

# Синдромы нарушения сознания и самосознания. Сознание болезни

**ЧИРКО В.В.** д.м.н., профессор, Московская медицинская академия им. Сеченова, зав. кафедрой наркологии ФППОВ, Москва  
**ДЕМИНА М.В.** д.м.н., доцент кафедры наркологии, Московская медицинская академия им. Сеченова, Москва

*Предложена оригинальная концепция фундаментальных понятий общей психопатологии: сознание, самосознание, сознание болезни. Большое внимание уделено деперсонализационным механизмам феномена анозогнозии у наркологических больных.*

*Ключевые слова:* нарушения сознания, сознание болезни, анозогнозия

### Дефиниции

**В** самом общем виде сознание может быть определено как оптимальное для данного конкретного индивидуума течение психических процессов, позволяющих ему адекватно реагировать на внешний мир. Наличие нормального сознания подразумевает оптимальный для данного индивидуума анализ окружающего и соотнесение его с собственным опытом.

Сознание — свойство мозга, присущее только человеку, которое определяет его способность правильно отражать объективно существующую действительность и целенаправленно воздействовать на нее. Попытки удовлетворительно сформулировать сущность сознания очень сложны и до настоящего времени не получили окончательного разрешения. Здесь крайне важна исходная позиция. Социолог подчеркивает общественный смысл сознания, психолог — межличностные связи «Я» и самооценку личности. Для клиницистов — неврологов, психиатров и психиатров-наркологов — указанные определения недостаточны и менее пригодны для оценки уровня сознания у постели больного.

В клиническом понимании сохранное сознание включает в себя:

- ориентировку в месте и времени;
- способность правильного восприятия;
- способность к усвоению полученной информации;
- способность к переработке полученной информации;
- возможность организации целенаправленной деятельности.

Выпадение одного из указанных звеньев обуславливает либо утрату сознания в целом, либо парциальное выпадение.

Мы делаем попытку проанализировать суть нарушений сознания, возникающих при формальной сохранности ориентировки в месте и времени.

Рассматривая патологию отражательной деятельности человека, мы легко можем убедиться в том, что любой симптом психического расстройства может и

должен быть понят лишь при условии признания сознания нарушенным.

Всякое же психическое заболевание, как «большие» психозы, так и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся глубоким нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения, должно быть определяемо как нарушение данной человеческой способности.

*Следовательно, не может быть никакой психической болезни, при которой не было бы нарушения сознания.*

Попытка оценить сознание, опираясь на количественные мерки, наталкивается на неимоверные трудности. Само слово *норма* применительно к оценке психической деятельности уже режет слух. Действительно, очень трудно количественными методами оценить, например, степень нарушения сознания.

Материалистическая философия и психология не рядопологают сознание с различными формами отражательной деятельности человека. В отечественных руководствах по психологии красной нитью проходит положение о том, что восприятие, память, мышление, эмоции, чувства, различные проявления волевой деятельности являются лишь отдельными формами отражения, т.е. сознания. Во многих же психиатрических учреждениях сознание понимается лишь как способность человека ориентироваться в месте, времени и окружающей обстановке. Эта ошибочная, в корне противоречащая диалектической философии, мысль настолько укрепились, что мы повседневно встречаемся с записями в историях болезни психиатрических и наркологических учреждений о том, что тот или иной, несомненно, психически больной, человек находится «в ясном сознании».

Самосознание есть высший, присущий только человеку уровень сознания. Это — сознание своего «Я», своего отношения к самому себе, к своим физическим и психическим актам.

Отражая и познавая действительность, принадлежащую как внешнему миру, так и миру своему со-

бственному, внутреннему, человек сам переживает это отражение и познание.

Самосознание, т.е. сознание конкретной личности, — это и познание внешнего мира, и одновременно противопоставление познающей личности этому миру. Это образ внешнего мира и переживание его воздействия на человека. В сознании личности не существует психического акта, который бы не носил характера переживания. Переживание выражает именно субъективную, личностную сторону осознания как внешнего, так и внутреннего мира. Переживание не тождественно эмоциям. В его основе лежат менее специфические и более общие процессы отражения внутреннего и внешнего мира человека.

