

В. В. ШУХТИН<sup>1</sup>, В. С. ГОЙДИК<sup>2</sup>, Н. С. ГОЙДИК<sup>1</sup>, О. А. ГЕРАСИМЕНКО<sup>2</sup>, В. О. ЦИБУЛЯ<sup>1</sup>

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ З ДЕРМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

<sup>1</sup>ДП Український НДІ медицини транспорту МОЗ України;

<sup>2</sup>Одеський національний медичний університет <shukhtin1967@gmail.com>

*У статті проаналізовано сучасний стан інформації про шкірні захворювання у ВІЛ-інфікованих, психологічні розлади, які виникають у них, та фактори, що спричинюють стрес. ВІЛ-інфекція, незважаючи на успіхи у лікуванні, залишається у нашій країні однією з найактуальніших проблем, а також має місце негативне ставлення до ВІЛ-інфікованих. У хворих на ВІЛ-інфекцію спостерігається підвищений рівень стресового навантаження від початку встановлення діагнозу. Додатково обтяжують стан зміни у зовнішності, викликані шкірними захворюваннями. Наслідком цього є висока частота розвитку психоемоційних порушень, що потребують корекції. Таким чином, лікарі, які надають допомогу ВІЛ-інфікованим, повинні мати знання про діагностику психологічного стану, в тому числі про депресивні розлади, для своєчасного надання спеціалізованої допомоги і зниження рівня негативних реакцій.*

---

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція; шкірні захворювання; психоемоційні порушення.

---

Проблемі ВІЛ-інфекції понад 30 років. Протягом цього періоду досягнуто значних успіхів у з'ясуванні етіології та патогенезу захворювання, розроблено достатньо ефективне лікування, що дозволяє підвищити якість і тривалість життя ВІЛ-інфікованих до середніх показників у суспільстві. Проте за цей період змінювалися не лише знання про ВІЛ, а й сам вірус. З'явилися його видозмінені варіанти, стійкі до одного, а подекуди й до кількох препаратів антиретровірусної терапії (АРТ) [45].

Поряд із значною кількістю питань, що вивчені, залишається багато нез'ясованих або недостатньо вивчених. Так, багато не досліджено проблем з психологічного стану, що мають місце у ВІЛ-інфікованих, та їх зв'язок з проявами хвороби [57].

Епідемія, яка спочатку охопила обмежене коло осіб з груп високого ризику, виїшла за межі цих груп і дала поштовх для нових досліджень, більш активної роботи як із самими ВІЛ-інфікованими, так і з суспільством в цілому. Вплив ВІЛ-інфекції на суспільство збільшується кожного року, темпи епідемії випереджають швидкість впровадження заходів з протидії подальшому поширенню захворювання [9–11].

Загалом з початку реєстрації випадків ВІЛ кількість інфікованих, за різними даними, досягає майже 90 млн і близько половини з них померло. У нашій країні перші випадки захворювання зареєстровано у 1987 р., проте, незважаючи на успіхи світової науки, ситуація не покращилась. Темпи захворюваності збільшуються, особливо з 1995 р., коли ВІЛ-інфекція поширилася серед осіб, які користуються ін'єкційними наркотиками [2].

Епідемічна ситуація в Україні є однією з найгірших у Європі, а в деяких регіонах близька до показників, характерних для генералізованої епідемії, зокрема в Одеській області. Станом на 1 липня 2017 р. показник поширення ВІЛ-інфекції в Україні становив 323,7 на 100 000 населення, в Одеській області – 861,8 на 100 000 населення (у 2,66 раза вище середньоукраїнського). Інші показники за перше півріччя також неоптимістичні: поширення СНІДу в Україні – 98,1 на 100 000 населення, в Одеській області – 291,9 на 100 000 населення (у 2,98 раза вище середньоукраїнського), за кількістю ВІЛ-інфікованих Одеська область знаходиться на другому місці в Україні (після Дніпропетровської), а за показниками на 100 000 населення – на першому. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в країні порівняно з першим півріччям минулого року збільшилась в Одеській області від

39,9 на 100 000 населення в 2016 р. до 48,2 на 100 000 населення в 2017 р. (на 20,8 %, у 2,3 раза вище середньоукраїнської). Таким чином, Одеська область є дуже показовою для вивчення проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією [7].

Впровадження препаратів трикомпонентної АРТ дало надію на швидке подолання епідемії, бо досвід інших країн свідчив, що завдяки своєчасному призначенню препаратів можна запобігти подальшому поширенню ВІЛ, знизити основні епідеміологічні показники: захворюваність на ВІЛ, захворюваність і смертність від СНІДу, поширення ВІЛ-інфекції [15, 50], адже в Європі з 1994 по 1998 рр. як наслідок широкого впровадження АРТ захворюваність на СНІД знизилась від 30,7 до 2,5 %, тобто більш ніж у 10 разів [11, 22].

Ефективне застосування АРТ у світі дозволило запобігти, за даними UNAIDS, 30 млн нових випадків інфікування і 7,8 млн смертей від СНІДу, у дітей кількість нових випадків знизилась на 58 %, у дорослих – на 35 % [2, 19].

Поряд з бонусами, що надає застосування АРТ, існує ряд проблем, пов'язаних з нею. По-перше, деякі препарати можуть мати побічну дію у вигляді погіршення психоемоційного та неврологічного стану пацієнта (порушення сну, головний біль, безсоння, запаморочення, прогресування депресивних розладів). По-друге, необхідність позитивного прийому препаратів разом з високим рівнем стигматизації нашого суспільства щодо ставлення до ВІЛ-інфікованих призводить до змін у психологічному стані багатьох осіб, які приймають АРТ.

