

Эпидемиологические и психопатологические аспекты проблемы ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков (обзор литературы)

СУМАРОКОВА М.А. — кафедра психиатрии и медицинской психологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9 (клиника психиатрии), тел. (495) 247-30-89

Распространенность вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) растет во всем мире. Наибольшую часть ВИЧ-инфицированных в России составляют потребители инъекционных наркотиков. У половины ВИЧ-инфицированных встечаются психические расстройства, а среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) болезненность психическими заболеваниями в 8 раз выше, чем в среднем в популяции. Психические нарушения у ВИЧ-инфицированных ПИН можно разделить на: расстройства, связанные с злоупотреблением ПАВ; расстройства, вызванные ВИЧ-инфекцией; расстройства, связанные с применением лекарственных средств; эндогенные заболевания. В обзоре рассмотрены этиология, патогенез, клиническая картина и основные принципы лечения вышеуказанных нарушений. Ключевые слова: ВИЧ, ПИН, психопатологические аспекты, психическая патология, лечение

В 2007 г. зарегистрировано 2,7 млн новых случаев ВИЧ-инфекции и 2 млн случаев смерти от синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) [21], являющегося конечной стадией ВИЧ-инфекции. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), в 2006 г. почти 90% впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии зарегистрированы в Российской Федерации (66%) и Украине (21%) [21].

В России растет число ВИЧ-инфицированных лиц: в 2007 г. было зарегистрировано 44 713 новых случаев ВИЧ-инфекции (в 2006 г. — 39 663), а кумулятивное число россиян, у которых когда-либо была диагностирована ВИЧ-инфекция, к концу 2007 г. достигло 418 122 чел. В том же году зарегистрировано 900 случаев смерти ВИЧ-позитивных лиц (в 2006 г. — 1313). Показатель числа людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), на 100 тыс. населения (пораженность) в России к концу 2007 г. увеличился и составил 274,7 [11]. Это только официальные данные, реальное число ВИЧ-инфицированных неизвестно. По данным UNAIDS, действительное число ЛЖВС в России в конце 2005 г. составило 560 тыс. — 1,6 млн чел. [2, 21].

Доля потребителей психоактивных веществ (ПАВ) среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с известным фактором риска заражения в 2007 г. несколько снизилась в сравнении с 2006 г. [11]. Тем не менее, этот путь передачи ВИЧ остается в России ведущим, тогда как в западных странах основным путем распространения инфекции служат сексуальные контакты [22]. Распространенность ВИЧ-инфекции среди

ПИН в различных субъектах Российской Федерации варьирует от 3 до 70% [2, 8].

В России наиболее распространенными запрещенными наркотиками являются опиоиды, употребляемые инъекционным путем. Гораздо реже используются психостимуляторы амфетаминового ряда и кокаин [4, 38].

ВИЧ-инфекция относится к длительно текущим инфекционным болезням. СПИД как конечная стадия ВИЧ-инфекции характеризуется развитием оппортунистических инфекций и некоторых специфических злокачественных опухолей [6].

ВИЧ обладает тропностью к клеткам и некоторым клеточным элементам, обладающим CD4-рецепторами (CD4-клеткам). К ним относятся лимфоциты, моноциты, макрофаги, промиелоциты, глиальные клетки мозга, астроциты, эндотелий капилляров мозга, олигодендроциты. ВИЧ атакует CD-4-клетки, вызывая их гибель и нарушая взаимодействие с другими клетками, что ведет к прогрессирующим нарушениям иммунитета и других функций [6]. Уровень снижения количества CD4 клеток может служить критерием для определения вероятности возникновения тех или иных вторичных заболеваний [6].

