розлади	5	5,8±2,5	2	4,7±3,2	>0,05
Поєднані психічні порушення:					
розлади особистості + органічні	7	38,9±11,5	2	-	
розлади особистості + невротичні	6	33,3±11,1	1	-	
розлади особистості + афектні	2	11,1±7,4	0	-	
розлади особистості + органічні + афектні	3	16,7±8,8	0	-	
Разом	18	20,9±4,4	3	7,0±3,9	<0,01
Всього ПНПР	86	100,0±0,0	29	67,4±7,1	<0,001

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для встановлення впливу ВІЛ-інфекції на психічне здоров'я пацієнтів були вивчені чинники, що передували зараженню: преморбідні особливості особи, спосіб життя ВІЛ-позитивних осіб, мікросоціальні психогенні шкідливості та нозологічна коморбідність.

Встановили, що пацієнти з ВІЛ-інфекцією у більшості випадків є аддиктивними особами, з деструктивними преморбідними рисами, що сформувалися під впливом несприятливих мікросоціальних факторів у дитячо-підлітково-юнацькому віці. Структура зазначених факторів представлена у таблиці 2.

Так, спадковість була обтяжена алкоголізмом батьків у більшості ВІЛ-інфікованих – (72,1±4,8) % і тільки у (25,6±6,7) % представників групи порівняння (P<0,001).

Більше половини пацієнтів основної групи – (55,8±5,4) % і (39,5±7,5) % ВІЛ-негативних осіб виростили у неповних сім'ях з неправильним типом виховання: гіпоопікою – (47,7±5,4) і (14,0±5,3) % відповідно (P<0,001); потураючою гіперопікою – (16,3±4,0) і (11,6±4,9) % (P>0,05); непослідовністю у вихованні – (11,6±3,5) і (4,7±3,2) % (P>0,05); моральною і фізичною депривацією – «їжак-ві рукавиці» – (11,6±3,5) і (2,3±2,3) % (P<0,05); без емоційної теплоти – тип «попелюшка» – (7,0±2,8) і (0,0±0,0) % (P<0,05). Слід зауважити, що з групою порівняння в цьому контексті статистично достовірно не відрізняються тільки три показники: виховання у неповній сім'ї, потураюча гіперопіка та непослідовність у вихованні.

Таблиця 2

Структура несприятливих мікросоціальних факторів у дитячому віці пацієнтів порівнюваних груп

Характеристика	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Алкоголізм батьків	62	72,1±4,8	11	25,6±6,7	<0,001
Виховання у неповній сім'ї	48	55,8±5,4	17	39,5±7,5	>0,05
Виховання супроводжувалося:					
гіпоопікою	41	47,7±5,4	6	14,0±5,3	<0,001
потураючою гіперопікою	14	16,3±4,0	5	11,6±4,9	>0,05
непослідовністю	10	11,6±3,5	2	4,7±3,2	>0,05
моральною і фізичною депривацією	10	11,6±3,5	1	2,3±2,3	<0,05
відсутністю емоційної теплоти	6	7,0±2,8	0	0,0±0,0	<0,05
Позасімейне виховання	13	15,1±3,9	2	4,7±3,2	<0,05

Серед пацієнтів основної групи (15,1±3,9) % людей виховувалися в дитячих будинках та інтернатах, у групі порівняння цей показник був суттєво нижчим – (4,7±3,2) % (P<0,05).

Алкоголізм батьків, дисфункціональний характер батьківської сім'ї, дисгармонійний тип виховання і сирітство сприяли педагогічній занедбаності передусім пацієнтів основної групи. Саме згаданих представників характеризує низька успішність в освоєнні шкільної програми, девіантна поведінка в дитячо-підлітковому віці, ранній початок сексуального життя і рання наркотизація.

Тільки (12,8±3,6) % ВІЛ-позитивних пацієнтів успішно вчилися в школі, у той час як практично кожна друга особа з несправжньоопозитивним скринінговим тестом (48,8±7,6) % отримала атестат лише з добрими і відмінними оцінками (P<0,001, табл. 3). У (75,6±4,6) %

пацієнтів основної групи і лише в (9,3±4,4) % представників групи порівняння зареєстрована девіантна поведінка (антидисциплінарна, антисоціальна, делінквентна, автоагресивна, дромоманія) в шкільний період (<0,001). Сексуальний старт у неповнолітньому віці зареєстрований у (86,0±3,7) % пацієнтів основної групи і в (44,2±7,6) % осіб групи порівняння (P<0,001), а саме у віці 12-14 років у (41,9±5,3) % і (9,3±4,4) % відповідно (P<0,001), 15-17 років – у (44,2±5,4) % і (34,9±7,3) % відповідно (P>0,05).

