

И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, ¹Я.С. Варшавский, Т.И. Шустерман

**ПАТОМОРФОЗ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В
ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМ
ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», ¹Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Ключевые слова: патоморфоз, биполярное аффективное расстройство, ВИЧ-инфекция, экстрапульмональный туберкулез

Результаты эпидемиологических исследований позволяют отнести пациентов с психическими расстройствами в группу повышенного риска в отношении инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Так, частота встречаемости у них ВИЧ-инфекции варьирует в диапазоне от 3,1 до 23,5 %, что более чем в восемь раз превышает аналогичный показатель в общей популяции [1]. Основным индикаторным заболеванием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) является туберкулез, особенно экстрапульмональный. Именно туберкулез является основной причиной летальных исходов, связанных с ВИЧ-инфекцией, и среди причин смерти, как вторичное заболевание, составляет более 60% [2].

Достаточно многочисленную группу риска составляют больные с биполярным аффективным расстройством (БАР) [1]. Сексуальные эксцессы, приводящие к ВИЧ-инфицированию, обычно наблюдаются во время маниакальных и смешанных состояний. Повышенная общительность, влюбчивость, снижение контроля поведения на фоне приподнятого настроения определяют легкость вступления больных в случайные половые связи. Для БАР, особенно в маниакальных эпизодах, характерно злоупотребление психоактивными веществами, что также увеличивает риск ВИЧ-инфицирования [3].

При развитии органического поражения головного мозга, вызванного ВИЧ-инфекцией и оппортунистической туберкулезной интоксикацией, происходит видоизменение клинической картины БАР с появлением атипичности аффективных эпизодов и прогрессирующим снижением когнитивных функций [4,5].

В качестве иллюстрации приводим описание клинического случая.

С.В.А., 47 лет, житель г. Днепропетровска, находится на стационарном лечении в отделении №31 коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» с 22.08.2013 по настоящее время.

АНАМНЕЗ: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие соответственно возрастным нормам. Окончил 10 классов средней школы и Днепропетровский металлургический институт. В армии не служил, проходил обучение на военной кафедре. В течение 5 лет работал на трубном заводе, затем занимался частным бизнесом. Последние 7 лет не работает, является инвалидом 2 группы по общему (инфекционному) заболеванию. Разведен, имеет сына 22-х лет, который проживает в Италии. Отношений с бывшей женой не поддерживает, с сыном периодически созванивается. Проживает с престарелой матерью. С 23 лет начал систематически употреблять кустарно изготовленные препараты опия, «друг предложил попробовать, я согласился», употреблял их на протяжении полугода, «потом закодировался». В дальнейшем наркотические вещества не употреблял. После прекращения наркотизации злоупотреблял алкоголем на протяжении 2 лет, прошел лечение от алкогольной зависимости в областном наркологическом диспансере. Последние 5 лет алкоголь не употребляет. В июне 2010 г. диагностирована ВИЧ-инфекция, серопозитивный результат подтвержден референс лабораторией, О-1990. С 01.08.2011 г. и по настоящее время состоит на диспансерном учете в Днепропетровском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом с диагнозом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия. С 27.07.2011 и по настоящее время получает антиретровирус-

ную терапию (тенвир, алувиа). В октябре 2011 г. у пациента при обследовании выявлен туберкулез грудного отдела позвоночника, по поводу которого лечился стационарно в Днепропетровском областном клиническом лечебно-профилактическом объединении «Фтизиатрия». В настоящее время находится на учете у фтизиатра по месту жительства с диагнозом: ВЗЗТБ (09.04.2013 г.) грудного отдела позвоночника, категория 5.1. Дано заключение, что в отделениях общего профиля находиться может.

Впервые психическое состояние изменилось в мае 1997 г., когда появилась повышенная активность, приподнятое настроение, стал разговаривать на религиозные темы, постился. Заявлял, что у него «много энергии», чувствовал, что супруга «ворует» ее у него. Перестал общаться с женой, высказывал мысли о разводе, завел любовную связь с сотрудницей. Говорил, что на нем «печать Божья», что он «прозрел, понял смысл жизни». В связи с изменившимся состоянием с 20.05.1997 по 18.08.1997 года находился на лечении в КУ «ДКПБ», установлен диагноз: реактивный психоз, аффективно-бредовый синдром. После проведенной психофармако- (антипсихотические препараты, транквилизаторы, стабилизаторы настроения) и психотерапии выписан с выздоровлением.