В настоящее время для лечения ВИЧ-инфекции предпочтительно использование высокоинтенсивной (активной) антиретровирусной терапии (ВААРТ), при которой применяется, как минимум, один препарат из группы ингибиторов протеазы или из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы в сочетании с двумя препаратами из группы ингибиторов обратной транскриптазы нуклеозидных аналогов. При наличии противопоказаний к ВААРТ проводится следующая антиретровирусная терапия (АРТ): монотерапия ингибиторами обратной транскриптазы нуклеозидных

аналогов, битерапия с применением двух ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ [6].

Заболеваемость психическими расстройствами у ЛЖВС достигает 50% [14]. Среди ПИН болезненность психическими заболеваниями в 8 раз больше, чем в среднем в популяции [14]. Психические нарушения и зависимость от ПАВ среди ЛЖВС значительно снижают качество жизни [33], часто сочетаются с рискованным поведением, в том числе с незащищенным сексом и использованием общих игл и шприцев, что ведет к повышению вероятности распространения парентеральных инфекций [6, 16, 18].

Психические расстройства обычно связаны с первичным выявлением ВИЧ-инфекции и обусловлены реакцией личности на диагноз фатальной болезни, но у части больных психические нарушения развиваются уже в процессе болезни и не носят психогенного характера [13, 39].

Адекватная оценка и рациональное лечение психических нарушений может в значительной степени повысить качество жизни ВИЧ-инфицированных ПИН, снизить риск повторных инъекций ПАВ и повысить их приверженность терапии АРТ [15]. Стандартизированное обследование на психические расстройства должно быть частью клинического стандарта для ВИЧ-инфицированных ПИН [14].

Приверженность ВААРТ и эффективное лечение зависимости от ПАВ могут значительно снизить риск развития психических нарушений [23]. На основе анализа данных литературы можно предложить следующую классификацию психических расстройств у ПИН при ВИЧ-инфекции:

- I. Расстройства, связанные со злоупотреблением ПАВ:
 - синдром зависимости от ПАВ;
 - синдром отмены;
- II. Расстройства, связанные с ВИЧ-инфекцией:
 - реактивные состояния (депрессия, тревога);
 - экзогенно-органические психические нарушения (когнитивные нарушения, деменция, симптоматическая депрессия и тревога);
- III. Расстройства, связанные с применением лекарственных средств (депрессия, тревога);
- IV. Эндогенные психические заболевания.

В динамике психических нарушений у ЛЖВС можно выявить следующие закономерности: на начальных стадиях заболевания преобладают нозогенные реакции, с прогрессированием заболевания значимость нозогенных реакций (депрессия, тревога) снижается и на первый план выступают соматопсихические нарушения (когнитивные расстройства).

Наиболее частыми нарушениями у ЛЖВС являются депрессивные (большая депрессия и дистимия) у 21% и тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство и панические атаки) у 5%

больных [8, 9, 12]. Данные типы расстройств обычно появляются после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, часто еще на бессимптомной стадии заболевания. А.Л. Игонин и К.Н. Шаклеин [3] выделяют следующие типы реакции на факт заболевания ВИЧ-инфекцией: депрессивную, ажитированную и бессимптомную (симптомы тревоги и/или депрессии нарастают под маской безразличия или даже бравады) [14].

Депрессивные состояния встречаются у ЛЖВС в 2—3 раза чаще, чем в общей популяции [12, 17, 34]. Коморбидная депрессия и зависимость от ПАВ взаимодействуют и поддерживают существование друг друга [35]. У ВИЧ-инфицированных мужчин этот показатель составляет от 4 до 22%, у женщин — от 2 до 18% [21]. Удивительно, но в исследованиях, проводимых с 1988 г. по 1998 г., не было установлено разницы в количестве депрессивных расстройств у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных лиц и ВИЧ-инфекция не рассматривалась как фактор риска развития депрессии [28]. Большая депрессия среди ЛЖВС встречается в 1,5 раза чаще, чем дистимия [14].

