

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Е.В. Бачило

Центр психического здоровья и неврологии «Сфера»

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на конец 2017 года в мире насчитывалось около 36,9 миллионов человек, живущих с ВИЧ, при этом вновь заразившихся насчитывалось 1,8 миллиона человек. Также, согласно данным ВОЗ женщины детородного возраста являются наиболее быстрорастущей популяцией ВИЧ+ в мире и 1,49 миллионов детей ежегодно рождаются от серопозитивных матерей [4]. Глобальный охват антиретровирусной терапией (АРТ) беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ, составляет 80% [7]. Несмотря на увеличившуюся доступность АРТ для беременных женщин, а также внедрение протоколов ведения с целью предотвращения передачи вируса от матери к плоду, существуют факторы, которые связаны с психическим здоровьем и способные потенциально снизить качество терапии, качество жизни беременных и их психическое состояние. У ВИЧ-инфицированных беременных отмечается высокая частота сопутствующих социально-значимых и инфекционных заболеваний, включая алкоголизм и различные психические расстройства [16]. Также, актуальность проблемы определяет тот факт, что ВИЧ-положительные женщины, начинающие антиретровирусную терапию во время беременности, имеют высокий риск пропуска визитов в медицинские учреждения и отказ от помощи, особенно после родов [18, 47]. При анализе 72 статей с участием 20 153 ВИЧ-инфицированных женщин, J.V.Nacheга и соавт. [44], также пришли к выводу, что приверженность к антиретровирусной терапии у этой категории пациентов было проблемной областью, особенно после родоразрешения. Только 73,5% беременных женщин достигали оптимальной приверженности к АРТ [44].

Несмотря на высокую актуальность рассматриваемой проблемы, данных, посвященных изучению психического здоровья беременных женщин, живущих с ВИЧ, крайне мало. В мире существует относительно небольшое количество исследований, в которых затрагиваются вопросы диагностики, клинической оценки состояния, ведения и терапии, реабилитационных мероприятий и профилактики

психических расстройств у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией. Обращаясь к отечественным источникам, посвященным вопросам психического здоровья этой категории пациенток, становится понятным, что эта проблема недостаточно освещена [1, 5, 6, 13], отсутствуют конкретные алгоритмы помощи (психиатрической, психотерапевтической). Вместе с тем, по оценкам целого ряда авторов, существует необходимость в анализе психического состояния ВИЧ инфицированных беременных, в изучении сложных конструктов и взаимовлияний клиничко-социальных, психосоциальных, демографических факторов на женщин в период беременности, а также их связь с приверженностью антиретровирусной терапии, продолжением получения медицинской помощи, передачей вируса от матери ребенку и разработке рекомендаций по ведению таких пациенток [18, 31, 34, 38, 47, 55].

Стоит отметить, что помимо факта наличия ВИЧ у беременной женщины, следует рассматривать сам факт беременности как особое состояние. Период беременности и послеродовый периоды общепризнанно являются периодами повышенного риска развития психических нарушений, а беременность и роды сами по себе – факторами, провоцирующими развитие уже имеющихся психических отклонений [48]. Отмечается, что различные психические нарушения встречаются в 28–80% общего количества родов, а пограничные психические расстройства могут быть обнаружены у 10–79,3% беременных [11, 14, 15, 22, 41, 48, 51]. Даже при физиологически протекающей беременности в 26,9% случаев выявляются психические расстройства, 8% – эндогенные, 2% – алкоголизм, 1,8% – умственная отсталость и 19,3% – пограничные психические расстройства) [10]. Авторы указывают, что в большинстве случаев они формировались задолго до беременности и в ее период происходило обострение под влиянием нейроэндокринных факторов и требовало назначения терапии. Сама по себе беременность воспринималась как психотравмирующий фактор в семьях, где имелись конфликтные взаимоотношения между матерью и отцом. На синдромальном уровне