Широко известное определение «Мое отношение к моей среде есть мое сознание» вполне правомерно перефразировать как: «Мое переживание моей среды есть мое сознание».

Нарушения мышления и памяти выступают в патологии сознания очень выпукло. При различных формах деменции, присущих многим психическим заболеваниям, страдают когнитивные и интеллектуальные функции человека. К ним относится способность к сравнению, анализу, синтезу, обобщениям, абстракции. Это — действительно высшие формы отражательной деятельности, при помощи которых осуществляется познание окружающего и внутреннего мира. Возможно ли говорить о ясном сознании, например, при слабоумии? Само собой разумеется, нет.

Стало быть, традиционно сложившееся медицинское понимание сознания как способности ориентировки в месте, времени и окружающей обстановке является совершенно недостаточным. Очень часто больные без нарушения указанных функций могут быть лишь формально отнесены к категории лиц с сохранным сознанием.

В клиническом понимании сохранное сознание должно включать в себя ориентировку в собственной личности, месте и времени, способность правильного восприятия, способность к интеграции полученной информации и ее переработке и, наконец, возможность организации целенаправленной деятельности. Выпадение одного из указанных звеньев обуславливает либо утрату сознания в целом, либо парциальное выпадение.

Наиболее обоснованная с клинической точки зрения систематика патологических состояний сознания и самосознания, основанная на различии их планов и уровней, была выдвинута известным отечественным клиническим психологом и психопатологом В.Н. Мясищевым (1966 г.). Она различает: диффузные расстройства сознания, недоразвитие сознания, частичное выпадение сознания, изменение сознания патологическим отношением к реальности.

*Первая* группа феноменов включает в себя клинические формы диффузных расстройств сознания в виде оглушения, помрачения, сужения, спутанности, аменции и т.д., возникающие в результате нарушения ясности, отчетливости отражения, утраты связи и последовательности психических процессов.

*Вторая* группа феноменов включает в себя дефект сознания, представляющий собой ненормальное по своей ограниченности сознание вследствие интеллектуального недоразвития или интеллектуального регресса различного происхождения. При олигофрении, например, имеется болезненно нарушенное сознание вследствие недостатка интеллекта. А при интеллектуальном снижении, вызванном, например, органическим регрессом личности, регрессирует и сознание.

*Третью* группу составляют расстройства сознания, обозначаемые как частичное его выпадение, появляются вследствие заполнения его элементами патологически измененного отражения, исключающими адекватную ориентировку в действительности. Примерами могут служить галлюцинозно-бредовые синдромы. В соотношении с патологией сознания необходимо рассматривать симптомообразование сверхценной и паранойальной психопатологической продукции — идей отношения, особого значения, преследования, ревности, кверулянтских, любовных. Формирование сверхценной и паранойальной симптоматики основано здесь не на обмане чувств и не на интеллектуальном дефекте. Ни восприятие, ни способности суждения и умозаключения первично не поражены. Искажено отношение к некоторым предметам действительности. У этих больных сознание во всем адекватно действительности за исключением одного патологического пункта — пункта болезненно измененных отношений.

*Четвертую* группу составляют нарушения сознания, возникающие на почве измененных отношений личности к действительности. Это — известные в психопатологии аффектогенно-кататимные нарушения, когда патологически измененные эмоциональные отношения — страсть, любовь, ненависть, желание, отвращение, ужас, паника — влияют на познавательные процессы и искажают отношение к реальности. Это вызвано тем, что мощь аффектов страсти, любви, страха, ненависти, желания подавляет познавательные процессы и деформирует систему отношений.

В наркологической клинике все перечисленные патологические состояния представлены в своем самом ярком проявлении. Развитие у больного осевого продуктивного психопатологического синдрома — патологического влечения, представляющего собой сверхценную доминанту, — неизбежно ведет к деформации когнитивной составляющей процесса отражения. Высокая аффективная напряженность, определяющая

активизацию патологического влечения, обуславливая кататимное искажение отношения больного к реальности. И, наконец, интеллектуально-мнестический регресс как обязательное последствие алкоголизма и наркомании также ведет к ограничению возможностей адекватного и полного отражения действительности, т.е. к качественному искажению сознания и самосознания аддиктов.

У больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией интеллектуальное недоразвитие или нажитой интеллектуальный регресс определяет иное или ненормальное по своей ограниченности сознание. Здесь сознание иное, чем у здоровых. Оно патологически изменено больше всего в смысле богатства и глубины отражения. Вместе с тем, мотивация поведения и переживания в смысле отношений человека к действительности отличаются от нормы малой дифференцированностью, поверхностностью, элементарностью. Клиническая психиатрия обычно не относит эти формы патологии к расстройствам сознания, но при недоразвитии или регрессе интеллекта отражение действительности и отношение к ней болезненно изменены и отличаются от нормы.

*Клинические проявления расстройств самосознания* можно отнести к области, наименее изученной в современной наркологии.

Они представлены в виде таких симптомокомплексов, как

- деперсонализация или переживания отчуждения;
- анозогнозия.

Данные симптомокомплексы имеют общий эмоционально-аффективный «базис» — переживание тревоги.

При деперсонализации чувство активности собственного «Я» всегда ослаблено или утрачено.

Деперсонализация не имеет нозологической специфичности. Она не обязательно встречается лишь при шизофрении и эндогенной депрессии. Но при шизофрении еще присоединяется и переживание наличия специфической причины для этого — влияния извне.

При деперсонализации имеет место отчуждение:

- идеаторных актов;
- двигательных (поведенческих) актов;
- телесных ощущений;
- аддикции как таковой;
- переживания течения времени;
- переживания собственной активности;
- воспоминаний.

Диапазон и границы переживания отчуждения всех этих психических и телесных актов и функций чрезвычайно изменчивы: от легких и кратковременных парциальных, до тотальной утраты «Я», раздвоения личности, «гибели мира». К сожалению, врачи,

работающие в наркологической клинике, очень мало нацелены на идентификацию и глубокий психопатологический анализ этого синдрома, и он часто просматривается.

Синдром деперсонализации возникает в тесной взаимосвязи с переживаниями тревоги под влиянием как внешних, так и внутренних причин, чаще всего развиваясь в ответ на внезапно возникшую угрозу жизни. Деперсонализация может рассматриваться как разновидность эмоционального ступора. Если это состояние непродолжительно, оно является защитной реакцией, если оно затягивается — патологическим. Деперсонализация выступает как бессознательное защитное приспособление против душевной боли, которое позволяет индивидууму избегать стрессорных воздействий (внешних либо внутренних), являющихся для него за пределами тяжелыми. Это бегство в болезнь, обладая защитными свойствами, может, вместе с тем, нанести больному тяжелый ущерб. Данный тип защитной реакции является в смысле дезорганизации психических процессов и совместимости с нормальной жизнедеятельностью и социальным функционированием наиболее «совершенным и прицельным». Ее защитное значение состоит в том, что деперсонализация, блокируя аффект, лишает психотравмирующую информацию эмоционально-стрессорного деструктивного компонента, не вызывая в то же время ни идеаторной, ни двигательной заторможенности или возбуждения. Но при затяжном течении сама деперсонализация становится тяжелым психопатологическим синдромом.

Главные клинические критерии нарушения самосознания у наркологических больных — это расстройства сознания своего «Я» как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов. Продукция психической деятельности больных приобретает своеобразную автономность и выходит из-под контроля личности. Такую качественную трансформацию мыслительных процессов у наркологических больных многие западные и отечественные психологи, стоящие на экзистенциалистских и психодинамических позициях, обозначают как «мифологизацию мышления»: невозможность с помощью формальной логики объяснить свое поведение, противоречащее сознательно декларируемым намерениям, а отсюда — приписывание их действию каких-то внешних сил и снятие ответственности с себя. «Отчуждение» своего влечения к алкоголю и наркотикам — типичный тому пример. «У меня совсем и не было желания пить», «У меня никакой тяги и не было, не понимаю, что на меня нашло», «Я и не хотел колоться, но встретил знакомого наркомана, и все произошло само собой». «Во мне как будто существуют две личности — одна требует

алкоголя, другая — борется с ним». Ю.В. Валентик говорил о «нормативном «Я» и «ненормативном «Я» у больных алкоголизмом.