Половина – (51,2±5,4) % – ВІЛ-позитивних і (37,2±7,4) % ВІЛ-негативних пацієнтів уперше спробували наркотики в неповнолітньому віці (P>0,05), а саме у 8-11 років – (4,7±2,3) і 0,0 % (P<0,05), 12-14 років – (20,9±4,4) і (9,3±4,4) %, 15-17 років – (25,6±4,7) і (27,9±6,8) % відповідно (P>0,05).

Успішність навчання і девіації поведінки у шкільній і юнацький періоди пацієнтів порівнюваних груп

Характеристика	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Успішне навчання (атестат лише з добрими і відмінними оцінками)	11	12,8±3,6	21	48,8±7,6	<0,001
Девіантна поведінка	65	75,6±4,6	4	9,3±4,4	<0,001
Початок статевого життя в:					
12-14 років	36	41,9±5,3	4	9,3±4,4	<0,001
15-17 років	38	44,2±5,4	15	34,9±7,3	>0,05
Всього	74	86,0±3,7	19	44,2±7,6	<0,001
Уперше спробували наркотики у:					
8-11 років	4	4,7±2,3	0	0,0±0,0	<0,05
12-14 років	18	20,9±4,4	4	9,3±4,4	>0,05
15-17 років	22	25,6±4,7	12	27,9±6,8	>0,05
Всього	44	51,2±5,4	16	37,2±7,4	>0,05
Вживали психоактивні речовини	37	43,0±5,3	6	14,0±5,3	<0,001
у т.ч. тривало (≥4 років)	34	39,5±5,3	1	2,3±2,3	<0,001
Кримінальний анамнез	40	46,5±5,4	3	7,0±3,9	<0,001
у т.ч. в неповнолітньому віці	19	22,1±4,5	1	2,3±2,3	<0,001

На час дослідження (43,0±5,3) % ВІЛ-інфікованих і (14,0±5,3) % представників групи порівняння вживали психоактивні речовини (P<0,001). В основній групі високий відсоток осіб, які тривало вживають психоактивні препарати (4 роки і більше), – (39,5±5,3) %, у групі порівняння – лише 1 людина – (2,3±2,3) % (P<0,001, табл. 3).

Кримінальний анамнез мали 40 – (46,5±5,4) % ВІЛ-інфікованих. У групі порівняння судимості мали лише 3 людини – (7,0±3,9) % (P<0,001). Кримінальний старт у хворих з ВІЛ-інфекцією відбувався достовірно в більш ранньому віці, ніж у групі порівняння: (22,1±4,5) % ВІЛ-позитивних пацієнтів уперше засуджені в неповнолітньому віці, у групі порівняння був лише 1 такий представник – (2,3±2,3) % (P<0,001). Загальне перебування в місцях позбавлення волі (кримінальний стаж) у хворих на ВІЛ-інфекцію теж достовірно вищий, ніж у групі порівняння: 4,6 року і 1,3 року відповідно (P<0,01).

У ВІЛ-позитивних пацієнтів часто реєструються хвороби поведінкового ризику: хронічні вірусні гепатити, венеричні хвороби, різні травми. Так, серед них (79,1±4,4) % страждають хронічними гепатитами В і/або С; у групі порівняння – (9,3±4,4) % осіб (P<0,001); венеричні захворювання виявлені у (46,5±5,4) % хворих на ВІЛ-інфекцію, у групі з несправжньопозитивним скринінговим тестом цей показник становив (2,3±2,3) %

(P<0,001). Майже кожен п'ятий хворий з ВІЛ-інфекцією – (19,8±4,3) % – має в анамнезі черепномозкові травми, у групі порівняння – (11,6±4,9) % (P>0,05).

Таким чином, клінічний статус ВІЛ-позитивних осіб залежить як від ВІЛ, так і від супутньої патології (хронічні вірусні гепатити, наркоманія, венеричні хвороби), що визначають на I клінічній стадії ВІЛ-інфекції рівень соматичного неблагополуччя.