доминировали депрессивные и тревожно-депрессивные состояния [10]. Так, при наличии психических расстройств у беременных отмечается высокая частота осложнений течения беременности и родов, возрастает частота патологии новорожденных. У психически больных осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем в общей популяции [8, 33, 43]. В.А.Руженков и соавт. [14] относят к факторам, играющим существенную роль в генезе психических расстройств индивидуально-личностные, социально-средовые, психогенные и биологические факторы (эндокринные сдвиги в результате беременности). Авторы приходят к выводу, что при беременности (особенно первой) четко прослеживаются биопсихосоциальные составляющие пограничных психических расстройств [14]. Так, изучение психического состояния беременных женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, представляет особый интерес и необходимо для полноценного понимания генеза расстройств с многообразным спектром взаимовлияний с дальнейшим формированием дифференцированных направлений оказания помощи этой категории пациентов. Коморбидность и сочетанность психических расстройств, согласно последним исследованиям отечественных специалистов, является одной из характерных особенностей ментального здоровья лиц с ВИЧ. Психические расстройства у лиц с ВИЧ-инфекцией представляют собой континуум, складывающийся из органических (84,4%), психогенно-реактивных (71,6%, из них 67,2% невротических) и личностных (76,4%) расстройств, в большинстве случаев сочетанных (87,2%). Возникновение психических расстройств у ВИЧ-инфицированных и их динамика обусловлены сочетанным влиянием биопсихосоциальных факторов, находящихся в прямой связи друг с другом [20, 21].

Среди психических и поведенческих расстройств у беременных женщин, живущих с ВИЧ, наиболее часто встречаются (и наиболее широко освещены в литературе) депрессия, тревожные расстройства и посттравматические стрессовые расстройства [56, 57].

Депрессия представляет собой серьезную проблему психического здоровья и общественного здравоохранения, а женщины, живущие с ВИЧ, подвергаются повышенному риску депрессии. Этот риск может быть особенно повышен во время беременности [32]. Беременные женщины с ВИЧ-инфекцией подвергаются высокому риску развития этого расстройства как во время родов, так и после них [38, 52]. Важно отметить также, что развитие депрессивных симптомов в этот период приводит к негативному воздействию на ребенка: в 3–4 раза повышается риск преждевременных родов, а также низкой массы тела при рождении. Это в дальнейшем требует особого подхода к ведению и обучению таких детей, что в свою очередь приводит к значительным финан-

совым тратам. Кроме того, депрессивные симптомы у матери во время беременности могут способствовать повышению риска развития аффективных и когнитивных нарушений у ребенка [45].

N.A.Sowa и соавт. [54] при анализе 22 статей, посвященных вопросам диагностики депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных женщин стран Африки, отметили высокую распространенность перинатальной депрессии и еще большую антенатальной депрессии. Вместе с тем, отмечается, что нет значительной части данных для проведения более глубокого анализа [54].

В исследовании, проведенном S.Qin и соавт. [49] в течение 4 лет, в котором участвовали 194 беременные женщины с ВИЧ-инфекцией, показано, что у 69,1% респондентов отмечается повышенный уровень психологического стресса, а 54,1% отмечали депрессивные симптомы. Согласно корреляционному анализу показатель психологического дистресса имел положительную корреляцию с уровнями депрессии, тревоги и дискриминации. Уровень психологического стресса у беременных с ВИЧ-инфекцией сопоставим с таковым у онкологических пациентов [49].

R.C.Anggrand и соавт. [27] рассматривали 3 группы пациенток: перинатально ВИЧ инфицированные беременные, не перинатально инфицированные и неинфицированные. По результатам исследования было выявлено, что депрессивные расстройства больше распространены у перинатально ВИЧ-инфицированных, чем у неинфицированных, а не перинатально инфицированные имеют более высокий риск развития депрессивных симптомов [27].

Следует отметить, что нет однозначной позиции и достоверных результатов в отношении развития депрессивных состояний у беременных женщин с ВИЧ. В исследовании A.Vonacquisti и соавт. [32] были получены результаты показывающие, что выраженность депрессивных симптомов и расстройств настроения не имеет зависимости от серостатуса ВИЧ [32]. Вместе с тем отмечается, что депрессивные расстройства в анамнезе [50], сексуальное насилие в детском возрасте [30], а также недостаточная социальная поддержка способствуют развитию депрессивной симптоматики во время беременности [23, 31, 32, 59]. Авторы высказывают точку зрения о том, что скрининг на наличие тревожных и депрессивных симптомов должен начинаться у беременных женщин с ВИЧ как можно раньше, поскольку имеется возможность оказать квалифицированную помощь, в связи с их частым посещением медицинских учреждений в период беременности. Кроме того, наличие депрессии в анамнезе может приводить к несоблюдению режима АРТ, что также диктует необходимость более тщательного сбора анамнеза и проведения скрининговых мероприятий [53]. Аналогичные позиции высказывают и ряд других авторов