При ВІЛ-інфекції, як і при будь-якому захворюванні хронічного перебігу, має місце і так званий механізм замкненого кола, при якому зміни у соматичній сфері викликають психопатологічні реакції, що в подальшому спричинюють нові соматичні розлади [32].

Крім того, будь-які зміни у психічному і психологічному стані ВІЛ-інфікованого необхідно розглядати комплексно, з урахуванням усіх факторів впливу – труднощі у сприйнятті нового статусу, реакція на поведінку оточуючих, проблеми, пов'язані з об'єктивними змінами у стані здоров'я, тощо.

Одним з важливих чинників серед вищевказаних є зовнішній вигляд пацієнта, зокрема поява уражень шкіри, пов'язаних з розвитком ВІЛ в організмі. Вони є найчастішим і раннім проявом ВІЛ-інфекції, тому посідають особливе місце серед багатьох її специфічних проявів, у тому числі опортуністичних захворювань [51, 56].

Втягнення шкіри в патологічний процес обумовлено як імунодефіцитом в цілому, так і розвитком місцевого імунодефіциту, викликаного зниженням кількості Т-лімфоцитів-хелперів, клітин Лангерганса, що відіграють важливу роль в дермальних імунологічних реакціях, а також загальним стоншенням шкіри і зменшенням кількості шарів епідермісу [41, 52, 54]. При прогресуванні ВІЛ-інфекції ураження шкіри і слизових оболонок може зменшуватися, а згодом з'являтися знову, утворюючи різноманітні, складні для діагностики і лікування поєднання [32, 37].

Враховуючи частоту, ранню появу від моменту інфікування, а в багатьох випадках досить високу специфічність ураження шкіри у ВІЛ-інфікованих, важливе діагностичне значення має ретельний огляд шкіри та слизових оболонок. В окремих випадках уже на ранніх стадіях розвитку хвороби (через 3–4 тиж після зараження) на шкірі хворого може з'явитися гостра висипка з окремими еритематозними плямами і папулами [35, 47, 51].

З прогресуванням імунодефіциту шкірні прояви набувають більшого поширення й агресивного перебігу, з відмінними від класичних клінічними характеристиками, особливо в термінальній стадії захворювання за відсутності адекватної терапії [49]. Ураження шкіри може бути викликане злоякісними новоутвореннями, інфекційним ураженням та запальними процесами. Найчастішими причинами змін шкіри є грибок та вірусне ураження, зміни судин, піодермія і папулозний висип.

З грибкових захворювань найчастіше спостерігають кандидоз, руброфітію, різнокольоровий лишай і себорейний дерматит [1, 49]. Інші мікози зустрічаються

значно рідше. Для грибкових захворювань при ВІЛ-інфекції характерні: атипова клінічна картина, ураження осіб молодого віку, особливо чоловіків; швидка генералізація з формуванням великих вогнищ; у більшості випадків – тривалий рецидивуючий перебіг і стійкість до лікування. Часто при цьому розвивається ураження слизової оболонки рота і статевих органів [4].

Вірусні ураження шкіри – досить велика і різноманітна група захворювань, що розвиваються навіть при незначних проявах імунодефіциту. Найчастіше вони викликані представниками групи *Herpesviridae* та *Papillomaviridae* [43, 46]. Як і грибкові інфекції, вірусні ураження у ВІЛ-інфікованих тривають значно довше, ніж зазвичай, мають високу резистентність до лікування. При цьому, якщо навіть раніше пацієнта не обстежували з метою виявлення ВІЛ-інфекції, саме тривалий перебіг деяких захворювань – оперізуючого герпесу (із стійким больовим синдромом, рубцевими змінами, або такий, що виходить за межі одного дерматому), контагіозного молоска, волосистої лейкоплакії язика – за відсутності провокуючих захворювань та імуносупресивної терапії може бути індикатором ВІЛ-інфекції [26]. Водночас встановлення етіології захворювання утруднене через атиповість клінічної картини і тривалий період безсимптомної персистенції [58].

Порушення проникності судин і тромбоцитопенія, які часто виявляють у ВІЛ-інфікованих, призводять до появи геморагічного висипу, телеангієктазій та еритематозних плям по всьому тілу.

Піодермія при ВІЛ-інфекції – явище дуже поширене, викликане зазвичай поєднанням стафілококової і стрептококової флори, а тривалий хронічний перебіг піококового процесу може бути маркером інфікування ВІЛ. При цьому зовнішній вигляд шкіри є додатковим психотравмуючим фактором через ерозивно-виразкові та рубцеві зміни, часто локалізовані на відкритих ділянках [16].

Плямисто-папульозний висип – ураження шкіри у ВІЛ-інфікованих, що часто виникає на ранніх стадіях захворювання і вважається своєрідною реакцією шкіри на інфікування. Висип має поширений характер, виглядає як дрібні елементи рожевого кольору, часто з тенденцією до злиття, зазвичай супроводжується легким свербінням, локалізується в основному на верхній половині тулуба, шиї та обличчя; дистальні відділи кінцівок уражуються зрідка. У більшості випадків висип поєднується з іншими проявами первинної ВІЛ-інфекції [22].

З неопластичних захворювань, які можна виявити у ВІЛ-інфікованих, найбільш характерна саркома Капоші (СК), викликана вірусом простого герпесу 8-го типу. Прояви її дуже типові та специфічні для імунодефіцитного стану, що дозволило вважати СК СНІД-індикаторним захворюванням [42]. Без ВІЛ-інфекції СК розвивається дуже зрідка, уражує переважно шкіру нижніх кінцівок у людей похилого віку і має доброякісний перебіг, однак у хворих на ВІЛ-інфекцію вона розвивається швидко й може уражати шкіру, лімфатичні вузли та внутрішні органи. Найчастіше первинні елементи пухлини розташовуються на голові, шиї, верхній частині тулуба та статевих органах у вигляді плямисто-вузлуватого висипу пурпурового або фіолетового забарвлення, змінюючи і деформуючи зовнішній вигляд хворого [36].