У дорослому житті кожна третя – (31,7±5,0) % – ВІЛ-позитивна людина має освіту не вище 9 класів, майже половина – (47,7±5,4) % – безробітні, (9,3±3,1) % – це особи без певного місця проживання. У групі порівняння пацієнти, які мають освіту не вище 9 класів середньої школи, складають (14,0±5,3) % (P<0,05), безробітні – (30,2±7,0) % (P<0,05), безхатченки не зареєстровані (P<0,01, табл. 4).

Психологічне тестування проводили для визначення типологічних особливостей особистості, виявлення акцентуації і визначення особистісної тривожності – тобто факторів ризику в розвитку пограничних нервово-психічних розладів [9]. За результатами психометричного дослідження в багатофакторному опитувачі Р. Б. Кеттелла встановлено, що пацієнти основної групи замкнутіші, емоційно більш нестійкі, непостійні, підозрілі, егоцентричні, тривожні, ранимі, вразливі, напружені та фрустровані, порівняно з представниками групи

Хвороби поведінкового ризику та рівень освіченості пацієнтів порівнюваних груп

Ознака	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Соматична коморбідність:					
хронічний гепатит В і/або С	68	79,1±4,4	4	9,3±4,4	<0,001
венеричні хвороби	40	46,5±5,4	1	2,3±2,3	<0,001
черепномозкові травми	17	19,8±4,3	5	11,6±4,9	>0,05
Неповна середня освіта	27	31,7±5,0	6	14,0±5,3	<0,05
Безробітні	41	47,7±5,4	13	30,2±7,0	<0,05
Без певного місця проживання	8	9,3±3,1	0	0,0±0,0	<0,01

порівняння. ВІЛ-інфіковані більш недисципліновані та імпульсивні, ніж особи з ВІЛ-негативним статусом. Також у них нижчі показники інтелекту.

У ході визначення особистісної тривожності в тесті Ч. Л. Спілберга - Ю. Л. Ханіна встановлено, що у хворих з ВІЛ-інфекцією цей показник становить (48,36±0,87), у групі порівняння – (39,14±0,66) (P<0,05).

У результаті тестування за характерологічним опитувачем К. Леонгарда встановлено, що у 78 – (90,7±3,1) % пацієнтів основної групи та 13 – (30,2±7,0) % представників групи порівняння виявлена різна акцентуація характеру (P<0,001). Причому у (72,1±4,8) % акцентуєваних у преморбіді ВІЛ-інфікованих осіб і всього лише

(7,0±3,9) % представників групи порівняння виявлений поєднаний їх прояв (P<0,001). В основній досліджуваній групі найчастіше реєструються збудлива – (27,9±4,8) %, тривожна – (25,6±4,7) % і застрягаюча – (22,1±4,5) % акцентуація характеру та різні їх поєднання. Саме зазначені типи акцентуації реєструються достовірно частіше, ніж у групі порівняння (P<0,05-0,001). Статистично вагомої різниці між іншими характерологічними типами (гіпертимним, дистимічним, афективно-лабільним, афективно-екзальтованим, емотивним, демонстративним і педантичним) ВІЛ-інфікованих та осіб з несправжньо-позитивним скринінговим тестом не виявили (P>0,05, табл. 5).

Таблиця 5

Результати тестування пацієнтів порівнюваних груп за характерологічним опитувачем К. Леонгарда (наведено рівні темпераменту і характеру, як соціально-зумовленого утворення)

Тип акцентуації	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
гіпертимний	2	2,3±1,6	2	4,7±3,2	>0,05
дистимічний	4	4,7±2,3	1	2,3±2,3	>0,05
афективно-лабільний	0	0,0±0,0	1	2,3±2,3	>0,05
афективно-екзальтований	0	0,0±0,0	1	2,3±2,3	>0,05
тривожний	22	25,6±4,7	0	0,0±0,0	<0,001
емотивний	1	1,2±1,2	2	4,7±3,2	>0,05
демонстративний	5	5,8±2,5	1	2,3±2,3	>0,05
педантичний	1	1,2±1,2	1	2,3±2,3	>0,05
застрягаючий	19	22,1±4,5	3	7,0±3,9	<0,05
збудливий	24	27,9±4,8	1	2,3±2,3	<0,001
поєднання типів	62	72,1±4,8	3	7,0±3,9	<0,001
Всього	78	90,7±3,1	13	30,2±7,0	<0,001