[5, 31, 50, 57]. В работе Д.А.Ниаури и соавт. [13] предлагается проведение психотерапевтической помощи беременным, живущим с ВИЧ, нацеленной на преодоление психологических защит и формирование копинг-поведения, адекватного ситуации витальной угрозы, а также поддержание ремиссии наркомании (для пациенток с зависимостями), коррекции личностной адаптации, повышение качества жизни [13]. В этом же исследовании показано, что несмотря на ВИЧ-инфекцию, которой сопутствует депрессия, а также наличие предпосылок к развитию психической дезадаптации состояние беременных пациенток относительно благополучно. Предположительно это связано с самим фактом беременности, ориентацией на рождение ребенка, что способствует дезактуализации витальной угрозы [13]. В то же время отмечается, что сохраняются психологические предпосылки к дезадаптации с неконструктивными копинг-стратегиями, с превалированием базисной стратегии избегания. Для пациенток свойственна напряженность психологической защиты, свидетельствующая об актуальности процесса психической адаптации. В исследовании М.Е. James и соавт. [36], которые исследовали беременных с ВИЧ, злоупотребляющих наркотическими препаратами, были получены данные о том, что на развитие психических расстройств в меньшей степени влиял статус ВИЧ в то время, как в большей степени – наличие злоупотребления наркотическими препаратами в анамнезе. В этой же работе указывается на то, что употребление психоактивных веществ в анамнезе повышает риск развития депрессии и расстройств личности [36].

Рассматривая факторы риска развития депрессивных расстройств можно выделить: употребление психоактивных веществ, насилие, стигматизация, одиночество, побочные действия антиретровирусной терапии, наличие психических расстройств в анамнезе.

Употребление психоактивных веществ в анамнезе также может служить фактором риска развития депрессивных симптомов у беременных с ВИЧ-инфекцией [50]. P.Nyudo и соавт. [46] определяют в качестве факторов, влияющих на развитие депрессивных симптомов у ВИЧ-инфицированных беременных постановку диагноза ВИЧ при первом посещении медицинского учреждения, более молодой возраст и безработицу [46]. На больший риск развития депрессии у ВИЧ-инфицированных беременных более молодого возраста указывает в своем исследовании этой категории пациентов в странах Африки M. Wrong и соавт. [58].

Неоднократно проводились исследования связи насилия и заражения/распространения ВИЧ [25, 37, 39, 58]. Насилие со стороны интимного партнера может приводить к повышению риска заражения ВИЧ, стать преградой для обращения за медицинской помощью, способствовать повышению алкоголизации женщины (до 40 % женщин употребляли

алкоголь в течение 12 месяцев до беременности, указывая одной из ведущих причин насилия) [25]. Насилие является фактором развития депрессивных состояний, а также барьером для раскрытия своего статуса, что может приводить к снижению социальной поддержки и отсутствию необходимой медицинской помощи [25, 34]. Согласно данным E.S. Miller и соавт. [42] раскрытие своего серостатуса члену семьи может служить маркером для дальнейшего психосоциального благополучия и усиленной поддержки, которая поможет в защите от послеродовой депрессии [42]. Кроме того, неразглашение своего ВИЧ статуса половым партнерам было достоверно связано с плохой приверженностью к АРТ, невыполнением медицинских рекомендаций, а также высокой вирусной нагрузкой при родах [24]. Основными причинами нераскрытия своего статуса, помимо страха насилия, были страх отвержения и чувство вины [24].