Інфікування ВІЛ у переважній кількості випадків (від 80 до 92 %) супроводжується оральними змінами [31, 34]. Вони мають значну діагностичну цінність, оскільки дозволяють легше і з більш високим ступенем достовірності уточнити ступінь ураження організму вірусом імунодефіциту. При цьому ВІЛ-асоційовані ураження тканин пародонту зустрічаються з частотою понад 80 %. Через вірус і велику кількість лейкоцитів використання ротової рідини є найбільш перспективним напрямом розвитку методів неінвазивної діагностики ВІЛ-інфекції [44].

Таким чином, ВІЛ-інфекції властиві різноманітні прояви шкірних захворювань. Деякі з них через високу специфічність належать до СНІД-індикаторних. Особливо важливо звертати увагу на поєднання шкірних елементів із загальними симптомами – слабкістю, тривалою лихоманкою, лімфаденопатією, діареєю, невмотивованою втратою маси тіла [35].

Поширення шкірних проблем і легкість їх візуального виявлення є важливою проблемою для хворих на ВІЛ, адже посилюється страх розкриття статусу, відмінності у зовнішньому вигляді створюють психологічний дискомфорт, можуть знижувати самооцінку, призводити до усамітнення і десоціалізації пацієнта [24]. Це потребує уважного ставлення лікаря для своєчасного виявлення і корекції порушень психологічного статусу пацієнта.

Психічні розлади, що виникають у ВІЛ-інфікованих, умовно можна розподілити на дві великі групи: пов'язані з реакцією особи на сам факт захворювання та ті, що виникли в результаті органічного ураження головного мозку [25, 38].

Психологічна реакція на виявлення інфікування ВІЛ має дві складові – первинна реакція, яка виникає відразу після отримання результату дослідження на ВІЛ. Вона має певну стадійність і зазвичай людина з початково стабільним психологічним станом переживає декілька етапів: заперечення, гнів, торг, депресію. Від заперечення можливості інфікування психологічний стан пацієнта змінюється до погіршення ставлення до здорових оточуючих, до самого себе, з'являється почуття провини, думки про самогубство. Потім людина думає про різноманітні шляхи усунення розвитку хвороби – зміна способу життя, нетрадиційні методи лікування тощо. Усвідомлення невиліковності хвороби і змін, пов'язаних з подальшим життям, викликають депресію, відмову від боротьби і навіть виконання повсякденних справ. Після переживання цього етапу формується думка, за якої у свідомості людини встановлюється баланс між усвідомленням нового стану та можливостями майбутнього життя [23, 25].

Подальша реакція залежить від того, наскільки повно пройшла трансформація фаз первинної реакції у самого пацієнта, а також від зовнішніх чинників, серед яких ставлення суспільства, медичних працівників, родичів та друзів пацієнта. Недостатність знань про ВІЛ і соціальна несправедливість призводять до депривації ВІЛ-позитивних осіб [13, 17]. Психологічний стрес внаслідок невиліковної хвороби, який триває довго, у поєднанні з рештою проблем значно ускладнює життя пацієнтів, особливо тих, які до появи ВІЛ-інфекції мали психологічні, психічні або невротичні розлади. Взагалі проблема емоційного стресу – одна з найважливіших, яку вивчає сучасна медицина [29]. Більшість населення, особливо у великих містах, в яких за статистикою реєструють найвищу кількість ВІЛ-інфікованих, постійно піддається впливу психогенних факторів – соціальної нестабільності, зміни економічних та політичних процесів, погіршення стану навколишнього середовища тощо [9].

Крім вищезазначених факторів, актуальною для ВІЛ-інфікованих є стигматизація суспільства, особливо виражена у деяких країнах, в тому числі і в Україні. Її поява спричинена багатьма факторами, серед яких основну роль відіграє низька обізнаність громадян у питаннях, пов'язаних з ВІЛ [3]. В результаті переживань з приводу реальних і уявних проблем – розголошення статусу, можливої втрати роботи, місця у соціумі, страхів, пов'язаних з можливістю ранньої смерті, інфікуванням близьких, а також за відсутності достатньої державної підтримки і медичного забезпечення виникає нагальна потреба у корекції психоемоційного стану пацієнта. Для цього лікареві необхідно володіти навичками психологічної діагностики і вивчати індивідуально-психологічні особливості пацієнта [6, 14, 48].

Найчастіше у ВІЛ-інфікованих діагностують іпохондрію, тривожні та депресивні розлади, реактивні психотичні стани, посттравматичні стресові розлади, шизофреноформний психоз. Ці варіанти функціональних психічних порушень можуть супроводжуватися панікою, анорексією, безсонням, почуттям безвиході. Негативні емоції пацієнти нерідко спрямовують на лікарів і близьке оточення, друзів та колег, створюючи штучне дистанціювання хворого. Тривожні розлади можуть посилюватися необхідністю обговорювати інтимні сторони життя та включати ряд застережень і обмежень [28, 48, 55].

Постійне надмірне психологічне напруження призводить до формування у ЦНС вогнища застійного збудження і, як наслідок, гіперактивації нейровегетативних механізмів. Результатом стає розвиток порушень соматичних функцій [20, 27].

Друга група розладів психіки у ВІЛ-інфікованих є результатом безпосереднього впливу вірусу на організм або опосередкованого – через розвиток опортуністичних інфекцій. Незважаючи на успіхи у лікуванні ВІЛ-інфекції та охоплення АРТ значної кількості пацієнтів, різноманітні ураження ЦНС залишаються важливою медичною проблемою і одним з найчастіших проявів захворювання [21, 30, 39].