Відхилення від норми відразу декількох шкал, отриманих при інтерпретації результатів тестування за К. Леонгардом, дозволяє думати про глибшу особистісну патологію, ніж просто акцентуація характеру. Це знайшло підтвердження при проведенні клініко-психологічного обстеження, в результаті якого встановлено, що 28 – (32,6±5,1) % ВІЛ-позитивних пацієнтів мають органічні психічні розлади, 24 – (27,9±4,8) % – різні розлади особистості, і 18 – (20,9±4,4) % – коморбідні розлади у вигляді поєднання органічних розладів з особистісними, невротичними і афектними симптомами. Результати психологічного тестування за К. Леонгардом у будь-якому разі є попередніми і не замінюють клініко-психопатологічного методу діагностики.

Нозотворний вплив ВІЛ-інфекції на психічне здоров'я пацієнтів проявлявся в реєстрації невротичних і афектних розладів у здорових до інфікування осіб, патологічним розвитком особистості, декомпенсацією наявних особистісних розладів, поглибленням когнітивного дефіциту у хворих з органічними психічними розладами, появою поєднаних розладів особистості з органічними, невротичними, афектними порушеннями.

Невротичні розлади визначали в 11 – (12,8±3,6) % хворих з ВІЛ-інфекцією, які кваліфікувалися за МКХ-10 таким чином: F41.20, F43.20, F43.80, F45.20, F45.30, F48.80. У 6 з 11 пацієнтів вони представлені розладами адаптації. Усі ці розлади були зареєстровані у ВІЛ-позитивних осіб протягом 3 міс. після повідомлення їм про діагноз «ВІЛ-інфекція».

Розлади адаптації ми реєстрували в осіб з відносно гармонійним преморбідним фоном (психічно здорові та акцентуовані особи), наркотичні засоби ці пацієнти не вживали. Клінічно розлади адаптації проявлялися депресивним настроєм, тривогою, занепокоєнням, відчуттям нездатності впоратися із ситуацією, пристосуватися до неї, у ряді випадків це супроводжувалося ретельною реєстрацією щонайменших ознак тілесного неблагополуччя і пошуків засобів їх лікування у вигляді загартовування, фізичних вправ, йоги, фітотерапії, нетрадиційних оздоровчих програм, які зазначені пацієнти наслідували з особливою ретельністю.

Як діагностичний критерій розладів адаптації враховувалася також тривалість описаних симптомів, що дозволило розділити депресивні реакції за тривалістю перебігу на короткочасні (не більше 1 міс.) і пролонговані (не більше 2 років).

В одному випадку нам вдалося спостерігати еволюцію пролонгованої депресивної реакції в неврастенію, а потім – у невротичний розвиток особистості (психастенічний невроз F48.80) у жінки з психастенічною акцентуацією характеру в преморбіді.

Серед ВІЛ-позитивних ми реєстрували соматоформні та іпохондричні розлади (14 – (16,3±4,0) % і 13 – (15,1±3,9) % відповідно, від усіх виявлених невротичних розладів). Перші перебігали у вигляді соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи різних органів і систем. У пацієнтів відзначали об'єктивні прояви вегетативного збудження (серцебиття, гіпергідроз, еритеми, тремор), болі без чіткої локалізації, демонстративність у поведінці та драматичність скарг.

Соматоформні розлади реєстрували в осіб з демонстративною, циклоїдною і збудливою акцентуацією характеру. Іпохондричні розлади траплялися в осіб із застрягаючою акцентуацією. Хворі були надмірно заклопотані своїм станом здоров'я, шукали ознаки погіршення самопочуття, наполегливо вимагали додаткових методів дослідження, вибірково ставилися до прийому медикаментів (відмовлялися застосовувати антибіотики при тонзиліті, побоюючись «розвитку дисбактеріозу і погіршення імунітету»).

У групі порівняння усі виявлені невротичні розлади сконцентрувалися в межах двох класифікаційних рубрик: F41.80 «Інші уточнені тривожні розлади» – 24 (55,8±7,6) % і F43 «Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації» – 19 (44,2±7,6) % осіб. Більше, ніж у половині випадків – у 24 (55,8±7,6) % від усіх виявлених невротичних розладів – зареєстровані стани, які ми розцінили як «неврози очікування» [10]. У цьому випадку пацієнти із несправжньопозитивним тестом на ВІЛ-інфекцію скаржились на утруднене засипання, тривожні сновидіння, зниження чи повна відсутність апетиту, «нервозність», «неможливість опанувати себе», «неможливість зосередитися на чому-небудь іншому, крім думок про результат аналізу на ВІЛ». Але усі ці прояви були нестійкими, легко знімалися після отримання звістки про добрий результат аналізу.