Стигматизация также выступает в качестве фактора риска развития депрессивных состояний у беременных с ВИЧ-инфекцией [58, 59]. В этом ключе следует отметить, что элементы стигматизации присущи даже медицинским работникам, осведомленным о ВИЧ-инфекции. Исследование А.В. Голенков и А.А. Щербакова [3] показало негативное отношение медицинских сестер и врачей к ВИЧ-позитивным пациентам. Авторы предлагают углубить и расширить круг вопросов последипломной подготовки врачей и медицинских сестер по вопросам ВИЧ/СПИДа, путем внедрения тренинговых программ и других активных методов обучения [3]. Согласно данным около половины опрошенных беременных с положительным ВИЧ-статусом (48%) отмечали, что к ним относились с осуждением при обращении за медицинской помощью, однако необходимая помощь была оказана. Негативное отношение медицинских работников к таким женщинам усиливает их психологические страдания [12].

Согласно данным H. Bailey и соавт. [28, 29] факторами риска развития депрессивных симптомов было одиночество и обеспокоенность побочными эффектами антиретровирусной терапии. Авторы делают вывод о необходимости внедрения стратегий выявления депрессивных симптомов у ВИЧ-инфицированных беременных и наличии неудовлетворенной потребности в оказании поддержки психического здоровья, что может приводить к риску несоблюдения антиретровирусной терапии.

В исследовании S. Kapetanovic и соавт. [38], было показано, что наличие в анамнезе психических расстройств, употребление психоактивных веществ до и во время беременности, наличие социальных стрессов и уровень CD4+ 200 клеток/мм³ или менее в любой момент беременности – могут быть скрининговыми факторами риска развития депрессии. При этом, показатель CD4+ авторы предлагают рассма-

тривать как клинический маркер риска развития депрессивных симптомов у ВИЧ-инфицированных беременных [38]. Также по результатам исследования выявлено, что отсутствует связь между развитием депрессии и расовой/этнической принадлежностью, а также между депрессивными симптомами и неблагоприятными результатами родов.

Согласно исследованиям О.М. Villar-Loubet и соавт. [57] было показано, что у 91,1% исследуемых были обнаружены депрессивные симптомы, у 71,1% – тревожные, 56,8% – симптомы ПТСР, злоупотребления психоактивными веществами – 21% и 7% – психозы.

Таким образом, согласно приведенному анализу видно, что в отечественной литературе практически отсутствуют исследования, связанные с изучением психического здоровья беременных с ВИЧ и достаточно ограниченный круг работ у зару-