Депрессии могут быть маскированными, и тогда на первый план в картине болезни выступают такие симптомы, как усталость, боль, бессонница, снижение аппетита [21, 26]. Дополнительным указанием на преимущественно психогенный характер депрессивных состояний служит то, что колебания выраженности этих симптомов соответствуют динамике аффективных колебаний, а не течению ВИЧ-инфекции [21].

Вопрос о соотношении между прогрессированием ВИЧ-инфекции и тяжестью депрессии остается до конца не ясным. J.G. Rabkin с соавторами [32] отрицают связь между течением основного заболевания и тяжестью депрессии, в то же время С.С. Lyketsos с соавторами указывают на то, что симптомы депрессии усиливаются за 12—18 мес. до постановки диагноза СПИД [29]. M.F. Morrison с соавторами [31] одним из факторов риска развития большого депрессивного расстройства называют утяжеление течения ВИЧ-инфекции. А.Л. Игонин и К.Н. Шаклеин [3] сообщают об усилении депрессивных симптомов при появлении первичных проявлений ВИЧ-инфекции. Ряд исследователей сообщает об увеличении риска развития депрессии по мере возрастания тяжести основного заболевания [17, 31] и отмечает резкое возрастание количества депрессивных симптомов с началом физических проявлений ВИЧ-инфекции. Также развитию депрессии могут способствовать одиночество, безработица [12].

В одном из исследований была показана связь между развитием большого депрессивного расстройства и проведением АРТ, при отсутствии корреляции со стадией заболевания [31]. Риск развития депрессии увеличивает употребление наркотиков путем

инъекций [12]. Вопреки существующим предубеждениям, лечение налтрексоном не вызывает депрессии и, по мнению отдельных специалистов, имеет большие перспективы в лечении ПИН [19].

Возраст, уровень образования, сексуальная ориентация, материальное положение практически не оказывают влияния на развитие депрессии [31].

Депрессия у ЛЖВС очень часто может быть реактивной, в рамках ранее существовавшего расстройства настроения (чаще всего биполярное расстройство и дистимия) экзогенно-органического происхождения (субкортикальное поражение при ВИЧ-энцефалопатии) [24], в рамках синдрома отмены [7, 12, 21, 26]. Симптомы депрессии могут появляться при использовании психостимуляторов.

Развитие реактивных состояний связано не только со страхом будущей смерти, но и со стигматизацией ЛЖВС и ПИН в обществе, тревогой по поводу профессиональных проблем, в том числе безработицы, возможной потери друзей и любимых [17, 31], хроническим стрессом, вызванным длительным физическим дискомфортом [17].

Для выбора правильной тактики лечения важно дифференцировать изменения настроения органической природы от большого депрессивного расстройства [26]. Очевидно, например, что лица, злоупотребляющие ПАВ, нуждаются в лечении аддитивных расстройств [26].

Кроме медикаментозного лечения пациентам показана психотерапия [26].

Предпочтительными для лечения депрессии у ВИЧ-инфицированных ПИН считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [21, 26]. СИОЗС так же эффективны, как и трициклические антидепрессанты (ТЦА), но обладают меньшим количеством побочных эффектов [21]. Так как СИОЗС лучше переносятся больными по сравнению с ТЦА, пациенты дольше придерживаются назначенной терапии. Показано, что лечение депрессии значительно повышает качество жизни ЛЖВС [21].

В лечении депрессии, снижения аппетита и сексуальной дисфункции у ЛЖВС отмечены хорошие результаты применения тестостерона [21].

Депрессия увеличивает риск заражения и распространения ВИЧ-инфекции. Хотя она и не увеличивает количество инъекций ПАВ, существуют альтернативные механизмы повышения заболеваемости [35]. К этим механизмам относится невосприимчивость угрозы ВИЧ-инфекции при пользовании общими иглами и шприцами и непринятие других предохранительных мер, предотвращающих распространение инфекции, что некоторыми авторами рассматривается в качестве *пассивного суицидального поведения* [35]. Депрес-

сия может снижать сопротивляемость стрессу, приводя к беспечности в употреблении ПАВ, в том числе побуждая бездумно делиться инъекционным инструментарием между ПИН [35].

