

И.М. Улюкин, В.Н. Болехан, Ю.И. Буланьков

## Вопросы диагностики сомато-психологического состояния больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Изучено качество жизни 61 больного ВИЧ-инфекцией молодого возраста по русской версии опросника Всемирной организации здравоохранения «ВОЗЖ-100». Установлено, что по большинству субфер показатели качества жизни этих пациентов на начальной стадии болезни при малой ее длительности достоверно не отличаются от показателей лиц контрольной группы. На начальной стадии ВИЧ-инфекции при малой ее длительности происходит переживание больными внутреннего конфликта, неспособность разрешить который вызывает у них рост внутреннего напряжения и дискомфорта. При этом они уже сейчас оценивают изменение своего состояния (в плане утяжеления клинической симптоматики), функциональный статус, несбывшиеся ожидания, удовлетворенность обслуживанием, свои потенциальные, а также имеющиеся экономические затраты на лечение. Поэтому после выявления возможных личностных изменений и уточнения личностных ресурсов, при отсутствии ограничения жизнедеятельности (а на начальной стадии ВИЧ-инфекции при малой ее длительности они ни у кого не выявлены) у пациентов необходимо стимулировать установку на трудовую деятельность, сохранность профессиональных знаний и навыков. Обсуждаются проблемы исследования нейрোকогнитивной дисфункции у таких больных.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, начальные стадии заболевания, молодой возраст, качество жизни, состояние здоровья, сомато-психология, психофизиологическое функционирование, военная служба, медицинское освидетельствование, нейропсихологические исследования.

**Введение.** Несмотря на значительный прогресс по целому ряду показателей, достигнутый на глобальном уровне, многие страны не смогут выполнить цель тысячелетия – остановить распространение вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДа) и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Так, в Западной, Центральной и Восточной Европе, Центральной Азии и Северной Америке показатели заражения ВИЧ оставались стабильными, по крайней мере, в последние пять лет. Однако появляются все новые данные, указывающие на новый рост числа ВИЧ-инфекций в ряде стран с высоким уровнем доходов среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В Восточной Европе и Центральной Азии по-прежнему наблюдаются высокие темпы передачи ВИЧ в сетях потребителей инъекционных наркотиков и их половых партнеров [10, 26].

Однако поскольку в России зараженные ВИЧ – это преимущественно (до 80%) мужчины 15–30 лет (по данным разных авторов, в данной гендерной группе ВИЧ заражено уже более 1% человек), то следствием эпидемии могут стать серьезные демографические и даже геополитические катастрофы, так как речь идет, в частности, о потенциальных военнослужащих [19]. И, как в воду смотрел еще Л.В. Громашевский [8], говоря, что «... по эпидемическому благополучию страны в мирное время можно в значительной степени судить и об уровне ее обороноспособности». Однако есть мнение, что до настоящего времени значитель-

ной частью политической элиты ситуация с эпидемией ВИЧ/СПИДа пока не оценивается как угроза экономической безопасности страны [11]. В России по-прежнему отсутствует национальная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции [13], реализация программ профилактики заболевания осуществляется, в основном, российскими общественными организациями в рамках отдельных разрозненных проектов, а полученные результаты не оказывают существенного влияния на совершенствование государственной политики по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп.

Вместе с тем, на ранних стадиях болезни больные ВИЧ-инфекцией остаются видимо здоровыми [12, 33], ведут активный образ жизни, сохраняют способность к целенаправленной продуктивной деятельности, сопровождающейся иногда профессиональным ростом. Соматически они стабильны, например, специалистами Санкт-Петербургского городского центра по профилактике и борьбе со СПИД установлено, что 34,1% зарегистрированных больных ВИЧ-инфекцией на протяжении года не обращались в центр за медицинской помощью и не приходили на плановый диспансерный осмотр [18]. Да и в пункте 6.2 СанПиН 3.1.5 2826-10 говорится о том, что ВИЧ-инфицированные лица подлежат приглашению на первичное и периодические обследования, но при этом не должно нарушаться их право на отказ от обследования и лечения, а равно и право наблюдаться в медицинском учреждении по собственному выбору, выраженному в письменной форме [21].