бежных авторов. Вместе с тем проблема психического здоровья у ВИЧ инфицированных беременных женщин является актуальной и требующей дополнительных, более глубоких исследований и особого подхода к ведению этой категории пациентов. Психические расстройства, особенно депрессивные состояния, часто сопровождают беременных женщин, живущих с ВИЧ, а к факторам, провоцирующим его развитие, можно отнести: психические расстройства в анамнезе, употребление психоактивных веществ и алкоголизация, насилие в детстве и со стороны интимного партнера, социально-экономические условия, отсутствие поддержки в семье и обществе, одиночество, стигматизация, побочные эффекты проводимой антиретровирусной терапии. Дальнейшее изучение рассматриваемой проблемы позволит сформировать модель оказания комплексной дифференцированной медицинской помощи этой категории пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Е.Д. Направления психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям // Ученые записки университета Лесгафта. 2011. № 8.
2. Беляева В.В., Ручкин Е.В., Покровский В.В. Социально-психологическая адаптация инфицированных ВИЧ // Врач. 1992. № 7. С. 24–25.
3. Голенков А.В., Щербаков А.А. Сферы дискриминации ВИЧ-инфицированных (по результатам опроса медицинских работников) // Вестник ЧГУ. 2011. № 3.
4. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД. URL: https://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/ru/
5. Докучаева С.В. Эпидемиологическое значение социальных и психоэмоциональных факторов в вертикальной передаче ВИЧ-инфекции. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2005. 28 с.
6. Жданова Т.А. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2004. 22 с.
7. Информационный бюллетень ВОЗ от 19 июля 2018 года. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
8. Захаров Р.И. Особенности психических расстройств при гестозах: клиника, психо-терапевт.коррекция, профилактика: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2001. 17 с.
9. Коркина М.В. О некоторых психиатрических и психологических аспектах СПИДа // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1989. Т. 89, № 10. С. 137–145.
10. Кулиев Р.Т., Руженков В.А. Психические расстройства при нормально протекающей беременности (клиническая структура и лечение) // Тюменский медицинский журнал. 2012. № 1. С. 27–28.
11. Мамышева Н.Л. Непсихотические расстройства у беременных: клин.-эпидемиолог. и организац. аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 1995. 14 с.
12. Морозова Н.А. Отношение к ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в медицинском сообществе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2007. 22 с.
13. Ниаури Д.А., Петрова Н.Н., Султанбекова Л.Н. Психическая адаптация ВИЧ-инфицированной женщины при беременности // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 2006. №1.
14. Руженков В.А., Кулиев Р.Т., Жернакова Н.И. Непсихотические психические расстройства при неосложненной беременности // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. № 16 (111). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/непсихотические-психические-расстройства-при-неосложненной-беременности>
15. Рымашевский Н.В., Волков А.Е., Ермилова Е.В. Соматопсихологические параллели в до- и послеродовом периодах. Психофармакотерапия поздних гестозов перед родами. Ростов на Дону, 1991. 31 с.
16. Садовникова В.Н. Проблемные вопросы ВИЧ-инфекции у женщин и рождённых ими детей // ВСП. 2007. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemnye-voprosy-vich-infektsii-u-zhenshin-i-rozhdyonnyh-imi-detey>
17. Хритинин, Д.Ф. Психические расстройства при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1995. 48 с.
18. Хритинин Д.Ф. Психические расстройства у больных в начальных стадиях ВИЧ-инфекции // Российская академия мед. наук. М., 2005. 124 с.
19. Хритинин Д.Ф., Новиков В.В. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции в XXI веке. М.: Издательство БИНОМ, 2016. 240 с.
20. Хритинин Д.Ф., Новиков В.В. Систематика и особенности развития психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2016. № 5. С. 19–22.
21. Хритинин Д.Ф., Новиков В.В. Биопсихосоциальная модель ВИЧ-ассоциированных психических расстройств // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. № 3. С. 3–10.
22. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1992. 19 с.
23. Aaron E., Bonacquisti A., Geller P.A., Polansky M. Perinatal Depression and Anxiety in Women with and without Human Immunodeficiency Virus Infection // Womens Health Issues. 2015. N 25(5). P. 579–585.
24. Adeniyi O.V., Ajayi A.I., Selanto-Chairman N., Goon D.T., Boon G., Fuentes Y.O., Hofmeyr G.J., Avramovic G., Carty C., Lambert J. Demographic, clinical and behavioural determinants of HIV serostatus non-disclosure to sex partners among HIV-infected pregnant women in the Eastern Cape, South Africa // PLoS One. 2017. N 24. P. e0181730.
25. Aguilar-Zapata D., Piñeirúa-Menéndez A., Volkow-Fernández P., Rodríguez-Zulueta P., Ramos-Alamillo U., Cabrera-López T., Martín-Onraet A. Sociodemographic differences among HIV-positive and HIV-negative recently pregnant women in Mexico City: A case-control study // Medicine (Baltimore). 2017. № 96. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5502152/>
26. Alipour Z., Kheirabadi G.R., Kazemi A., Fooladi M. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review // East Mediterr Health J. 2018. Vol. 24. P. 549–559.
27. Angrand R.C., Sperling R., Roccocono K., Osborne L.M., Jao J. Depression in perinatally HIV-infected pregnant women compared to non-perinatally HIV-infected and HIV-uninfected pregnant women // AIDS Care. 2018. N 30. P. 1168–1172.
28. Bailey H., Thorne C., Malyuta R., Townsend C.L., Semenenko I., Cortina-Borja M. Adherence to antiretroviral therapy during pregnancy and the first year postpartum among HIV-positive women in Ukraine // BMC Public Health. 2014. N 14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180980/>
29. Bailey H., Malyuta R., Semenenko I., Townsend C.L., Cortina-Borja M., Thorne C. Prevalence of depressive symptoms in pregnant and postnatal HIV-positive women in Ukraine: a cross-sectional survey // Reprod Health. 2016. N 22. P. 13–27.
30. Bernstein M., Phillips T., Zerbe A., McIntyre J.A., Brittain K., Petro G., Abrams E.J., Myer L. Intimate partner violence experienced by HIV-infected pregnant women in South Africa: a cross-sectional study // BMJ Open. 2016. № 6(8). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013465/>
31. Blaney N.T., Fernandez M.I., Ethier K.A., Wilson T.E., Walter E., Koenig L.J. Psychosocial and behavioral correlates of depression