Під дією вірусу імунодефіциту в ЦНС можуть виникати різноманітні розлади – від безсимптомних, які можна виявити лише за допомогою спеціальних тестів, до дементного синдрому [12, 40]. Ступінь розвитку когнітивних порушень до значної міри залежить від тривалості захворювання та ступеня імунодефіциту і з часом може призводити до інвалідизації хворого, проте найбільше вони впливають на пацієнта в період, коли збережена критичність до сприйняття свого стану.

Опортуністичні інфекції, що уражують ЦНС, значно обтяжують перебіг основного захворювання і у багатьох випадках є загрозою життю пацієнта. Найчастіше це відбувається у випадках, коли розвинувся значний імунодефіцит. Опортуністичні захворювання ЦНС потребують тривалого лікування та реабілітації, але навіть при сприятливому наслідку хвороби мають місце залишкові зміни різного ступеня тяжкості [5, 18].

Таким чином, ми вважаємо, що проведення психологічних досліджень у ВІЛ-інфікованих, особливо з видимими ураженнями шкіри, може запобігти деструктивному впливу захворювання і пов'язаних з ним факторів на життя як окремих людей, так і суспільства в цілому, адже своєчасне виявлення проблеми і її адекватна корекція сприятимуть покращанню якості життя і пацієнта, і його оточуючих.

У багатьох випадках пацієнти приховують зміни свого психологічного стану, в тому числі депресивну симптоматику, тоді як при звичайному обстеженні також не виявляють маловиражених психічних порушень [53]. Однак це може впливати на якість результатів дослідження, найкращим варіантом для фіксації розвитку змін в емоційній та інтелектуальній сферах є застосування нейропсихологічних методик у динаміці [33].

Для підвищення ефективності лікувальних заходів необхідна система оцінювання виявлених психічних і психологічних змін, тому вчені намагаються ранжувати психічні порушення, що виникають на ранніх етапах розвитку хвороби після інфікування ВІЛ [7]. Нині завдяки впровадженню АРТ ВІЛ-інфекцію не вважають смертельно небезпечним захворюванням, проте стрес, до якого призводить її виявлення, спонукає людину до значного переосмислення подальшого життя, в результаті чого формується нове сприйняття сенсу життя та свого місця у суспільстві [3].

Проведені дослідження показали, що існує різниця у сприйнятті змін у стані здоров'я у інтро- та екстравертів. Інтроверти, хворі на ВІЛ-інфекцію, гірше справляються із стресовими ситуаціями, зазвичай мають вищий ступінь психічних розладів і ригідні до терапевтичних заходів. Від адаптивних можливостей організму залежить як тип реакції, так і результат лікування та прогноз на подальше життя. Таким чином, основою психопатологічних реакцій при ВІЛ-інфекції є варіанти стресової реакції особистості на факт захворювання [33]. Однак природно, що чим більший вплив зовнішніх факторів, тим вищою є вірогідність розвитку відхилень, адже стрес є результатом невідповідності можливостей організму та вимог, які до нього висувають. Тому група хворих з ураженням шкіри є групою підвищеного стресового ризику і потребує особливої уваги з боку лікарів для своєчасного моніторингу психологічного статусу.

**Висновки.** 1. Дерматологічні прояви ВІЛ-інфекції включають різноманітні захворювання, які на фоні імунодефіциту мають тяжкий клінічний перебіг. Знання особливостей ураження шкіри як одного з перших проявів інфікування ВІЛ необ-

хідне не лише інфекціоністам і дерматологам, а й лікарям загальної практики та сімейним лікарям, бо дозволяє своєчасно виявляти ВІЛ-інфікованих і розпочинати лікування. 2. Психологічні особливості організму, стан ВНС та поєднання зовнішніх факторів формують адаптаційні реакції людини у стані стресу, який, в свою чергу, є цілісним інтегральним станом. У ВІЛ-інфікованих більш виражені негативні психологічні параметри, значний вплив зовнішніх стресових факторів, що призводить до зниження у них адаптаційних можливостей організму. 3. Таким чином, необхідно проводити ретельний збір анамнезу хворих та використовувати психодіагностичні і психофізіологічні методи для виявлення когнітивних порушень та психоемоційних розладів, що дозволить повніше і якісніше оптимізувати медикаментозну корекцію цих порушень.