Афектні розлади були зареєстровані у 5 (5,8±2,5) % хворих на ВІЛ-інфекцію і у 2 (4,7±3,2) % пацієнтів групи порівняння ($P>0,05$). Вони представлені наступними рубриками МКХ-10: F32.00, F32.10, F32.20, F34.10, F34.80. У цілому показники афектних розладів в основній групі і групі порівняння статистично не відрізняються, але у хворих на ВІЛ-інфекцію зниження афекту значніше (реєструються тяжкі депресивні епізоди без психотичних симптомів), виявлений соматичний компонент депресії і визначаються хронічні розлади настрою.

При проведенні психологічного дослідження на виявлення депресивних порушень за шкалою Т. І. Балашової у пацієнтів основної групи відсоток осіб, які мають депресивні порушення, достовірно вищий, ніж у групі порівняння: 9 (10,5±3,3) % хворих проти 1 (2,3±2,3) % відповідно ($P<0,05$). Числовий еквівалент депресії достовірно вищий у хворих на ВІЛ-інфекцію, порівняно з

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

особами із несправжньо-позитивним скринінговим тестом на ВІЛ – (74,3±1,3) і (59,7±1,2) відповідно ($P < 0,05$).

Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади (F60-F69 за МКХ-10) реєструються у хворих на ВІЛ-інфекцію частіше, ніж у групі порівняння: 24 (27,9±4,8) % проти 5 (11,6±4,9) % відповідно ($P < 0,05$, табл. 6).

Найбільша частина особистісної патології у хворих на ВІЛ-інфекцію припадала на істеричні розлади – (9,3±3,1) %. Значно менша частка осіб з дисоціальними – (4,7±2,3) % та емоційно-нестабільними – (3,5±2,0) % розладами особистості. Лише в одному випадку зареєстровано розлади типу залежної особистості – (1,2±1,2) %. У групі порівняння істеричний, дисоціальний, емоційно-нестабільний розлад реєструється з подібною частотою. Винятком є змішані та інші

розлади особистості – (9,3±3,1) % осіб основної групи, які реєструються тільки у ВІЛ-позитивних пацієнтів і забезпечують статистичну відмінність сумарного показника (табл. 6).

У процесі спостереження за ВІЛ-позитивними ми відзначали наступну динаміку особистісних розладів: у стадії компенсації перебували 10 з 24 таких хворих, у стадії декомпенсації – 14. Декомпенсація особистісних розладів перебігала у вигляді почастишання і поглиблення побутових і виробничих конфліктів, алкогольних і сексуальних ексцесів, делінквентних вчинків і конфліктів із законом. У 4 випадках (16,7 % від усіх особистісних розладів) ми спостерігали патологічний розвиток особистості на тлі ВІЛ-інфекції протягом 2-3 років після повідомлення про серопозитивність до ВІЛ.

Таблиця 6

Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади (F60-F69 за МКХ-10) у пацієнтів порівнюваних груп

Нозологія	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Дисоціальний розлад особистості	4	4,7±2,3	1	2,3±2,3	>0,05
Емоційно нестабільний розлад особистості	3	3,5±2,0	1	2,3±2,3	>0,05
Істеричний розлад особистості	8	9,3±3,1	3	7,0±3,9	>0,05
Розлади типу залежної особистості	1	1,2±1,2	0	0,0±0,0	>0,05
Змішані та інші розлади особистості	8	9,3±3,1	0	0,0±0,0	<0,01
Всього	24	27,9±4,8	5	11,6±4,9	<0,05

Примітка (тут і в таблиці 7): наведені лише реєстровані нозології.

В усіх випадках це були істеричні розлади особистості в індивідуумів, які мають істеричну і збудливу акцентуацію характеру.

Встановили, що у пацієнтів основної групи розлади особистості, пов'язані з органічним ураженням головного мозку (F07.00), а також інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби (F06), зареєстровані порівну – у (16,3±4,0) %. У групі порівняння ці показники рівні (11,6±4,9) % і (14,0±5,3) % відповідно ($P > 0,05$).