- n among HIV-infected pregnant women // *AIDS Patient Care STDS*. 2004. № 18 (7). P. 405–415.
32. Bonacquisti A., Geller P.A., Aaron E. Rates and predictors of prenatal depression in women living with and without HIV // *AIDS Care*. 2014. № 26 (1). P. 100–106;
 33. Bosquet M., Egeland B. Predicting parenting behaviors from Antisocial Practices content scale scores of the MMPI-2 administered during pregnancy // *J. Pers. Assess.* 2000. Vol. 74, T 1. P. 146–162.
 34. Brittain K., Mellins C.A., Phillips T., Zerbe A., Abrams E.J., Myer L., Remien R.H. Social Support, Stigma and Antenatal Depression Among HIV-Infected Pregnant Women in South Africa // *AIDS Behav.* 2017. Vol. 21(1). P. 274–282.
 35. Hatcher A.M., Stöckl H., Christofides N., Woollett N., Pallitto C.C., Garcia-Moreno C., Turan J.M. Mechanisms linking intimate partner violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV: A qualitative study in South Africa // *Soc. Sci. Med.* 2016. N 168. P. 130–139.
 36. James M.E., Rubin C.P., Willis S.E. Drug abuse and psychiatric findings in HIV-seropositive pregnant patients // *Gen Hosp Psychiatry*. 1991. N 13 (1). P. 4–8.
 37. Jewkes R.K., Dunkle K., Nduna M., Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study // *Lancet*. 2010. Vol. 376. P. 41–48.
 38. Kapetanovic S., Christensen S., Karim R., Lin F., Mack W.J., Operskalski E., Frederick T., Spencer L., Stek A., Kramer F., Kovacs A. Correlates of perinatal depression in HIV-infected women // *AIDS Patient Care STDS*. 2009. N 23 (2). P. 101–108.
 39. Kendall T., van Dijk M., Wilson K.S., Picasso N., Lara D., Garcia S. A lifetime of violence: results from an exploratory survey of Mexican women with HIV // *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. 2012. N 23 (5). P. 377–387.
 40. Marais A., Kuo C.C., Julies R., Stein D.J., Joska J.A., Zlotnick C. “If He’s Abusing You . . . the Baby Is Going to Be Affected”: HIV-Positive Pregnant Women’s Experiences of Intimate Partner Violence // *Violence Against Women*. 2018. Oct 9:1077801218802640.
 41. Martin P.J., Millac P.A. Pregnancy, epilepsy, management and outcome: a 10-year perspective // *Seizure*. 1993. Vol. 2, N 4. P. 277–280.
 42. Miller E.S., Yee L.M., Dorman R.M., McGregor D.V., Sutton S.H., Garcia P.M., Wisner K.L. Is maternal disclosure of HIV serostatus associated with a reduced risk of postpartum depression? // *Am. J. Obstet Gynecol.* 2016. N 5(4):521.e1–5.
 43. Motherhood and mental illness / I.F. Brockington, R.Kumar (Eds.). London: Academic Press ; New York: Grune and Stratton, 1982. 265 p.
 44. Nachega J.B., Uthman O.A., Anderson J., Peltzer K., Wampold S., Cotton M.F., Mills E.J., Ho Y.S., Stringer J.S., McIntyre J.A., Mofenson L.M. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income, and high-income countries: a systematic review and meta-analysis // *AIDS*. 2012. N 16. P. 2039–2052.
 45. National Institutes for Health Care Management (Национальный институт управления здравоохранением). Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies and Considerations for Health Plans. 2010; page 1. URL: http://www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression.
 46. Nydoo P., Naicker T., Moodley J. Depressive scores in newly diagnosed HIV-infected and HIV-uninfected pregnant women // *S. Afr. J. Psychiatr.* 2017. N 1(23). P. 1085.
 47. Phillips T., Thebus E., Bekker L.G., Mccintyre J., Abrams E.J., Myer L. Disengagement of HIV-positive pregnant and postpartum women from antiretroviral therapy services: a cohort study // *J. Int. AIDS Soc.* 2014. N 8. P. 19242.
 48. Pitkin R.M., Zlatnik F. The Year Book of Obstetrics and Gynecology // Chicago; London: Year Book Medical Publishers, 1980. 471p.