#### Список літератури

1. *Актуальні питання дерматології, венерології і ВІЛ/СНІД інфекції*: Зб. наук. праць. – Х.: Изд-во «С.А.М.», 2013. – 402 с.
2. *Барішева О. І.* Психологічний супровід ВІЛ-інфікованих: цілі, завдання та зміст діяльності психолога // *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Сер. 12: Психологічні науки.* – 2012. – Вип. 38. – С. 162–170. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_012\\_2012\\_38\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2012_38_25).
3. *Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции – 2012. – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
4. *Беляков Н. А.* Вирус иммунодефицита человека – медицина / Под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахманова. – СПб: Балт. мед. образоват. центр, 2010. – 752 с.
5. *Беляков Н. А., Медведев С. В., Трофимова Т. Н.* и др. Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции // *Вестн. Рос. АМН.* – 2012. – № 9. – С. 4–12.
6. *Бородкина О. Д.* Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания (типология, динамика, реабилитация) : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск: Психиатрия, 2005. – 181 с.
7. *ВИЧ-инфекция и СПИД*: Нац. руководство / Под ред. В. В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
8. *ВІЛ-інфекція в Україні*: інформац. бюл. № 48. – К., 2017. – 39 с. – <http://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/be9c07b2fdcd077045761e95d0d82a6.pdf>
9. *Георгиева Л., Марциновская В., Кузин И.* и др. Глобальное влияние эпидемии ВИЧ-инфекции: социально-демографические и медицинские аспекты // *Профілакт. медицина.* – 2016. – Вып. 26, № 1–2. – С. 25–32.
10. *Гойдик В. С., Ковтунович Л. І., Гойдик Н. С.* та ін. Актуальні проблеми у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в Одеській області та шляхи їх подолання // *Журн. НАМН України.* – 2016. – Т. 22, № 1. – С. 87–92. – [http://nbuv.gov.ua/UJRN/jnamnu\\_2016\\_22\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/jnamnu_2016_22_1_11)
1. *Aktual'ni pitannya dermatologii, venerologii, i VIL/SNID infekcii*: Zb. nauk. prac'. – H.: Izd-vo «S.A.M.», 2013. – 402 p.
2. *Barisheva O. I.* Psihologichnij suprovod VIL-infikovanih: cili, zavdannya ta zmist diyal'nosti psihologa // *Nauk. chasopis NPU im. M. P. Dragomanova. Ser. 12: Psihologichni nauki.* – 2012. – Vip. 38. – P. 162–170. – [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_012\\_2012\\_38\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2012_38_25)
3. *Bartlett Dzh., Gallant Dzh., Fam P.* Klinicheskie aspekty VICH-infekcii – 2012. – M.: R. Valent, 2012. – 528 p.
4. *Belyakov N. A.* Virus immunodeficitu cheloveka – medicina / Pod red. N. A. Belyakova, A. G. Rahmanova. – SPb: Balt. med. obrazov. centr, 2010. – 752 p.
5. *Belyakov N. A., Medvedev S. V., Trofimova T. N.* i dr. Mekhanizmy porazheniya golovnogo mozga pri VICH-infekcii // *Vestn. Ros. AMN.* – 2012. – № 9. – P. 4–12.
6. *Borodkina O. D.* Pogranichnye nervno-psihiicheskie rasstrojstva u bol'nyh s VICH-infekciej na latentnoj stadii zabolevaniya (tipologiya, dinamika, reabilitacija) : Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk: Psihiatriya, 2005. – 181 p.
7. *VICH-infekciya i SPID*: Nac. rukovodstvo / Pod red. V. V. Pokrovskogo. – M.: GEOTAR-Media, 2013. – 608 p.
8. *VIL-infekciya v Ukraïni*: informac. byul. № 48. – K., 2017. – 39 p. – Rezhim dostupu: <http://phc.org.ua/uploads/documents/c21991/be9c07b2fdcd077045761e95d0d82a6.pdf>
9. *Georgieva L., Marcinovskaya V., Kuzin I.* i dr. Global'noe vliyanie epidemii VICH-infekcii: social'no-demograficheskie i medicinskie aspekty // *Profilakt. medicina.* – 2016. – Vyp. 26, № 1–2. – P. 25–32.
10. *Gojdik V. S., Kovtunovich L. I., Gojdik N. S.* ta in. Aktual'ni problemi u borot'bi z epidemicyu VIL-infekcii v Odes'kij oblasti ta shlyahi ih podolannya // *Zhurn. NAMN Ukraïni.* – 2016. – T. 22, № 1. – S. 87–92. – [http://nbuv.gov.ua/UJRN/jnamnu\\_2016\\_22\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/jnamnu_2016_22_1_11)

11. Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Шухтін В. В., Гоженко А. І. Епідеміологія ВІЛ-інфекцій в Одеській області: монографія. – Одеса: Фенікс, 2016. – 84 с.
12. Гойдык В. С., Гойдык Н. С., Григорьева И., Шухтин В. В. Позитивная книга. 50 вопросов и ответов, которые нужно знать каждому // МБФ «Альянс общественного здоровья», 2017. – 128 с.
13. Дикий Б. М., Грижак І. Г., Пришляк О. Я. та ін. Структура уражень нервової системи у ВІЛ-інфікованих осіб // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 2. – С. 19–23.
14. Євтушенко С. К., Єфіменко О. М. Прояви ураження нервової системи у ВІЛ-інфікованих і стратегія подальшого спостереження // Міжнар. неврол. журн. – 2015. – Вип. 74, № 4. – С. 20–26.
15. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України // Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2013. – Вип. 22, № 4. – С. 129–135.
16. Козько В. М., Юрко К. В., Бондаренко А. В. та ін. Поширеність ВІЛ-інфекції серед хворих із ВІЛ-індикаторними захворюваннями // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісн. укр. мед. стоматологічної академії. – 2012. – Т. 12, Вип. 39, № 3. – С. 57–59.
17. Ланга А. П. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Р/на Дону: Общая психология, психология личности, история психологии, 2006. – 36 с.
18. Леви Д. Э. ВИЧ и патогенез СПИДа: Монография / Пер. с англ. 3-го издания Е. А. Монастырской. – М.: Науч. мир, 2010. – 736 с.
19. Либман Г., Макадон Х. Дж. ВИЧ-инфекция / Под ред. А. И. Мазус, Т. П. Бессараб: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 556 с.
20. Лузанова И. М., Сергеев А. И., Калинин Е. Ю. Правовые проблемы ВИЧ-инфицированных пациентов // Буков. мед. вісн. – 2013. – Т. 17, Вип. 68, № 4. – С. 223–225.
21. Мальный В. П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. – М.: Эксмо, 2009. – 672 с.
22. Марієвський В. Ф., Доан С. І. Визначення перспективних напрямків протидії ВІЛ-інфекції у сучасній епідемічній ситуації // Інфек. хвороби. – 2013. – № 4. – С. 17–22.
23. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
11. Gojdik N. S., Gojdik V. S., Shuhtin V. V., Gozhenko A. I. Epidemiologiya VIL-infekcij v Odes'kij oblasti: monografiya. – Odesa: Feniks, 2016. – 84 p.
12. Gojdyk V. S., Gojdyk N. S., Grigor'eva I., Shuhtin V. V. Pozitivnaya kniga. 50 voprosov i otvetov, kotorye nuzhno znat' kazhdomu // MBF «Al'yans obshchestvennogo zdorov'ya», 2017. – 128 p.
13. Dikij B. M., Grizhak I. G., Prishlyak O. Ya. ta in. Struktura urazhen' nervovoi sistemi u VIL-infikovanih osib // Infekcijni hvorobi. – 2014. – № 2. – P. 19–23.
14. Evtushenko S. K., Efimenko O. M. Proyavi urazhennya nervovoi sistemi u VIL-infikovanih i strategiya podal'shogo sposterzhennya // Mizhnar. nevrol. zhurn. – 2015. – Vip. 74, № 4. – P. 20–26.
15. Kal'chenko A. M. Ocinka rivniv stigmatizacii ta diskriminacii VIL-infikovanih ta hvorih na SNID sered pracivnikiv likuval'no-profilaktichnih ustanov Ukraïni // Zb. nauk. prac' spivrobotnikiv NMAPO im. P. L. Shupika. – 2013. – Vip. 22, № 4. – P. 129–135.
16. Koz'ko V. M., Yurko K. V., Bondarenko A. V. ta in. Poshirenist' VIL-infekcii sered hvorih iz VIL-indikatornimi zahvoryuvannyami // Aktual'ni problemi suchasnoi medicini: visn. ukr. med. stomatologichnoi akademii. – 2012. – T. 12, Vip. 39, № 3. – P. 57–59.
17. Langa A. P. Individual'no-psihologicheskie osobennosti VICH-inficirovannyh: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – R/na Donu: Obshchaya psihologiya, psihologiya lichnosti, istoriya psihologii, 2006. – 36 p.
18. Levi D. E. VICH i patogenez SPIDA: Monografiya / Per. s angl. 3-go izdaniya E. A. Monastyrskoj. – M: Nauch. mir, 2010. – 736 p.
19. Libman G., Makadon Ch. Dzh. VICH-infekciya / Pod red. A. I. Mazus, T. P. Bessarab: Per. s angl. – M.: GEOTAR-Media, 2012. – 556 p.
20. Luzanova I. M., Sergeev A. I., Kalinina E. Yu. Pravovye problemy VICH-inficirovannyh pacientov // Bukov. med. visn. – 2013. – T. 17, Vip. 68, № 4. – P. 223–225.
21. Malyj V. P. VICH. SPID. Novejshij medicinskij spravochnik. – M.: Eksmo, 2009. – 672 p.
22. Mariyevskij V. F., Doan S. I. Vznachennya perspektivnih napryamkiv protidii VIL-infekcii u suchasnij epidemichnij situacii // Infek. hvorobi. – 2013. – № 4. – P. 17–22.
23. Mendeleovich V. D. Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: Prakt. rukovodstvo. – M.: MEDpress, 2001. – 592 p.

24. Москалюк В. Д., Меленко С. Р. ВІЛ-інфекція/СНІД. – Чернівці: Вид-во Буков. держ. мед. ун-ту, 2012. – 190 с.
25. Показатель уровня стигмы ЛЖВ – Индекс Стигмы: Аналитический отчет по результатам исследования. – К.: Инжиниринг, 2011. – 89 с.
26. Полянський Д. А., Калинин В. В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных // Соц. и клин. психиатрия. – 2010. – № 4. – С. 135–141.
27. Пурденко Т. Й., Іленко Н. В., Островська Л. Й. та ін. Стан вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісн. укр. мед. стоматологічної академії. – 2014. – Вип. 46, № 2. – С. 46–49.
28. Пшук Н. Г. Оптимізація терапії вегетативних розладів // НейроNews. – 2009. – Вип. 16, № 5. – С. 15–18.
29. Сергеева Т., Круглов Ю., Максименко О. та ін. Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій // Клін. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2016. – Вип. 93, № 4. – С. 18–28.
30. Страшко С. В., Животовська Л. А., Гречишкіна О. Д. та ін. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу: Навч.-метод. посібник / За ред. С. В. Страшка. – 2-ге вид. – К.: Освіта України, 2006. – 260 с.
31. Суржанський С. К., Трофимець Е. К., Агафонова Г. Ю. і др. Особенности стоматологического статуса у ВИЧ-позитивных пациентов // Вісн. стоматології. – 2003. – № 3. – С. 15–17.
32. Фролова О. В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями // Казан. педагог. журн. – 2009. – № 9–10. – С. 104–112.
33. Чуприков А. П., Лобанов С. О. Психологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі // Мед. всесвіт: спецвипуск з проблем ВІЛ/СНІД. – 2003. – Т. 3, № 1. – С. 106–111.
34. Шатохин А. И., Ермак Т. Н. Поражённость оппортунистическими инфекциями челюстно-лицевой области больных ВИЧ/СПИД в эру высокоактивной антиретровирусной терапии // Инфекционные болезни. – 2012. – № 2. – С. 75–78.
35. Шухтин В. В. Дерматологическое проявление острой ВИЧ-инфекции // Общая патология и патофизиология. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 162–164.
36. Шухтин В. В., Гойдык В. С., Толстоног С. В. и др. Саркома Капоши – как дерматологическое проявление терминаль-
24. Moskalyuk V. D., Melenko S. R. VIL-infekciya/SNID. – Chernivci: Vid-vo Bukov. derzh. med. un-tu, 2012. – 190 p.
25. Pokazatel' urovnya stigmy LZHV – Indeks Stigmy: Analiticheskij otchyot po rezul'tatam issledovaniya. – K.: Inzhiniring, 2011. – 89 p.
26. Polyanskiy D. A., Kalinin V. V. Problema psichicheskikh rasstrojstv u VICH-inficirovannyh bol'nyh // Soc. i klin. psichiatriya. – 2010. – № 4. – P. 135–141.
27. Purdenko T. J., Ilenko N. V., Ostrovs'ka L. J. ta in. Stan vegetativnogo ta psihoemocijnogo statusu VIL-infikovanih osib // Aktual'ni problemi suchasnoï medicini: Visn. ukr. med. stomatologichnoï akademii. – 2014. – Vip. 46, № 2. – P. 46–49.
28. Pshuk N. G. Optimizaciya terapiï vegetativnih rozladiv // NejrNews. – 2009. – Vip. 16, № 5. – P. 15–18.
29. Sergeeva T., Kruglov Yu., Maksimenok O. ta in. Epidemiologichni aspekti social'no znachushchih infekcij // Klin. imunologiya. Alergologiya. Infektologiya. – 2016. – Vip. 93, № 4. – P. 18–28.
30. Strashko S. V., Zhivotovs'ka L. A., Grechishkina O. D. ta in. Social'no-prosvitnic'ki treningi z formuvannya motivacii do zdorovogo sposobu zhittya ta profilaktiki VIL/SNIDu: Navch.-metod. posibnik / Za red. S. V. Strashka. – 2-ge vid. – K.: Osvita Ukraïni, 2006. – 260 p.
31. Surzhanskij S. K., Trofimec' E. K., Agafonova G. Yu. i dr. Osobennosti stomatologicheskogo statusa u VICH-pozitivnyh pacientov // Visn. stomatologii. – 2003. – № 3. – P. 15–17.
32. Frolova O. V. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh hronicheskimi somaticheskimi zabollevaniyami // Kazan. pedagog. zhurn. – 2009. – № 9–10. – P. 104–112.
33. Chuprikov A. P., Lobanov S. O. Psihologichni porushennya, shcho sposterigayut'sya pri VIL-infikuvanni ta SNIDi // Med. vsesvit: specvipusk z problem VIL/SNID. – 2003. – T. 3, № 1. – P. 106–111.
34. Shatohin A. I., Ermak T. N. Porazhennost' oportunisticheskimi infekciyami chelyustno-licevoj oblasti bol'nyh VICH/SPID v eru vysokoaktivnoj antiretrovirusnoj terapii // Infekcionnye bolezni. – 2012. – № 2. – P. 75–78.
35. Shuhtin V. V. Dermatologicheskoe proyavlenie ostroj VICH-infekcii // Obshchaya patologiya i patofiziologiya. – 2011. – T. 6, № 1. – P. 162–164.
36. Shuhtin V. V., Gojdyk V. S., Tolstonog S. V. i dr. Sarkoma Kaposhi – kak dermatologicheskoe proyavlenie terminal'noj stadii VI-