В связи с этим большое значение приобретает исследование психофизиологического состояния пациентов, в частности, качества жизни и факторов, его определяющих, с целью проведения адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий. В то же время в резолюции конференции «Взаимодействие государственных и общественных структур ...» отмечено, что значительная часть вопросов, касающихся стратегий проведения профилактических мероприятий, а также проблемы людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, пока остаются нерешенными [6].

В нашей стране считается, что «качество жизни (КЖ) больного» – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [16]. Такой подход оправдан в связи, например, с существующим мнением о том, что субъективные ощущения и жалобы в силу того, что они наличествуют, уже объективны [22], а также в связи с общепринятым положением о том, что надо лечить больного, а не болезнь.

**Цель исследования.** Исследовать КЖ больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста на ранней стадии заболевания.

**Материалы и методы.** Для исследования КЖ больных ВИЧ-инфекцией использована русская версия опросника Всемирной организации здравоохранения «ВОЗКЖ-100» (100 вопросов) [5]. Алгоритм исследования осуществлялся в соответствии с принципами доказательной медицины [7, 24], оно было рандомизированным, открытым, контролируемым.

Обследован 61 больной ВИЧ-инфекцией – это лица молодого возраста (18–40 лет), из них 30 мужчин и 31 женщина. Все из числа гражданского населения, проживающего в России, выявлены по контакту с зараженными ВИЧ или по клиническим показаниям, с различной длительностью и путями инфицирования. Для контроля использовали результаты обследования 55 ВИЧ-серонегативных практически здоровых лиц (мужчин – 28, женщин – 27), такого же возраста и уровня образования.

Основным методом оценки текущего состояния всех больных ВИЧ-инфекцией был клинический. На основании его данных выносилось диагностическое заключение о наличии ВИЧ-инфекции и стадии заболевания в соответствии с Российской классификацией ВИЧ-инфекции [19, 20] и классификацией CDC [1], о наличии и степени выраженности ВИЧ-ассоциированных и СПИД-индикаторных, а также сопутствующих заболеваний. Для обоснования диагностического заключения всем больным проводился рекомендованный широкий комплекс лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других методов исследования. Распределение обследованных проведено в соответствии с классификацией CDC, согласно которой выделяют следующие стадии заболевания: «А» (острая, бессимптомная ВИЧ-инфекция, персистирующая генерализованная лимфадено-

патия), «В» (манифестная категория, но не «А» и не «С»), «С» (СПИД-индикаторные состояния). Высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), в соответствии с отечественными и международными рекомендациями, пациенты не получали. В исследуемую выборку не вошли больные с преморбидными заболеваниями, внутренняя картина болезни которых могла бы исказить результаты исследования, например, с органическими поражениями ЦНС (рубрики F00-F09 МКБ-10), шизофренией, шизотипическими и бредовыми состояниями (F20-F29), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), умственной отсталостью (F70-F79) [15].

Оценка состояния была ориентирована в первую очередь на индивидуализацию дифференциальной диагностики текущего состояния качества жизни больных на начальной стадии ВИЧ-инфекции при малой ее длительности в интересах проведения экспертных мероприятий и оптимизации лечебно-реабилитационных программ.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики [25].

**Результаты и их обсуждение.** Показатели больных ВИЧ-инфекцией на начальной стадии заболевания при малой его длительности по основным субсферам КЖ представлены в таблице.

Установлено, что по большинству субсфер КЖ показатели больных ВИЧ-инфекцией на начальной стадии болезни при малой ее длительности достоверно не отличаются от показателей лиц контрольной группы. Более низкие числовые значения обусловлены тем, что пациенты переживают первый критический период психической адаптации (цит. по В.В. Беляевой [3]), который является в основном следствием психической травмы. Он проявляется в виде разнообразных психоэмоциональных реакций и дезадаптивных феноменов (по МКБ-10 их можно трактовать в рамках 1–2 рубрики раздела F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации»). На момент обследования значимой соматической патологии ни у кого из пациентов выявлено не было, а хронические гепатиты В, С или В+С, диагностированные у лиц, инфицированных ВИЧ вследствие эпизодического употребления психоактивных веществ, были в стадии ремиссии.