 49. Qin S., Tan Y., Lu B., Cheng Y., Nong Y. Survey and analysis for impact factors of psychological distress in HIV-infected pregnant women who continue pregnancy // *J. Matern Fetal Neonatal Med.* 2018. Vol. 15. P. 1–8.
 50. Rubin L.H., Cook J.A., Grey D.D., Weber K., Wells C., Golub E.T., Wright R.L., Schwartz R.M., Goparaju L., Cohan D., Wilson M.L., Maki P.M. Perinatal depressive symptoms in HIV-infected versus HIV-uninfected women: a prospective study from preconception to postpartum // *J. Womens Health (Larchmt)*. 2011. Vol. 26. N 9. P. 1287–1295.
 51. Szasz A., Kovacs Z. Pregnancy and psychiatric disorders // *Ideggyogy. Sz.* 2002. Vol. 55, N 1–2. P. 50–53.
 52. Sherr L., Cluver L. World Health Day focus on HIV and depression - a comorbidity with specific challenges // *J. Int. AIDS Soc.* 2017. Vol. 7. N 1. P. 21956.
 53. Sheth S.S., Coleman J., Cannon T., Milio L., Keller J., Anderson J., Argani C. Association between depression and nonadherence to antiretroviral therapy in pregnant women with perinatally acquired HIV // *AIDS Care*. 2015. N 27. P. 350–354.
 54. Sowa N.A., Cholera R., Pence B.W., Gaynes B.N. Perinatal depression in HIV-infected African women: a systematic review // *J. Clin Psychiatry*. 2015. Vol. 76. N 10. P. 1385–1396.
 55. Turan J.M., Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence // *AIDS Behav.* 2013. N 7. P. 2528–2539.
 56. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B.F., Hasin D.S. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008. Vol. 65. N 7. P. 805–815.
 57. Villar-Loubet O.M., Illa L., Echenique M., Cook R., Messick B., Duthely L.M., Gazabon S., Glemaud M., Bustamante-Avellaneda V., Potter J. Prenatal and mental health care among trauma-exposed, HIV-infected, pregnant women in the United States // *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. 2014. Vol. 25, N 1. P. 50–61.
 58. Wong M., Myer L., Zerbe A., Phillips T., Petro G., Mellins C.A., Remien R.H., Shiao S., Brittain K., Abrams E.J. Depression, alcohol use, and stigma in younger versus older HIV-infected pregnant women initiating antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa // *Arch. Womens Ment. Health*. 2017. Vol. 20, N 1. P. 149–159.
 59. Yator O., Mathai M., Vander Stoep A., Rao D., Kumar M. Risk factors for postpartum depression in women living with HIV attending prevention of mother-to-child transmission clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi // *AIDS Care*. 2016. Vol. 28, N 7. P. 884–889.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Е.В. Бачило

На основе имеющихся литературных данных в статье рассматриваются проблемы психического здоровья, с которыми сталкиваются беременные с ВИЧ-инфекцией. В России растет число лиц с ВИЧ-инфекцией, в том числе женщин. При этом, несмотря на высокую актуальность проблемы, в России практически отсутствуют исследо-

вания, посвященные этой теме. В обзоре приведены и проанализированы зарубежные и немногочисленные отечественные данные в отношении психических расстройств у ВИЧ-инфицированных беременных.

Ключевые слова: психические расстройства, беременность, ВИЧ, инфекция.

MENTAL DISORDERS IN HIV-INFECTED PREGNANT WOMEN

E.V. Bachilo

This article is based on literature about mental health problems in pregnant women with HIV. Nowadays the HIV rate increases in Russian population, including females. However there is an obvious lack of HIV-associated research in this country despite apparent importance of

the subject. The author analyses international and also sparse domestic information about mental disorders in HIV-infected pregnant women.

Key words: mental disorders, pregnancy, HIV, infection.

Бачило Егор Вячеславович – кандидат медицинских наук, врач-психиатр Центра психического здоровья и неврологии «Сфера»; e-mail: egor.bachilo@mail.ru