- ной стадії ВІС-інфекції // Дерматологія та венерологія. – 2013. – Вип. 59, № 1. – С. 92–96.
37. Шухтін В. В., Гойдик В. С., Насібуллін Б. А. та ін. Характер морфологічних змін шкіри та слизової оболонки у хворих з ВІЛ/СНІДом // Укр. журн. дерматології, венерології та косметології. – 2013. – Вип. 49, № 2. – С. 60–64.
38. Яковлев Н. А., Жулєв Н. М., Слюсарь Т. А. НейроСПІД. Неврологические расстройства при ВІС-інфекції/СПІДе: Учеб. пособие. – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 278 с.
39. Buchacz K., Baker R. K., Palella F. J. Jr. et al. AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994–2007: A cohort study // AIDS. – 2010. – Vol. 24. – P. 1549–1559.
40. Ellis R., Langford D., Masliah E. HIV and antiretroviral therapy in the brain: neuron injury and repair // Nat. Rev. Neurosci. – 2007. – N 8. – P. 33–44.
41. Favarato G. K., Silva A. C., Oliveira L. F. et al. Skin in patients with acquired immunodeficiency syndrome // Ann. of Diagnostic Pathology. – 2016. – Vol. 24. – P. 35–39.
42. Gbabe O. F., Okwundu C. I., Dedicoat M. et al. Treatment of severe or progressive Kaposi's sarcoma in HIV-infected adults // Cochrane Data base Syst. Rev. – 2014. – N 8. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25313415>
43. Gouveia A. I., Borges-Costa J., Soares-Almeida L. et al. Herpes simplex virus and cytomegalovirus co-infection presenting as exuberant genital ulcer in a woman infected with human immunodeficiency virus // Clin. Exp. Dermatol. – 2014. – Vol. 39, N 8. – P. 915–917. – doi: 10.1111/ced.12453
44. Goydyk V. S., Goydyk N. S., Shukhtin V. V., Gozhenko A. I. Changes in cellular composition of saliva of patients with HIV infection // J. of Health Sciences. – 2013. – Vol. 3, N 4. – P. 205–216.
45. Hall J. C., Hall B. J., Cockerell C. J. HIV/AIDS in the post-HAART era: Manifestations, treatment, and epidemiology / Editors C. J. Cockerell – Shelton, CT, USA: People's Medical Publishing House. – USA, 2011. – 1019 p.
46. Hu Y., Qian H. Z., Sun J. et al. Anal human papillomavirus infection among HIV-infected and uninfected men who have sex with men in Beijing // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. – 2013. – Vol. 64, N 1. – P. 103–114.
47. Kelley J. C., Barbour J., Hect F. There lation between symptoms, viral load, and viral load set point in primary HIV-infection // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. – 2007. – Vol. 45, N 1. – P. 445–448.
48. Maia A., Gomes H., Goncalves M. Relationship Between HIV and Depressive Symptomatology in Patients From Northern Portugal: Analysis of Individual, Health, and Social Predictors // J. of the Association of Nurses in AIDS Care. – 2017. – [http://www.nursesinaidscarejournal.org/article/S1055-3290\(17\)30234-0/fulltext](http://www.nursesinaidscarejournal.org/article/S1055-3290(17)30234-0/fulltext). – DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.09.006>
49. Motswaledi M. H., Visser W. The spectrum of HIV-associated infective and inflammatory dermatoses in pigmented skin // Dermatol. Clin. – 2014. – Vol. 32, N 2. – P. 211–225. – DOI: 10.1016/j.det.2013.12.006
50. Nakagawa F., Lodwick R. K., Smith C. J. et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis // AIDS. – 2012. – Vol. 26, N 3. – P. 335–343.
51. Rane R. S., Agrawal P. B., Kadgi N. V. et al. Histopathological study of cutaneous manifestation in HIV and AIDS patient // Int. J. Dermatol. – 2014. – Vol. 53, N 6. – P. 746–751. – DOI: 10.1111/ijd.12298
52. Rocha L., Silva R., Olegário J. et al. Esophageal epithelium of women with AIDS: thickness and local immunity // Pathol. Res. Pract. – 2010. – Vol. 206. – P. 248–252.
53. Rodkjaer L., Chesney M. A., Lomborg K. et al. HIV-infected individuals with high coping self-efficacy are less likely to report depressive symptoms: a cross-sectional study from Denmark // International J. of Infectious Diseases. – 2014. – Vol. 22. – P. 67–72. – DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2013.12.008>
54. Silva R. B., Rocha L. P., Faria H. A. et al. Morphological and immunological changes in the skin of autopsied women with AIDS // Virchows Arch. – 2012. – Vol. 461. – P. 449–455.
- СН-інфекції // Dermatologiya ta venerologiya. – 2013. – Vip. 59, № 1. – P. 92–96.
37. Shuhtin V. V., Gojdik V. S., Nasibullin B. A. ta in. Harakter morfologichnih zmin shkiri ta slizovoї obolonki u hvorih z VIL/SNIDom // Ukr. zhurn. dermatologii, venerologii ta kosmetologii. – 2013. – Vip. 49, № 2. – P. 60–64.
38. Yakovlev N. A., Zhulyov N. M., Slyusar' T. A. NeiroSPID. Nevrologicheskie rasstrojstva pri VICH-infekcii/SPIDe: Ucheb. posobie. – M.: Med. inform. agentstvo, 2005. – 278 p.