Значимые различия КЖ больных по отдельным субсферам (F3, F8, F13, F14, F24) выявлялись только при длительности заболевания 4–5 лет. Это связано с тем, что, несмотря на кажущееся физическое благополучие, патологический процесс в организме все же идет на фоне личностной и отчасти социальной дезадаптации.

Следовательно, на начальной стадии ВИЧ-инфекции при малой ее длительности происходит переживание больными внутреннего конфликта, неспособность разрешить который вызывает у них

Показатели больных ВИЧ-инфекцией на начальной стадии заболевания при малой его длительности по основным субсферам КЖ

Субсферы КЖ	Стадия заболевания «А»	Длительность заболевания, лет		Контроль (К)
		0-3	4-7	
G. Общее качество жизни и состояние здоровья	12,39±0,52 <sup>2</sup>	12,25±0,49 <sup>2</sup>	12,92±0,47 <sup>2</sup>	14,88±0,58
F1. Физическая боль и дискомфорт	12,82±0,51	12,77±0,51	13,00±0,49	13,92±0,66
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	13,23±0,51	13,27±0,49	13,08±0,52	14,16±0,54
F3. Сон и отдых	14,92±0,55	15,00±0,53	14,62±0,52 <sup>1</sup>	16,41±0,65
F4. Положительные эмоции	12,72±0,51	12,79±0,54	12,46±0,48	13,45±0,64
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	14,26±0,53	14,44±0,53	13,62±0,49	14,35±0,15
F6. Самооценка	13,98±0,48	14,04±0,50	13,77±0,51	14,45±0,16
F7. Образ тела и внешность	15,03±0,52	15,31±0,49	14,00±0,51	14,72±0,48
F8. Отрицательные эмоции	12,31±0,51	12,44±0,52	11,85±0,51 <sup>1</sup>	13,49±0,53
F9. Подвижность	16,23±0,47	16,02±0,50	17,00±0,48	16,90±0,44
F10. Способность выполнять повседневные дела	14,87±0,48	14,81±0,51	15,08±0,47	15,29±0,47
F11. Зависимость от лекарств и лечения	15,51±0,50 <sup>2</sup>	15,19±0,49 <sup>2</sup>	16,69±0,50 <sup>4</sup>	17,31±0,42
F12. Способность к работе	15,85±0,53	15,79±0,54	16,08±0,51	16,67±0,45
F13. Личные отношения	15,13±0,52	15,29±0,53	14,54±0,49 <sup>1</sup>	15,98±0,51
F14. Практическая социальная поддержка	14,39±0,51	14,62±0,52	13,54±0,47 <sup>2</sup>	15,51±0,49
F15. Сексуальная активность	12,59±0,50 <sup>2</sup>	12,64±0,51 <sup>2</sup>	12,38±0,48 <sup>2</sup>	14,45±0,45
F16. Физическая безопасность и защищенность	13,33±0,51	13,27±0,49	13,54±0,46	13,55±0,51
F17. Окружающая среда дома	14,28±0,52	14,37±0,50	13,92±0,49	13,92±0,52
F18. Финансовые ресурсы	10,34±0,43	10,35±0,42	10,31±0,38	10,86±0,38
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	11,54±0,50	11,73±0,52	10,85±0,48	12,21±0,53
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	14,20±0,49	14,33±0,50	13,69±0,51	14,80±0,41
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	14,11±0,51	14,21±0,51	13,77±0,49	14,02±0,39
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность / шум / климат / привлекательность)	14,16±0,51	14,06±0,51	14,54±0,52	13,53±0,52
F23. Транспорт	13,93±0,55	13,85±0,52	14,23±0,48	14,16±0,54
F24. Духовность / религия / личные убеждения	14,28±0,53	14,67±0,52	12,85±0,47 <sup>3,4</sup>	15,16±0,49

Примечание: <sup>1</sup> – различия с показателями К, p<0,05; <sup>2</sup> – p<0,01; <sup>3</sup> – p<0,001; <sup>4</sup> – между показателями «0-3» и «4-7», p<0,05.