У ВИЧ-позитивных ПИН чаще развивается тревога, чем у больных наркоманией, не страдающих ВИЧ-инфекцией (50,5 и 30,6% соответственно) [31]. D.H. Karasic с соавторами [26] отмечают, что периоды тревоги у ЛЖВС могут быть связаны с возможностью прогрессирования основного заболевания, социальной изоляции, конфликтов в семье, нестабильности работы, финансовой неопределенности. В дальнейшем у пациентов с неустойчивостью к стрессу может развиваться *генерализованное тревожное расстройство* [26]. В исследовании, проведенном E.G. Bing с соавторами, среди ЛЖВС с аддитивными расстройствами было выявлено генерализованное тревожное расстройство у 15,8% больных, а панические атаки — у 10,5% [12].

Тревожное расстройство может развиваться при употреблении амфетаминов, при повреждении височной доли [26]. Из лекарственных средств тревогу могут вызывать стероиды [26]. Вопрос, может ли АРТ повышать риск развития тревоги, остается нерешенным [26, 31].

Необходимо отметить, что тревожное расстройство повышает риск инъекционного введения ПАВ [35].

Показаниями для лечения являются следующие симптомы: постоянный дискомфорт; охваченность тревогой; социальная или профессиональная дезадаптация; повторные панические эпизоды [26]. В последнем случае рекомендуются анксиолитики (бензодиазепины), однако необходимо с осторожностью применять их у пациентов с ВИЧ-энцефалопатией и другими поражениями центральной нервной системы (ЦНС) [21, 26]. D.H. Karasic с соавторами [26] при панических расстройствах рекомендуют назначать СИОЗС и бензодиазепины.

Психотерапия может помочь понять причину беспокойства и справиться с ней [26]. Релаксационные техники (например, самогипноз) дают чувство внутреннего контроля над тревогой, помогающее предотвратить надвигающуюся тревогу, которая может мешать противостоять стрессовым ситуациям. Тренировка способности решения проблем и коммуникативных навыков дает больным инструменты для решения проблем напрямую. Групповая психотерапия, в том числе ролевые игры, помогают пациенту обрести навыки решения стрессовых ситуаций, повысить социальную адаптацию, облегчает обучение адаптивным навыкам [26].

Наличие депрессии, особенно в сочетании с тревогой, значительно повышает риск суицидального поведения у ЛЖВС [10]. У пациентов со СПИДом в

4,7 раза больше суицидальных попыток, чем в среднем по популяции наркозависимых. Кроме того, риск суицидального поведения у ВИЧ-инфицированных лиц повышают суицидальные попытки в анамнезе, злоупотребление ПАВ и расстройства личности. Длительное течение ВИЧ-инфекции или ее обострение, равно как стигматизация, социальная изоляция, ощущение беспомощности, связанные с ВИЧ профессиональные и социальные проблемы, способствуют возникновению суицидальных мыслей [26, 27]. Суицид рассматривается больными как избавление от будущих страданий и дает им чувство контроля над ситуацией [26].

Имеется, по меньшей мере, два периода, наиболее опасных в отношении суицидальных тенденций: первый период в течение 6 мес. после постановки диагноза *ВИЧ-инфекция*, второй — после манифестации СПИДа и появления его типичных физических осложнений. Максимальный риск суицидального поведения отмечается в первые 3 мес. после постановки диагноза *ВИЧ-инфекция* [27].

Для профилактики суицидального поведения необходимо своевременное выявление и лечение депрессии, тревоги, зависимости от ПАВ и других психических нарушений. Кроме того, важны учет и коррекция измененного социального, семейного и профессионального статуса больных.