На самом же деле, это типичное проявление хорошо известных закономерностей синдрома отчуждения (в понимании А.В. Снежневского и А.А. Меграбяна) — базиса, основы продуктивных психопатологических синдромов.

Важно отметить, что в современной клинике наркоманий и алкоголизма можно наблюдать существенные видоизменения синдрома деперсонализации. Ранее, в классических описаниях, красной нитью проходило то, что ощущение деперсонализации всегда субъективно тягостно для больного. Сейчас это наблюдается далеко не всегда. В «Общей психопатологии» А.В. Снежневский касается данного феномена, описывая «протокольность», констатирующий тон, но отнюдь не обеспокоенность больных наличием переживания отчуждения.

К категории наиболее важных собственных психических актов, сознание субъективной принадлежности которых у наркологических больных искажено или полностью выпадает, принадлежит сознание болезни.

Синдром нарушения сознания болезни в *патогенетическом* плане является производным от стержневого продуктивного синдрома наркологической болезни — синдрома патологического влечения и представляет собой одно из клинических проявлений нарушенного самосознания.

А патопластическое оформление синдрома нарушения нозогнозии определяется полиморфными структурно-динамическими соотношениями, в которых участвуют как болезненно измененные, так и сохраненные компоненты психической деятельности индивидуума.

Патологические компоненты обусловлены тяжестью эмоционально-аффективных, поведенческих и идеаторных расстройств, соматических и вегетативных нарушений на различных этапах течения наркологической болезни (при интоксикации, в острых состояниях, вне интоксикации, в ремиссии и пр.).

Сохраненные компоненты включают в себя преморбидные конституционально-личностные особенности (темперамент, волевые качества, активность, способности и др.), интеллектуальные ресурсы, социально-адаптационные механизмы, в том числе связанные с ореолом житейских представлений о наркологической болезни и пр.

Это делает полной ключевую роль деперсонализации в патогенезе нарушения сознания болезни. Суть и своеобразие ее мы видим в том, что нарушение нозогнозии является таким проявлением деперсонализации, где отчуждение селективно захватывает

лишь саму болезнь как таковую, тогда как другие компоненты самосознания остаются сохраненными.

Нарушения нозогнозии при алкоголизме и наркомании представлены широким спектром клинических явлений, структура которых определяется как синдромально-динамическими особенностями самого патологического процесса, так и сохраненными элементами психической деятельности, связанными с индивидуальными личностными характеристиками пациента.

В своих общих проявлениях основные признаки нарушений нозогнозии оказываются совершенно сходными у больных как алкоголизмом, так и наркоманиями. Вместе с тем, каждый больной обнаруживает сугубо индивидуальную по полноте и адекватности степень понимания самого факта своей болезни, содержания болезненного процесса, того вреда, который несет для него болезнь, и позицию в отношении лечения — от признания его необходимости и полного терапевтического сотрудничества до полного неприятия и активного противодействия лечению.

Основу феноменологической «архитектоники» нарушения нозогнозии составляют, условно говоря, три главных структурных блока или несущие «оси», место на которых чрезвычайно широко варьирует в том или ином периоде течения болезни.

I. *Тенденция скрыть болезнь (отрицание симптомов болезни)*. На одном полюсе этого блока — полное признание болезни, на другом — полное отрицание. Тенденция скрыть болезнь представлена следующими основными моделями:

- *отрицанием и приуменьшением* болезни (полным, частичным, отнесением болезни к прошлому, искажением анамнеза, общим признанием болезни и утаиванием деталей);

- *«защиториванием»*, «маскировкой» алкоголизма или наркомании физическими или неврологическими расстройствами;

- *«рационализацией»* болезни или системой «объяснений». Эту модель диссимуляции можно считать наиболее «совершенной и прицельной» (в патологическом смысле, разумеется). Можно выделить два основных «полюса» рационализации. На одном полюсе — «экспансивная», «наступательная» система, система «идеологии», «мировоззрения». Там больной выступает как «адепт», «активист движения», пропагандирующий злоупотребление интоксикантами. На другом полюсе «система объяснений» не носит такой «наступательной», экспансивной яркости. Здесь она скорее «оправдывающаяся», с «пасивно-оборонительной» системой аргументов, «обосновывающая», где больной выступает как «жертва». Строгого разграничения между ними провести нельзя, есть масса их всевозможных сочетаний, но по «предпочтительности» того или иного варианта мож-

но судить о степени активности патологического процесса.