рост внутреннего напряжения и дискомфорта. При этом они оценивают изменение своего состояния (в плане утяжеления клинической симптоматики), функциональный статус, несбывшиеся ожидания, удовлетворенность обслуживанием, свои потенциалы

ные, а также уже имеющиеся экономические затраты на лечение (например, покупка витаминов, БАДов и т.п.). Это выражается, в первую очередь, в достоверном снижении показателей общего качества жизни и состояния здоровья (G) и понимание грядущей зави-

симости от лекарств и лечения (F11). Отдельным пунктом должны рассматриваться вопросы сексуальной активности (F15), снижение которой происходит не по причине физической неспособности, а по причине наличия неизлечимого на сегодняшний день заболевания, которое передается половым путем (и тем самым существенно ограничивает репродуктивные возможности пациентов).

Вместе с тем, на начальных стадиях заболевания, до развития у больных снижения уровня мнестико-интеллектуальных процессов, различия в снижении КЖ по таким субсферам, как F5, F10, F12, F16 и F20, по сравнению с контрольной группой, были недостоверны. А имеющиеся незначительные эмоциональные нарушения существенно не ухудшали трудоспособность и состояние пациента. Поэтому после выявления возможных личностных изменений и уточнения личностных ресурсов при отсутствии ограничения жизнедеятельности необходимо стимулировать у пациентов установку на трудовую деятельность и сохранность профессиональных знаний и навыков.

Известно, что самые ранние стадии ВИЧ-инфекции не выявляют клинической симптоматики у большинства больных [1, 4, 32, 37]. Считается, что когнитивные нарушения для них не характерны [40], хотя не все авторы это подтверждают [34, 38]. Не было также выявлено никаких лабораторных маркеров в крови или спинномозговой жидкости (СМЖ), которые окончательно предсказывали бы риск развития комплекса когнитивных/двигательных нарушений, вызванных ВИЧ [42].

Хотя инapparантные (субклинические) формы болезни и протекают бессимптомно, в организме человека тем не менее наблюдаются иммунологические изменения, например, снижение уровня CD4-лимфоцитов, а также функциональные и морфологические изменения, обусловленные тем, что в организме по мере прогрессирования инфекции от бессимптомной до манифестной происходит эволюция ВИЧ к более вирулентному варианту, от «low/slow» до «rapid/high» по терминологии зарубежных исследователей. Так, при ВИЧ-инфекции изменения на электроэнцефалограмме объективно подтверждают, в частности, высокую вовлеченность центральной нервной системы в патологический процесс, который неизбежно углубляется по мере прогрессирования заболевания [9]. Другое дело, что скорость прогрессии у больных различна.

Таким образом, коль скоро при ВИЧ-инфекции на ранних стадиях заболевания люди соматически и психологически стабильны и ограничений жизнедеятельности у них нет, было бы неверным не использовать их потенциал, в том числе, и в связи со службой по контракту, либо альтернативной службой, тем более, что многие имеют мотивацию к ее началу/продолжению. То есть, после установления диагноза начальной стадии болезни (отсутствие инвалидизирующих заболеваний и нарушений иммунитета) у таких лиц единственным ограничением может быть только огра-

ничение способности трудовой деятельности 1 степени (способность к выполнению профессиональной деятельности в обычных производственных условиях при снижении квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможность выполнения работы по основной специальности) [14].