Причинами делирия у ВИЧ-инфицированных ПИН могут быть интоксикация и состояния отмены при злоупотреблении ПАВ, системные заболевания, инфекции ЦНС, новообразования и побочные эффекты лекарственных средств, ухудшающие мозговой метаболизм. Ранние симптомы делирия неспецифичны: нарушение цикла «сон—бодрствование», тревога, раздражительность [26]. Делирий у данной категории больных характеризуется острым началом, колебаниями уровня сознания со снижением внимания, нарушением мышления, ориентировки в месте и пространстве и часто снижением памяти [26]. У больных могут развиваться иллюзии, дисфории, депрессия [26]. Пациент может находиться в состоянии психомоторного возбуждения или апатии [26].

Необходимо определить причины, вызвавшие делирий, так как они могут быть опасны для жизни. Если причиной была назначенная терапия, то она по возможности должна быть отменена. Для купирования психомоторного возбуждения используются нейролептики. Пациентам с ВИЧ-энцефалопатией предпочтительны атипичные нейролептики из-за риска возникновения экстрапирамидных нарушений [21, 26]. При выраженном возбуждении применяют сочетание бензодиазепинов с нейролептиками. При использовании одних бензодиазепинов могут увеличиться спутанность, атаксия и возбуждение [21].

Органические психозы являются редким проявлением СПИДа, развивающимся в основном у пациентов с когнитивными нарушениями. У 15 % больных деменцией при ВИЧ-инфекции выявляются психотические эпизоды [21]. Они диагностируются при впервые выявленном психотическом эпизоде без признаков маниакального состояния на фоне когнитивных нарушений. Дифференциальный диагноз проводят с токсоплазмозом, криптококковым менингитом, действием амфетаминов и опиатов. Для лечения органических психозов рекомендуются атипичные нейролептики [21].

Мания, как правило, развивается на последних стадиях ВИЧ-инфекции. Симптомами мании являются: приподнятое настроение, раздражительность, бессонница, ускорение мышления, повышенная отвлекаемость, беспокойство или беспечность, расторможенное поведение. Причина маниакального состояния бывает связана с употреблением амфетаминов, лечением стероидами, антидепрессантами, зидовудином [26]. Для коррекции данного состояния могут использоваться атипичные нейролептики, соли лития, карбамазепин и, при выраженной тревоге, бензодиазепины. При выраженных экстрапирамидных расстройствах вместо назначения нейролептиков рекомендуется электросудорожная терапия (ЭСТ) [36]. Пациентам с предрасположенностью к когнитивным побочным эффектам не рекомендуется назначение стабилизаторов настроения [21]. Карбамазепин может влиять на метаболизм с АРТ и наоборот, это необходимо учитывать при назначении данных препаратов [21].

За последние 30 лет ВИЧ-инфекция из острого смертельного заболевания превратилась в заболевание, протекающее хронически. С увеличением продолжительности жизни ЛЖВС возросло количество больных с когнитивными нарушениями, являющимися проявлениями ВИЧ-энцефалопатии у данной категории больных. ВИЧ-энцефалопатия вызывается повреждением головного мозга ВИЧ и аутоиммунными механизмами. Деменция при ВИЧ-инфекции редко развивается на иных стадиях, кроме стадии глубокой иммунодепрессии. ВИЧ проникает в головной мозг на ранних стадиях заболевания, обычно поражая подкорковые отделы мозга. Факторами риска развития когнитивных нарушений могут быть: раннее начало ВИЧ-инфекции, низкий уровень CD4-клеток, анемия, черепно-мозговая травма (ЧМТ) в анамнезе, возраст (с увеличением возраста увеличивается риск), системные симптомы, использование инъекционных наркотиков, генетические факторы и женский пол [24]. У пациентов, проходивших курс лечения ВААРТ, концентрация ВИЧ в плазме крови или цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) не связаны с

прогрессированием деменции. Наоборот концентрация ВИЧ в плазме крови и ЦСЖ у нелеченых пациентов коррелирует с проявлениями деменции [8, 30]. До внедрения в практику ВААРТ у 30% пациентов развивалась деменция на стадии СПИД, в настоящее время этот показатель снизился до 10%.