Ни один вариант моделей отрицания симптомов болезни практически не выступает изолированно: у любого больного можно было встретить различные проявления каждого из них. Однако огромное значение имеет индивидуальное «предпочтение» в «выборе» и стойкости осуществления того или иного варианта. Широко варьируют такие характеристики диссимуляции, как ее стойкость, постоянство, автоматизм и «мастерство исполнения».

Использование псевдорациональных объяснений пьянства или приверженности наркотикам, создание «фасада» из вымышленных или аггравированных соматических нарушений, признание главных и упорное утаивание второстепенных признаков зависимости — все это, на наш взгляд, представляет собой определенную патологическую «творческую» продукцию, которая является результатом деформации идеаторных процессов — вторичным производным осевого продуктивного психопатологического синдрома — патологического влечения.

Другой вид отрицания симптомов болезни какой-либо «творческой продукции» не создает, а сводится к негативным реакциям — упрощенному «уходу», отторжению, отказу. По-видимому, это в значительной мере свидетельствует о преобладании в клинической картине негативной, дефицитарной симптоматики.

**II. Переживание вреда болезни.** Этот блок включает в себя градацию от полного осознания вреда и стремления преодолеть болезнь до отношения к болезни как к благу и стремления всеми силами сохранить ее. Переживание болезни как душевной драмы встречается редко, равно как и утверждения о полном здоровье. В большинстве случаев больные признают наличие какой-либо патологии, однако далеко не всегда связывая ее с приемом интоксикантов. Переживание вреда болезни необходимо оценивать не только по самоотчетам больных, но и по анализу поведения пациентов в отделении и сведениям, полученным из объективных источников. Для удержания больного в лечебной программе на начальном этапе терапии достаточно отсутствия полного отрицания болезни. Не следует решать задачу восстановления нозогнозии немедленно, в первые дни лечения. Признание больным наличия наркологической болезни, осознанного влечения к интоксикантам, попытки противостоять болезни говорят о большей полноте нозогнозии. Констатация лишь социального ущерба, безразличие к переменам, вызванным болезнью, признание только временно возникающего соматического неблагополучия говорят о выраженном нарушении нозогнозии.

Отмечается поразительная способность больных к распознаванию и сравнению тяжести аддикции у других пациентов при отрицании болезни у себя. Данное наблюдение опровергает утверждения многих авторов о недостаточности знаний о болезни как основной причине нарушения нозогнозии.

**III. Позиция (в самом широком смысле) по отношению к лечению.** Ее диапазон — от неукоснительного и заинтересованного терапевтического сотрудничества до полного неприятия и активного противодействия. Реальная позиция больного по отношению к лечению и ее соответствие или несоответствие декларируемому вначале желанию «полностью и навсегда прекратить» отчетливо выявляется по мере улучшения физического состояния, общего самочувствия, сглаживания тяжелой постинтоксикационной астении и острых явлений лишения. По убывающей степени «от лучшего к худшему» эти проявления можно квалифицировать как:

- 1) реально заинтересованное (полное терапевтическое сотрудничество);
- 2) вынужденно заинтересованное;
- 3) безразличие к лечению;
- 4) пассивный протест против лечения;
- 5) активное сопротивление.

Интересно отметить, что доверие к предложенному лечению и неукоснительное следование назначениям нередко наблюдается в одно и то же время с вербальными отрицаниями или приуменьшением болезни.

Отрицательная терапевтическая позиция бывает представлена в виде нескольких моделей.

1. «Когнитивного диссонанса», при котором отбираются лишь негативные данные об антиалкогольном (антинаркотическом) лечении, подчеркивается отсутствие в настоящее время радикальных терапевтических возможностей с постоянными сентенциями о том, что они «уже все перепробовали», «ничего не помогло», «ни во что нет веры», «вы ничего кардинального предложить не можете». Часто обнаруживается стремление к обесцениванию лечения в целом, усилий лечащего врача, психотерапевта, психолога в частности.