В инструкции Министра обороны США от 17.10.2006 г. № 6485.01 [36] прямо говорится о том, что хотя положительный результат на ВИЧ дисквалифицирует претендента при поступлении на военную службу, лицам, находящимся на действительной военной службе с серологическим наличием ВИЧ-инфекции, которые расцениваются как пригодные для службы, должно быть разрешено служить на должностях, которые обеспечивают доступ к соответствующей медицинской помощи (то есть к специфическому лечению, обследованию и различным видам сопровождения). Сходный подход отражен и в российском законодательном акте по вопросам организации и проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в Вооруженных силах РФ [17].

Однако если с установлением соматического статуса таких лиц сложностей обычно не возникает, то в отношении их нейропсихологических кондиций, а это основная проблема должностным лицом своих служебных обязанностей, вопрос окончательно не решён. Считается, что в настоящее время эти нарушения – всё еще распространенная проблема, даже у пациентов с желательным уровнем CD4-лимфоцитов и неопределяемой вирусной нагрузкой [41]. Отмечено, что на фоне ВААРТ нейрокогнитивные нарушения стали высокогетерогенными и не соответствуют тем представлениям, которые были до начала эпохи антиретровирусной терапии (АРВТ) [30]. Показано, что кроме грамотно подобранной схемы ВААРТ, уменьшить тяжесть нейрокогнитивной дисфункции помогает контроль за свободными радикалами, факторами нейротоксичности, а также процессами, способствующими воспалению и апоптозу [27, 31] (но вместе с тем, это увеличит стоимость сопровождения пациента, – авт.). Однако, поскольку нейрокогнитивное исследование одинаковыми методами не проводилось в группах ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных лиц до эры ВААРТ и после её начала, неясно, изменила ли эта терапия распространенность, природу и клинические корреляты ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений [35]. При этом когнитивным нарушениям у больных, получающих ВААРТ, могут предшествовать двигательные, эмоциональные и поведенческие отклонения [40]. Есть данные и о взаимосвязи между когнитивным функционированием и тяжестью депрессии [26], а также уровнем CD4-лимфоцитов [29].

**Заключение.** Установлено, что по большинству субсфер КЖ показатели больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста на начальной стадии заболевания при малой ее длительности достоверно не отличаются от показателей практически здоровых людей. На этой стадии, при отсутствии клинических проявлений

основного заболевания, происходит переживание больными внутреннего конфликта, неспособность разрешить который вызывает у них рост внутреннего напряжения и дискомфорта. Следовательно, методики, обычно используемые для нейропсихологических исследований у больных ВИЧ-инфекцией на бессимптомной стадии заболевания, должны совершенствоваться в направлении повышения специфичности и чувствительности [28]. К примеру, психосоматические нарушения выявлены у значительной части ВИЧ-серонегативных офицеров молодого (19,8%) и среднего (28,6%) возраста [22], что само по себе обуславливает снижение уровня профессионального здоровья и социальной адаптации.

Однако эти вопросы на сегодняшний день пока не нашли своего должного решения [2], поэтому объективизация оценки профессиональной пригодности таких больных требует дальнейшего изучения тонких механизмов поражения интеллектуально-мнестической сферы и внедрения их в практику работы экспертных комиссий, в частности, военно-врачебных.