Деменция обычно развивается в течение нескольких месяцев, редко — в течение нескольких недель. Типичны когнитивные, поведенческие и моторные расстройства, характерные для подкоркового слабоумия. На ранних стадиях заболевания основными жалобами являются нарушения кратковременной памяти, замедление психических процессов, трудности чтения и понимания, апатия [30]. Для оценки когнитивного снижения необходимо знать изначальный уровень когнитивных способностей пациента. Необходимо отметить, что когнитивное замедление может быть связано с депрессией [21]. Далее присоединяются нарушения походки, мелких движений руками, тремор. У 5% пациентов впервые развивается мания. С распространением деменции увеличивается органический дефект, появляется тотальное слабоумие, часто сопровождающееся миело- и нейропатией [30]. J.C. McArthur, J.V. Bruce [30] предлагают различать следующие виды нарушений, в соответствии с течением и патологоанатомическими характеристиками инфекционного процесса:

- 1) прогрессирующая деменция (у ЛЖВС, не получавших ВААРТ);
- 2) медленно прогрессирующая деменция (у ЛЖВС, не получавших ВААРТ);
- 3) малоактивная деменция;
- 4) обратимая деменция;
- 5) демиелинизирующая лейкоэнцефаломиелопатия;
- 6) острая энцефалопатия;
- 7) вакуольная лейкоэнцефалопатия.

ВААРТ обладает способностью восстановления функции иммунной системы, снижая вирусную репликацию до уровня, при котором ВИЧ не обнаруживается. В соответствии с этим улучшаются когнитивные функции и снижается риск оппортунистических инфекций [26, 30]. Применение ВААРТ при деменции, вызванной ВИЧ, является традиционной лечебной мерой. Кроме этого, рекомендуются лекарственные средства с нейропротективным действием: пентоксифилин, мемантин, нимодипин, селегилин. Антагонисты допамина также показывают некоторое улучшение. Ажитацию и психозы рекомендуется лечить стабилизаторами настроения и нейролептиками [21].

Лечение синдрома зависимости является неотъемлемой частью лечения ВИЧ-инфицированных ПИН [1]. Имеется множество схем лечения зависимости от ПАВ, наиболее эффективными оказались схемы, сочетающие в себе психотерапию и психофармакотера-

пию [14]. R. Bruce с соавторами [14] рекомендуют использовать поведенческую и когнитивно-поведенческую психотерапию и техники повышения мотивации. Подбор индивидуальной схемы лечения осуществляется исходя из типа употребляемого ПАВ, способа и длительности его употребления, личностных особенностей больного, возможностей лечебно-профилактического учреждения и квалификации врача.

E.C. Donny, S.L. Walsh с соавторами [21] наиболее эффективными при лечении синдрома зависимости в рамках опиной наркомании считают применение заместительной терапии опиоидами (ЗТО). R. Bruce с соавторами [14] говорят о метадоне (агонист опиоидных рецепторов) и бупренорфине (частичный агонист опиоидных рецепторов) как о препаратах выбора при лечении опиной наркомании.

ЗТО позволяет снизить риск развития рискованного поведения, тем самым уменьшить распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН [27]. Кроме того, ЗТО способствует улучшению психического и физического состояний больного [14], повышает социальную адаптацию пациента. Эти улучшения способствуют укреплению межличностных отношений, улучшению семейного и профессионального статуса у данной категории больных, снижая тем самым риск развития реактивных состояний (депрессия, тревога). Использование ЗТО значительно увеличивает приверженность пациентов режиму ВААРТ [14], что позволяет снизить риск развития ВИЧ-энцефалопатии у ВИЧ-инфицированных ПИН. При лечении зависимости от ПАВ необходимы доверительные отношения между пациентом и врачом, при которых пациент не будет скрывать факт употребления ПАВ.