2. По схеме «итальянской забастовки». Под давлением обстоятельств больные соглашаются на госпитализацию, но в наркологической клинике категорически отказываются от лекарств, от участия в психотерапевтических занятиях и прочих лечебных мероприятиях. Режим при этом грубо не нарушается, поведение остается формально корректным, чтобы не дать повода к выписке за отказ от лечения.

3. В попытках навязать свое лечение. Они осуществляются в виде «советов», «указаний», «рекомендаций», которые варьируют от корректных по форме «обсуждений» до совершенно бестактных директив.

4. В заявлениях о непереносимости лекарств: чаще нейрорептиков («отмените галоперидол, — меня от него «крутит» — для вящей убедительности — и с демонстрацией») или (реже) каких-либо других медикаментов. Такие заявления во многих случаях «озвучивают» созависимые родственники пациентов. Именно медикаментам приписываются все неприятные соматические ощущения в период абстинентного синдрома. «Я сам пришел лечиться, а от ваших таблеток чувствую себя хуже, чем тогда, когда пил». «От ваших таблеток слабость и головные боли».

В процессе лечения эти показатели чрезвычайно широко варьируют в зависимости от степени актуализации или регресса синдрома патологического влечения.

Это позволяет рассматривать клиническое содержание нарушения нозогнозии у наркологических больных в качестве большого синдрома отчуждения болезни, включающего в себя три главных компонента, соответственно представляющих:

- отчуждение симптомов;
- отчуждение вреда;
- отчуждение лечения.

Синдром отчуждения не является унитарным по содержанию. Структура и взаимосочетания основных его компонентов крайне изменчивы и обнаруживают специфические особенности на различных этапах болезни и при различных типах ее течения.

Соотношения компонентов отчуждения в общей картине синдрома позволяют условно выделить его основные варианты:

1. «Генерализованное» отчуждение. При нем отмечается наибольшая, равно приближающаяся к тотальной, степень тяжести всех компонентов синдрома;

2. «Диссоциированное» отчуждение, при котором степень выраженности отдельных компонентов была неравномерна и наиболее вариабельна. Она может включать в себя: а) отчуждение симптомов и признание лечения; б) признание симптомов и отрицание лечения;

3. Парциальное «равномерно сбалансированное» отчуждение всех компонентов: симптомов, лечения, вреда.

Следует особо остановиться на понятийном содержании такой важной категории, как критичность в психиатрии и наркологии. Критическое отношение к

собственным переживаниям у психически больных традиционно рассматривается в качестве основного признака относительно большей сохранности психической деятельности и как бы автоматически ведущего за собой адекватное отношение к лечению.

И в наркологической клинике понятие критики больного к своему состоянию зачастую отождествляется с адекватностью его терапевтической позиции. Однако на практике признание болезни и реальное стремление лечиться оказываются далеко не тождественными.

Критика к своему состоянию, критичность — это категории не синдромальные, не клинические, а в большей степени морально-этические, общепсихологические, влияющие на организацию поведения. Так, Б.В. Зейгарник (1986 г.) определяла критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями». Аналогично и мнение И.А. Кудрявцева (1986 г.), что «феномен критичности определяет сбалансированность психики и адекватность поведения складывающимся ситуациям». Мы полностью солидаризируемся с этим и считаем, что учет реальной организации действия, поведенческой составляющей в вопросе о критике у наркологического пациента имеет кардинальное значение. Поэтому, если наркологический пациент на словах признает у себя болезнь, но отказывается лечиться и постоянно пытается принять алкоголь либо что-то из интоксикантов, то утверждать, что «у него есть критика», есть не что иное, как психиатрическая наивность.

Таким образом, синдром нарушения сознания болезни можно с полным правом отнести к числу стержневых расстройств в наркологии, своего рода «наркологических синдромов первого ранга». Он универсален для всех форм зависимости. Тем самым, мы имеем еще одно подтверждение, что ведущие симптомокомплексы наркологической болезни — это специфическая «аддиктивная триада», включающая в себя:

- синдром патологического влечения;
- синдром лишения;
- синдром нарушения сознания болезни.

Синдром патологического влечения — основополагающий в триаде, два остальных — производные.

### Неисследованная проблема: ВИЧ у людей старше 50 лет\*

SCHMID G.P.