### Литература

1. Барлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Барлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Р. Валент, 2010. – 490 с.
2. Белевитин, А.Б. Основные этапы и направления формирования системы противодействия ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах России / А.Б. Белевитин [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2009. – № 2 (26). – С. 192–201.
3. Беляева, В.В. Нарушения психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции: дис. в виде науч. доклада на соискание ученой степени д-ра мед. наук / В.В. Беляева. – М., 1999. – 48 с.
4. Беляков, Н.А. ВИЧ-осознание вселенской опасности или введение в проблему / Н.А. Беляков. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 28 с.
5. Бурковский, Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Г.В. Бурковский [и др.]. – СПб., 1998. – 53 с.
6. Взаимодействие государственных и общественных структур в целях повышения роли гражданского общества в решении проблем ВИЧ-инфекции (Москва, 14–15.04.2003 г.): резолюция конференции // Круглый стол. – 2003. – № 2. – С. 45–46.
7. Власов, В.В. Введение в доказательную медицину / В.В. Власов. – М.: Медиа-Сфера, 2001. – 392 с.
8. Громашевский, Л.В. Общая эпидемиология / Л.В. Громашевский. – М.: Медгиз, 1949. – 320 с.
9. Деулина, М.О. Показатели ЭЭГ у больных ВИЧ-инфекцией на разных стадиях болезни / М.О. Деулина, В.В. Беляева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – №5. – С. 45–46.
10. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2010. – Женева: ЮНЭЙДС, 2010. – 364 с.
11. Донин, В.М. Эпидемическая ситуация с ВИЧ/СПИДом и её влияние на экономическое развитие страны через прогноз возможных изменений // Взаимодействие государственных и общественных структур в целях повышения роли гражданского общества в решении проблем ВИЧ-инфекции: науч.-практ. конф. / В.М. Донин // Круглый стол. – 2003. – № 2. – С. 6–9.
12. Жданов, К.В. Нарушение функционального состояния и работоспособности при ВИЧ-инфекции у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К.В. Жданов. – СПб., 1994. – 22 с.
13. Зубов, В.М. Условия и предпосылки для внедрения инновационных подходов при решении проблем в сфере профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в РФ / В.М. Зубов [и др.] // Дети и ВИЧ-инфекция: мат. междунар. науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 312–335.
14. Лаврова, Д.И. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ: методические рекомендации / Д.И. Лаврова [и др.]. – М., 2000. – 21 с.
15. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). – М.: Медицина по поручению МЗМП РФ, которому ВОЗ вернула выпуск данного издания на русском языке, 1995. – Т. 1. – Ч. 1. – 698 с.
16. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
17. Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе: постановление Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 г. № 123 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2003. – № 10. – Ст. 902.
18. Першин, С.С. Наркомания – ведущий социальный фактор в развитии пандемии гемоконтактных вирусных инфекций в современный период / С.С. Першин // Хлопинские чтения: мат. науч.-практ. конф. – СПб., 2002. – С. 5–8.
19. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 522 с.
20. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации. 2-е изд. / В.В. Покровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.
21. Профилактика ВИЧ-инфекции: СанПиН 3.1.5.2826-10. Утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 01.01.2011 г. № 1. – М., 2011. – 21 с.
22. Савенко, Ю.С. Новая парадигма в психиатрии / Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 16–19.
23. Сысоев, В.Н. Феноменология и возрастные особенности психосоматических нарушений у военнослужащих / В.Н. Сысоев [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2011. – № 2 (34). – С. 175–179.
24. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
25. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб.: ВМА, 2002. – 266 с.
26. Bragança, M. Depression and Neurocognitive Performance in Portuguese Patients Infected with HIV / M. Bragança, A. Palha // AIDS Behav. – 2011. – Vol. 15, № 8. – P. 1879–1887.
27. Clark, U.S. Brain dysfunction in the era of combination antiretroviral therapy: implications for the treatment of the aging population of HIV-infected individuals / U.S. Clark, R.A. Cohen // Curr. opin. investig. drugs. – 2010. – Vol. 11, № 8. – P. 884–900.
28. Clemente-Millana, L. Neuropsychological evaluation of the cognitive deficits in infection by human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) / L. Clemente-Millana, J.A. Portellano // Rev. neurol. – 2000. – Vol. 31, № 12. – P. 1192–1201.
29. Ellis, R.J. CD4 nadir is a predictor of HIV neurocognitive impairment in the era of combination antiretroviral therapy / R.J. Ellis [et al.] // AIDS. – 2011. – Vol. 25, № 14. – P. 1747–1751.
30. Foley, J. Emerging issues in the neuropsychology of HIV infection / J. Foley [et al.] // Curr. HIV/AIDS rep. – 2008. – Vol. 5, № 4. – P. 204–211.
31. Gannon, P. Current understanding of HIV-associated neurocognitive disorders pathogenesis / P. Gannon, M.Z. Khan, D.L. Kolson // Curr. opin. neurol. – 2011. – Vol. 24, № 3. – P. 275–283.
32. Gibbs, A. Early HIV related neuropsychological impairment: Relationship to stage of viral infection / A. Gibbs [et al.] // J. clin. exper. neuropsychol. – 1990. – Vol. 12, № 5. – P. 766–780.