Успешные программы для ВИЧ-инфицированных ПИН содержат следующие пункты:

- фармакологическое лечение, в том числе ЗТО;
- нефармакологическое лечение (программа «12 шагов»);
- амбулаторное лечение и социальная поддержка;
- использование ВААРТ;
- привлечение к работе с другими наркоманами;
- продолжение лечения в местах лишения свободы [14].

В настоящее время в проблеме ВИЧ остаются нерешенными вопросы, требующие проведения дальнейших исследований:

- влияние течения ВИЧ-инфекции, появление осложнений и назначения АРТ на выраженность депрессивных расстройств;
- значение вышеуказанных факторов в патогенезе депрессивных расстройств;
- влияние ВИЧ-инфекции на ранее существовавшее психическое заболевание.

Список литературы

1. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006.
2. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. — М.: Мед-практика-М, 2002. — С. 379—394.
3. Игонин А.Л., Шакин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция. — М., 2006. — С. 270.
4. Кузьминов В.Н., Еськова Л.И., Линский И.В., Шамрай В.Г., Гапонов К.Д. Распространение инъекционной наркомании, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов среди инъекционных наркоманов Харьковской области (анализ медицинской статистики) // Червона стрічка. — 2001. — №2. — С. 6—14.
5. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных Санкт-Петербурга // Consilium medicum. — 2007. — Т. 02, №2.
6. Покровский В.В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. — М., 2001. — 92 с.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. — М.: МИА, 2001. — 253 с.
8. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — С. 231—233.
9. Хритинин Д.Ф., Агедеу Мелькаму. Психические расстройства у больных на начальных стадиях ВИЧ-инфекции // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова: Научно-практический журнал. — 2004. — №4. — С. 183—186.
10. Хритинин Д.Ф., Агедеу Мелькаму. Суицидальные идеи и суицидальные попытки у больных ВИЧ-инфекцией // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова: Научно-практический журнал. — 2004. — №3. — С. 101—102.
11. Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №31. — М., 2007. (Генерализованное тревожное расстройство).
12. Bing E.G. et al. Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States // Arch. Gen. Psychiatry. — 2001. — Vol. 58. — P. 721—728.
13. Bing E.G., Burnam M.A., Longshore D. et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States // Arch. Gen. Psychiatry. — 2001. — Vol. 58. — P. 721—728.
14. Bruce R.D. et al. Clinical Care of the HIV-Infected Drug User // Infect. Dis. Clin. North Am. — 2007. — March. — Vol. 21(1). — 149—ix.
15. Cabaj R.P. Management of anxiety and depression in HIV-infected patients // J. Int. Assoc. Physicians. AIDS Care. — 1996. — Vol. 2. — P. 11—16.
16. Chesney M.A., Barrett D.C., Stall R. Histories of substance use and risk behavior: precursors to HIV seroconversion in homosexual men // Am. J. Public Health. — 1998. — Vol. 88. — P. 113—116.
17. Ciesla J.A. et al. Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders // Am. J. Psychiatry. — 2001. — May. — Vol. 158. — P. 725—730.
18. Crosby G.M., Stall R.D., Paul J.P., Barrett D.C. Substance use and HIV risk profile of gay/bisexual males who drop out of substance abuse treatment // AIDS Educ. Prev. — 2000. — Vol. 12. — P. 38—48.
19. Dean A.J. et al. Does naltrexone treatment lead to depression? Findings from a randomized controlled trial in subjects with opioid dependence // J. Psychiatry Neurosci. — 2006. — January. — Vol. 31(1). — P. 38—45.
20. Donny E.C., Walsh S.L., Bigelow G.E. et al. High-dose methadone produces superior opioid blockade and comparable withdrawal suppression to lower doses in opioid-dependent humans // Psychopharmacology. — 2002. — Vol. 161(2). — P. 202—212.