WILLIAMS B.G.

GARCIA-CALLEJA J.M.

MILLER C.

SEGAR E.

SOUTHWORTH M.

TONYAN D.

WACLOFF J.

SCOTT J.

Department of HIV/AIDS, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Independent Consultant, Geneva, Switzerland

Department of HIV/AIDS, World Health Organization, Geneva, Switzerland

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

St. Olaf College, Northfield, MN, United States of America

**П**очему, по мере того как жизнь людей в развивающихся и промышленно-развитых странах становится все более долгой и здоровой, по имеющимся скудным данным можно предположить поразительно высокий уровень распространенности и заболеваемости ВИЧ среди людей в возрасте 50 лет и старше?

Люди старшего возраста редко включаются в Демографические медико-санитарные обследования (ДМСО). За последние 5 лет лишь в 13 из 30 обследований были включены мужчины старшего возраста и ни в одно из них не были включены пожилые женщины. При проведении Национального обследования состояния здоровья и питания в Соединенных Штатах Америки не собираются данные о людях старше 49 лет. Данных о распространенности ВИЧ недостаточно, а как насчет заболеваемости?

Заболеваемость можно определить с помощью отчетности о случаях заболевания, серологических анализов или моделирования заболеваемости. Развивающиеся страны имеют слабую систему отчетности о случаях заболевания, но в промышленно-развитых странах положение лучше. В США, по данным отчетов о случаях заболевания в 2003—2006 годах, доля ВИЧ-положительных людей старшего возраста возросла с 20 до 25%; возросло также и число случаев заболевания во всех пятилетних возрастных группах от 45 до 65 лет и старше [1]; по результатам серологии, 11% всех случаев заболевания в 2006 г. произошло среди лиц старшего возраста [2]. В Европейском регионе ВОЗ 8% зарегистрированных случаев заболевания в 2005 г. произошло среди людей старшего возраста [3]. Аналогичных данных из развивающихся стран нет, а

данные по моделируемой заболеваемости публично не доступны.

Мы подсчитали распространенность по возрастным группам на основе данных ЮНЭЙДС о числе случаев ВИЧ и данных Организации Объединенных Наций о численности населения по странам. Выявлена устойчивая закономерность — распространенность среди людей старшего возраста составляет от одной четверти до одной трети распространенности в возрастной группе 15—49 лет. Мы обсудили с нашими коллегами, являются ли эти данные неожиданными. Большинство из нас думает, что да, в основном потому, что показатели распространенности в этой возрастной группе обманчиво низкие. Тот факт, что с возрастом ВИЧ-инфекция быстрее принимает форму СПИДа, мало принимается во внимание [1, 4, 5]. Этот значительный линейный эффект сохраняется после корректировки на смертность от всех причин. [4, 5] Так, например, у людей, инфицированных в возрасте 5—14 лет, ожидаемая продолжительность жизни превышает 13 лет. У людей, инфицированных в возрасте 65 лет и старше, этот показатель снижается до 4 лет [5].

Причиной может быть ослабевающий иммунитет. В связи с тем, что заболеваемость косвенно связана с продолжительностью болезни, распространенность ВИЧ среди людей в возрасте 50 лет и старше должна быть примерно в 2 раза выше аналогичного показателя в возрастной группе 15—24 лет. И если доступная в течение длительного времени антиретровирусная терапия (АРТ) может повысить распространенность среди людей старшего возраста в промышленно-развитых странах, то на развивающиеся страны, где АРТ была введена позднее, это не распространяется.

Представляет ли эпидемиология ВИЧ среди людей старшего возраста чисто научный интерес? Нет, потому что понимание факторов риска приводит к со-

\* Впервые опубликовано в Bulletin of the World Health Organization// 2009. — Vol. 87. — P. 162.

ответствующим вмешательствам. Озадачивает то, что, по данным Сети Альфа в Африке, во многих местах вторичные пики заболеваемости ВИЧ происходят в старших возрастных группах [6]. Мы можем только предполагать. В систематической литературе мы нашли только одно ограниченное эпидемиологическое исследование, касающееся приобретения ВИЧ людьми старшего возраста, проведенное в городских районах США.