Нозологічний діапазон органічних психічних розладів у ВІЛ-позитивних ширший, ніж в осіб із несправжньо-позитивним скринінговим тестом на ВІЛ-інфекцію. Так, тільки серед пацієнтів основної групи реєструються галюцинації, пов'язані з органічним ураженням головного мозку – (2,3±1,6) %, органічний тривожний розлад – (3,5±2,0) %, дисоціативні розлади органічного генезу – (3,5±2,0) % (табл. 7). У цих випадках на тлі органічної психічної патології з'являються симптоми тривожного побоювання за своє життя і здоров'я, метушливість,

«нервозність», напруженість, вегетативні прояви у вигляді пітливості, асиметрії артеріального тиску, нападів серцебиття.

Іноді описані симптоми «обростали» істеричними вклученнями у вигляді картинності й трагічності скарг. При цьому ступінь розладів перебував у тісному зв'язку з кількістю і складом людей, присутніх при цьому, був видимим чіткий намір на привертання уваги і співчуття з боку медпрацівників. З'являлися скарги на розлад чутливості на кшталт «рукавичок і шкарпеток». Слід зауважити, що рухових розладів ми не спостерігали.

Враховуючи високий відсоток органічних психічних розладів у ВІЛ-позитивних, ми провели психологічне дослідження когнітивних функцій у пацієнтів основної групи і групи порівняння. Серед ВІЛ-інфікованих у 24 – (85,7±6,6) % з 28 хворих страждає пам'ять і у 26 – (92,9±4,9) % – увага, в контрольній групі ці показники становили 5 – (45,5±15,0) % з 11 пацієнтів і 6 – (54,5±15,0) % відповідно (в обох випадках $P < 0,05$).

Таблиця 7

Органічні психічні розлади (інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби – F06 за МКХ-10) у пацієнтів порівнюваних груп

Нозологічна форма	Група				P
	основна, n=86		порівняння, n=43		
	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	
Розлади особистості, пов'язані з органічним ураженням головного мозку	14	16,3±4,0	5	11,6±4,9	>0,05
Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби, у т. ч.:	14	16,3±4,0	6	14,0±5,3	>0,05
галюцинації, пов'язані з органічним ураженням головного мозку	2	2,3±1,6	0	0,0±0,0	>0,05
емоційні (афективні) розлади, пов'язані з органічним ураженням головного мозку	4	4,7±2,3	3	7,0±3,9	>0,05
органічний тривожний розлад	3	3,5±2,0	0	0,0±0,0	>0,05
дисоціативні розлади органічного генезу	3	3,5±2,0	0	0,0±0,0	>0,05
емоційні лабільні (астенічні) розлади органічного генезу	2	2,3±1,6	3	7,0±3,9	>0,05
Всього	28	32,6±5,1	11	25,6±6,7	>0,05

Висновки

1. У I клінічній стадії ВІЛ-інфекції та осіб з несправжньо-позитивним скринінговим тестом на ВІЛ встановлено вищу частоту клінічно виражених пограничних нервово-психічних розладів, органічних психічних порушень; розладів зрілої особистості та поведінкові розлади; поєднаних психічних, невротичних та афектних симптомів. Виявлена психічна патологія залежить від преморбідного фону і впливу ВІЛ-інфекції. Зокрема у преморбідних психічно гармонійних осіб після отримання інформації про інфікування ВІЛ формуються невротичні та афектні розлади.

2. Переважання органічних психічних розладів у пацієнтів в досліджених групах зумовлене тим, що ВІЛ-інфекція нашаровується на попередній преморбідний фон, змінений вживанням психоактивних речовин, черепномозковими травмами і хронічними соматичними недугами.

3. Частота розладів зрілої особистості обумовлюється несприятливими мікросоціальними факторами в дитячо-підлітково-юнацькому віці та патологічним розвитком особистості після інфікування ВІЛом.

4. Вплив ВІЛ-інфекції на психічне здоров'я пацієнтів проявляється частішим «нашаруванням» органічних, невротичних, афектних порушень на наявні розлади особистості.

5. Психологічне дослідження виявлених когнітивних функцій у пацієнтів порівнюваних груп засвідчило статистично вагоме переважання зниження пам'яті та уваги у ВІЛ-інфікованих.

6. Враховуючи зазначене, вважаємо, що вже у I клінічній стадії недуги усі ВІЛ-інфіковані пацієнти потребують комплексної психотерапевтичної підтримки.