21. Dube B. et al. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS // J. Psychiatry Neurosci. — 2005. — July. — Vol. 30(4). — P. 237—246.
22. Eastern Europe and Central Asia AIDS epidemic update Regional Summary UNAIDS. — 2008. — March. — 358 p.
23. Elliott A. Anxiety and HIV infection. STEP Perspect. 1998. — Vol. 98. — P. 11—14.
24. Ghafouri M. et al. HIV-1 associated dementia: symptoms and causes // Retrovirology. — 2006. — Vol. 3. — P. 28.
25. Linda R.G., Michael F. et al. BRIEF REPORT: Methadone Treatment of Injecting Opioid Users for Prevention of HIV Infection // Gen. Intern. Med. — 2006. — February. — Vol. 21(2). — P. 193—195.
26. Karasic D.H. et al. HIV-Associated Psychiatric Disorders; HIV InSite Knowledge Base Chapter. October 1998.
27. Kelly B. et al. Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection. Received 12 August 1997. <http://www.heart-intl.net/>
28. Lipsitz J.D., Williams J.B. et al. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection // Am. J. Psychiatry. — 1994. — Vol. 151. — P. 1662—1668.
29. Lyketsos C.G., Hoover D.R., Guccione M. et al. Changes in depressive symptoms as AIDS develops. The Multicenter AIDS Cohort Study // Am. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153(11). — P. 1430—1437.
30. McArthur J.C. et al. Neurological complications of HIV infection // Lancet. Neurology. — 2005. — Vol. 4. — P. 543—555.
31. Morrison M.F. et al. Depressive and Anxiety Disorders in Women With HIV Infection // Am. J. Psychiatry. — 2002. — May. — Vol. 159. — P. 789—796.
32. Rabkin J.G., Goetz R.R., Remien R.H. et al. Stability of mood despite HIV illness progression in a group of homosexual men // Am. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 154(2). — P. 231—238.
33. Sherbourne C.D., Hays R.D. et al. Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection // Am. J. Psychiatry. — 2000. — Vol. 157. — P. 248—254.
34. Smith D.K., Moore J.S. et al. The design, participants, and selected early findings of the HIV Epidemiology Research Study // O'Leary A., Jemott L.S., eds. Women and AIDS: coping and care. — New York: Plenum Press, 1996. — P. 185—206.
35. Stein M.D. et al. Depression Severity and Drug Injection HIV Risk Behaviors // Am. J. Psychiatry. — 2003. — September. — Vol. 160. — P. 1659—1662.
36. Stephen J.F. et al. HIV-Associated Mania Treated With Electroconvulsive Therapy and Highly-Active Antiretroviral Therapy // Psychosomatics. — 2006. — April. — Vol. 47. — P. 170—174.
37. Stimson G.V. The global diffusion of injecting drug use: implications for human immunodeficiency virus infection // Bulletin on Narcotics. — 1993. — XLV. — P. 3—17.
38. Tim Rhodes, Vadim Pokrovsky et al. ВИЧ-инфекция, связанная с употреблением инъекционных наркотиков, в новых независимых государствах восточной Европы: социально экономический контекст эпидемии. Научный отчет // Обзор современной психиатрии — 2004. — №24.
39. Weiss J.J., Gorman J.M. Psychiatric behavioral aspects of comanagement of hepatitis C virus and HIV // Curr HIV/AIDS Rep. — 2006. — Nov. — Vol. 3(4). — P. 176—181.

EPIDEMIOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF HIV IN DRUG INJECTED USERS (REVIEW)

SUMAROKOVA M.A.

The prevalence of HIV increases worldwide. The most part of HIV infected in Russia is injection drug users (IDUs). The half of HIV infected has any mental disorders and IDUs have an opportunity to catch mental disorder in 8 times frequently then ordinary people. There are several kinds of mental disorders among IDUs such as: disorders associated with substance abuse, disorders HIV-induced, disorders associated with medical treatment and endogenous illness. In this review are considered aetiology, pathogenesis, clinical care disorders referred above.