Сексуальная активность людей старшего возраста в развивающихся странах практически не исследована. Везде многие люди старшего возраста остаются сексуально активными, хотя интерес к сексу и частота вагинальных половых актов с возрастом уменьшается. [7] С 1998 г. лекарства от эректильной дисфункции продлевают сексуальную жизнь многих людей старшего возраста и, в то же время, способствуют распространению эпидемии ВИЧ на старшие возрастные группы. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что люди старшего возраста практикуют безопасный секс с меньшей вероятностью, чем молодые люди.

При широком распространении эректильной дисфункции и лекарств от нее в развивающихся странах [8] не проведено ни одного исследования об их возможном воздействии на эпидемию ВИЧ, несмотря на то, что применение таких лекарств в промышленно-развитых странах связано с практикой рискованного сексуального поведения [9]. Ведутся дебаты о том, стоит ли назначать эти препараты ВИЧ-позитивным мужчинам [10].

Мы можем только строить догадки в отношении причин высокого риска ВИЧ-инфицирования при сексуальном контакте у людей старшего возраста. Может играть роль истончение с возрастом слизистой влагалища; для обоих полов распространенность антител на вирус простого герпеса 2 с возрастом возрастает [11], что свидетельствует о продолжающемся рискованном сексуальном поведении и усиленном риске передачи ВИЧ.

Несмотря на то, что сексуальная активность является наиболее вероятным способом передачи инфекции, необходимы исследования для установления относительной значимости различных факторов риска и способов передачи.

Промежуток времени от постановки диагноза ВИЧ-инфицирования до появления симптомов СПИДа у людей старшего возраста короче, что сви-

детельствует как о более быстром возрастном прогрессировании инфекции до СПИДа, так и о том, что врачи не рассматривают ВИЧ в качестве диагноза. Среди людей старшего возраста, которые не причисляются к группам риска, скрининг проводится реже.

Распространенность и заболеваемость ВИЧ среди людей старше 50 лет кажутся поразительно высокими, а факторы риска совершенно не исследованы. Понимание эпидемиологии ВИЧ-инфекции среди людей старшего возраста может привести к вмешательствам, которые сделают эти годы более безопасными и более приятными.

### Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS surveillance report 2006. — Vol. 18. — Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2008. — P. 1—55.
2. Hall H.I., Song R., Rhodes P., Prejean J., An Q., Lee L.M. et al. Estimation of HIV incidence in the United States// JAMA. — 2008. — Vol. 300. — P. 520—529.
3. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. — Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
4. Babiker A.G., Peto T., Porter K., Walker A.S., Darbyshire J.H. Age as a determinant of survival in HIV infection// J. Clin. Epidemiol. — 2001. — Vol. 54. — P. 16—21.
5. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active anti-retroviral therapy. A collaborative analysis// Lancet. — 2000. — Vol. 355. — P. 1131—1137.
6. Zaba B., Todd J., Biraro S. Diverse age patterns of HIV incidence rates in Africa. Proceedings of the XVII International AIDS Conference. — Mexico City, 2008.
7. Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O., Levinson W., O'Muirheartaigh C.A., Waite L.J. A study of sexuality and health among older adults in the United States// N. Engl. J. Med. — 2007. — Vol. 357. — P. 762—774.
8. Khalaf I.M., Levinson I.P. Editorial. Erectile dysfunction in the Africa/Middle East Region: epidemiology and experience with sildenafil citrate (Viagra)// Int. J. Impot. Res. — 2003. — Vol. 15. — P. 1—2.
9. Pantalone D.W., Bimbi D.S., Parsons J.T. Motivations for the recreational use of erectile enhancing medications in urban gay and bisexual men// Sex Transm. Infect. 2008. — Vol. 84. — P. 458—462.
10. Sadeghi-Nejad H., Watson R., Irwin R., Nokes K., Gern A., Price D. Erectile dysfunction in the HIV-positive male: A review of medical, legal and ethical considerations in the age of oral pharmacotherapy// Int. J. Impot. Res. — 2000. — Vol. 12. — P. 49—53.
11. Smith J.S., Robinson N.J. Age-specific prevalence of infection with herpes simplex virus types 2 and 1: a global review// J. Infect. Dis. — 2002. — Vol. 186. — P. 3—28.