Література

1. Smulevich, A.B. (2016). *Psychosomatic disorders in clinical practice*. MEDpress-inform [in Russian].
 2. Semke, V.Ya. (2012). Research approaches to the classification of borderline and addictive disorders. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal – Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal*, 2 (13) [in Russian].

3. Keefe, R.S., Silva, S.G., Perkins, D.O., & Lieberman, J.A. (1999). The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (2), 201-222.

4. Abelhauser, A., & Cremniter, D. (2000, November). From «death sentence» to the hope of survival: a psychological renunciation?

(«Highly active antiretroviral treatments» and living with HIV). In *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES* (Vol. 158, No. 9, pp. 712-716). 120 BLVD SAINT-GERMAIN, 75280 PARIS 06, FRANCE: MASSON EDITEUR.

5. Millikin, C.P., Trépanier, L.L., & Rourke, S.B. (2004). Verbal fluency component analysis in adults with HIV/AIDS. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26 (7), 933-942.

6. Borodkina, O. D. (2005). Borderline neuropsychiatric disorders in patients with HIV infection at the latent stage of the disease (typology, dynamics, rehabilitation). *Candidate's Extended abstract*. 14.00.18 – psychiatry, Tomsk [in Russian].

7. Bishnoi, A., Lee, R., Hu, Y., Mahoney, J.R., & Hernandez, M.E. (2022). Effect of Treadmill Training Interventions on Spatiotemporal Gait Parameters in Older Adults with Neurological Disorders:

Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (5), 2824.

8. *Clinical protocol for antiretroviral therapy of HIV infection in adults and adolescents*. Approved by the order of the Ministry of Health of Ukraine No. 551 of July 12, 2010 (as amended No. 776 of 10.09.2010). (with changes No. 776 dated September 10, 2010). Retrieved from: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=11177> [in Ukrainian].

9. Semke, V.Ya. (2004). Old and new problems of correction of «diseases of personality». *Psikhoterapiya – Psychotherapy*, 2, 2-8 [in Russian].

10. Classification of neuroses. *Learning materials online* (pidruchniki.website) © 2010-2019. https://pidruchniki.com/88783/psihologiya/klasifikatsiya_nevroziv [in Ukrainian].

COMMON MENTAL HEALTH DISORDERS IN HIV-INFECTED PERSONS

Yu.I. Boyko

Bukovynian State Medical University

SUMMARY. *The aim of the work is to establish the clinical features of borderline neuropsychiatric disorders in patients with HIV infection in the first clinical stage of the disease.*

Patients and methods. *A comparative study of borderline neuropsychiatric disorders in the first clinical stage of HIV infection (main group – 86 patients) and in persons with a false-positive HIV screening test (comparison group – 43 patients).*

Research results. *Clinical and psychopathological examination revealed that all 100.0 % of patients in the main group suffer from clinically severe borderline neuropsychiatric disorders. In the comparison group, these symptoms were manifested in 67.4 % of individuals.*

Patients with HIV infection are registered the most often: organic mental disorders, mature personality disorders and behavioral disorders, combined mental disorders, neurotic disorders, affective disorders.

The detected mental pathology depends on the premorbid background and the impact of HIV infection. Premorbid mentally harmonious people develop neurotic and affective disorders after receiving information about HIV infection.

The predominance of organic mental disorders in patients in the studied groups is explained by the fact that HIV is layered on a previous premorbid background, altered by psychoactive substance use, traumatic brain injury and chronic somatic diseases.

The frequency of adult personality disorders is due to adverse microsocial factors in childhood and adolescence and pathological development of the individual after HIV infection.

The impact of HIV infection on the mental health of patients is manifested in a significantly higher frequency of “layers” of organic, neurotic, affective disorders on existing personality disorders.

Key words: *HIV infection; clinical stage I; borderline neuropsychiatric disorders.*

Відомості про автора:

Бойко Юлія Ігорівна – асистентка кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету; e-mail: yu.boiko@bsmu.edu.ua;

ORCID: 0000-0001-6542-6844

Information about author:

Boyko Yuliia – Assistant at the Department of Infectious Diseases and Epidemiology, Bukovynian State Medical University; e-mail: yu.boiko@bsmu.edu.ua;

ORCID: 0000-0001-6542-6844

Конфлікт інтересів: немає.

Author has no conflict of interest to declare.

Отримано 19.02.2022 р.