55. *Stutterheim S. E., Brands R., Baas I. et al. HIV Status Disclosure in the Workplace: Positive and Stigmatizing Experiences of Health Care Workers Living with HIV // J. of the Association of Nurses in AIDS Care. – 2017. – Vol. 28 (Issue 6). – P. 923–937.*
56. *Tschachler E. The dermatologist and the HIV/AIDS pandemic // Clinics in Dermatology. – 2014. – Vol. 32 (Issue 2). – P. 286–289.*
57. *Volberding P. A., Greene W. C., Gallant J. E. et al. Sande's HIV/AIDS medicine: Medical management of AIDS / J. E. Gallant (Editors). – Elsevier, 2011. – 580 p.*
58. *Winsett Robert E., Day Holly M., Anstead Gregory M. No light at the end of the tunnel an unfortunate case of varicella-associated progressive outer retinal necrosis in a patient with neglected HIV infection // ID Cases. – 2016. – Vol. 6. – P. 97–99.*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*В. В. Шухтин, В. С. Гойдык, Н. С. Гойдык,  
О. А. Герасименко, В. О. Цыбуля (Одесса)*

В статье проанализировано современное состояние информации о кожных заболеваниях у ВИЧ-инфицированных, о психологических расстройствах, которые возникают у них, и факторов, вызывающих стресс. ВИЧ-инфекция, несмотря на успехи в лечении, в нашей стране остаётся одной из актуальных проблем. Сохраняется также высокий уровень негативного отношения к ВИЧ-инфицированным. У больных ВИЧ-инфекцией имеет место повышенный уровень стрессовой нагрузки с момента установления диагноза. Дополнительно оказывают негативное влияние изменения во внешности, вызванные кожными заболеваниями. Следствием этого является высокая частота развития психоэмоциональных нарушений, нуждающихся в коррекции. Таким образом, врачи, которые оказывают помощь ВИЧ-инфицированным, должны иметь знания о диагностике психологического состояния, в том числе депрессивных расстройств, для своевременного оказания специализированной помощи и снижения уровня негативных реакций.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция; заболевания кожи; психоэмоциональные нарушения.

PSYCHOEMOTIONAL STATE  
OF HIV-INFECTED PATIENTS  
WITH DERMATOLOGICAL PATHOLOGY

*V. V. Shukhtin<sup>2</sup>, V. S. Goydyk<sup>2</sup>, N. S. Goydyk<sup>1</sup>,  
O. A. Gerasimenko<sup>2</sup>, V. O. Tsybulya<sup>1</sup> (Odessa, Ukraine)*

<sup>1</sup>GP “Ukrainian Scientific Research Institute of Transport Medicine  
of the Ministry of Health of Ukraine”; <sup>2</sup>Odessa National Medical University

The article analyzes the current state of information on skin diseases in HIV-infected patients, the psychological disorders that they have, and the factors that cause stress. HIV infection, despite all the successes in treatment, remains among the most urgent problems in our country. Also at a significant level is the level of negative attitude towards HIV-infected people. Patients with HIV infection have an increased level of stress load from the moment of diagnosis. An additional burden is changes in the appearance caused by skin diseases. The consequence of this is a high frequency of development of psychoemotional disorders, which need correction. Thus, doctors who work with HIV-infected people, should have the principles of diagnosing the psychological state, including depressive disorders, for the timely provision of specialized care and reducing the level of negative reactions.

**Key words:** HIV infection; skin diseases; psycho-emotional disorders.