33. Goggin, K.J. Neuropsychological performance of HIV-1 infected men with major depression. HNRC Group. HIV Neurobehavioral Research Center / K.J. Goggin [et al.] // J. int. neuropsychol. soc. – 1997. – Vol. 3, № 5. – P. 457–464.
34. Grant, I. Human immunodeficiency virus-type 1 (HIV-1) and the brain / I. Grant, R.K. Heaton // J. consult. clin. psychol. – 1990. – Vol. 58, № 1. – P. 22–30.
35. Heaton, R.K. HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: differences in rates, nature, and predictors / R.K. Heaton [et al.] // J. neurovirol. – 2011. – Vol. 17, № 1. – P. 3–16.
36. Human immunodeficiency virus: directive 17 October 2006. – № 6485.01. – Washington: department of defense, 2006. – 4 p.
37. Koranik, I.J. A controlled study of early neurologic abnormalities in men with asymptomatic human immunodeficiency virus infection / I.J. Koranik [et al.] // N. Engl. j. med. – 1990. – Vol. 323, № 13. – P. 864–870.
38. Maj, M. WHO Neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase I. Study design and psychiatric findings / M. Maj [et al.] // Arch. gen. psychiatry. – 1994. – Vol. 51, № 1. – P. 39–49.
39. Pereda, M. Factors associated with neuropsychological performance in HIV-seropositive subjects without AIDS / M. Pereda [et al.] // Psychol. med. – 2000. – Vol. 30, № 1. – P. 205–217.
40. Robinson-Papp, J. Motor function and human immunodeficiency virus-associated cognitive impairment in a highly active antiretroviral therapy-era cohort / J. Robinson-Papp [et al.] // Arch. neurol. – 2008. – Vol. 65, № 8. – P. 1096–1101.
41. Robinson-Papp, J. HIV-related neurocognitive impairment in the HAART era / J. Robinson-Papp, K.J. Elliott, D.M. Simpson // Curr. HIV/AIDS rep. – 2009. – Vol. 6, № 3. – P. 146–152.
42. Syndulko, K. Laboratory evaluations in HIV-1-associated cognitive/motor complex / K. Syndulko [et al.] // Psychiatr. clin. North Am. – 1994. – Vol. 17, № 1. – P. 91–123.

I.M. Ulyukin, V.N. Bolekhan, Yu.V. Bulankov

### Diagnostic problems of somato-psychological state of health of hiv-affected young patients

**Abstract.** Quality of a life of 61 HIV-affected young persons was studied according the Russian version of Worldwide Healthcare Organization Questionnaire «WHOQoL-100». It is established, that the majority of quality of life facets's parameters of these patients at an initial stage of illness and at its small duration do not differ reliably from parameters of control group's persons. At an initial stage of a HIV-infection at its small duration a patients has an experience of an internal conflict, and an inability to resolve it causes a growth of an internal pressure and discomfort in them. Thus now they already estimates a variation of their somatic condition (above all a worsening of a clinical symptomatology), their functional status, a not be realized expectations, a different service satisfaction, a potential and already existing economic expenses for their treatment. Therefore, it is necessary to stimulate a patients installation on a labour activity and safety of their professional knowledge and skills after revealing of possible personal variations and specification of personal resources, and at absence of vital activity restriction (the thing is it is not revealed at all patients at an initial stage of a HIV-infection at its small duration). A problems of neuro-cognitive dysfunctions' research at such patients were discussed.

**Key words:** HIV-infection, initial stage of disease, young age, quality of a life, state of health, somato-psychology, psychophysiological functioning, military service, medical examination, neuropsychological investigation.

Контактный телефон: 8-921-315-64-19; e-mail: v.bolekhan1962@yandex.ru