После выписки чувствовал себя удовлетворительно, начал работать экспертом в частной фирме. Работа нравилась, однако, нагрузки были значительными, характер деятельности имел абсолютно новый характер. В мае 1999 г. был в командировке в г. Одессе, где приходилось общаться с коллегами-иностранцами, отмечалась вынужденная бессонница, волнение, большая ответственность. По возвращению домой возникло психотическое состояние, когда стал растерянным, на улице раздавал деньги прохожим, вновь повысилось настроение, писал стихи любовно-лирического содержания, мог мысленно общаться с Богом. С 21.05.1999 по 20.08.1999 г. повторно находился на стационарном лечении в КУ «ДКПБ» с диагнозом: реактивный психоз, аффективно-бредовый синдром. Выписан с выздоровлением.

После выписки из стационара поведение было адекватным, упорядоченным, настроение ровным. Продолжал заниматься предпринимательской деятельностью. Летом 2001 года, после расставания с очередной девушкой, настроение снизилось, ухудшился сон, снизилась работоспособность, появилась утомляемость, раздражительность, рассеянность, головные боли. В

связи с ухудшением состояния самостоятельно обратился за медицинской помощью, с 08.08.2001 по 14.09.2001 г. лечился в КУ «ДКПБ» с диагнозом: реактивное состояние. Выписан с выздоровлением и восстановленной трудоспособностью. После выписки продолжал работать, с работой справлялся. Психическое состояние ухудшилось в 2004 году, когда после смерти отца, отмечалась клиническая субдепрессия, амбулаторно принимал антидепрессанты. Через 1 месяц настроение нормализовалось, приступил к работе.

В 2006 году предпринимательская деятельность свернулась, из-за потери работы настроение резко снизилось, стал рассеянным, медлительным, заторможенным, забывчивым. Отмечались ранние пробуждения в 2 часа ночи с последующим отсутствием сна, отсутствовал аппетит, резко похудел. С 23.08.2006 по 09.10.2006 г. находился на лечении в КУ «ДКПБ», получал лечение антидепрессантами, антипсихотическими препаратами, электросудорожную терапию (3 сеанса). Ранее перенесенные реактивные состояния ретроспективно расценены как аффективные, выставлен диагноз: биполярное аффективное расстройство, умеренный депрессивный эпизод. После выписки принимал поддерживающее лечение (рисполепт, карбамазепин), состояние оставалось удовлетворительным.

В апреле 2010 г. без видимой причины повысилось настроение, появилась чрезмерная активность, высказывал идеи переоценки собственной личности, прекратил прием поддерживающего лечения. Появился неадекватный смех, спал по 2-3 часа в сутки, бродил по городу, имел случайные половые связи. С 30.04.2010 г. по 25.06.2010 г. находился на стационарном лечении в КУ «ДКПБ» с диагнозом: биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод. В отделении настроение было приподнятым, на лице неадекватная улыбка. Чувствовал «прилив энергии», замечал на себе «одобряющие» взгляды окружающих, считал себя «неформальным лидером в политике и экономике». Писал стихи, посвященные любви и жизни, считал их «эстетической революцией».

Во время пребывания в отделении у больного развилась правосторонняя верхнедолевая пневмония, был переведен на лечение в инфекционное отделение. В отделении лабораторной диагностики КУ «Днепропетровский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» проведено исследование сыворотки крови пациента на наличие антител к ВИЧ методом иммуно-

ферментного анализа, образец крови был расценен как содержащий антитела к ВИЧ. На фоне проводимого медикаментозного лечения (рисполепт 4 мг/сут, галоприл 5 мг/сут, сибазон 10 мг/сут, вальпроком 1000 мг/сут, литосан 400 мг/сут, противовирусное лечение, антибиотики) и психотерапии состояние улучшилось, настроение выровнялось, поведение стало упорядоченным, появилось осознание болезни. В качестве поддерживающей терапии рекомендован прием рисполепта-квиклета 4 мг/сут и вальпрокома 500 мг/сутки под наблюдением участкового врача-психиатра. Также была рекомендована явка к инфекционисту по месту жительства. В дальнейшем лечился стационарно в городском центре профилактики и борьбы со СПИД, назначена антиретровирусная терапия.

В декабре 2012 г., во время прохождения лечения в ДОККЛПО «Фтизиатрия» по поводу туберкулеза позвоночника, психическое состояние вновь изменилось, вел себя неадекватно, отказывался соблюдать строгий постельный режим, абсолютно необходимый для успешного выздоровления, не выполнял инструкции, отрицал у себя наличие туберкулеза. Отмечалась растерянность, дезориентировка во времени и месте, сообщал о себе неправдивые и противоречивые анамнестические данные. Самостоятельно удалил мочевой катетер, установленный урологом по поводу недержания мочи. В связи с неадекватностью состояния 21.12. 2011 г. был переведен для дальнейшего лечения в туберкулезное отделение КУ «ДКПБ ДОС».

При осмотре контакт носил формальный характер, дезориентирован в месте и времени, себя называл правильно. Был благодушным, спокойно говорил о своем заболевании ВИЧ-инфекцией, не проявлял озабоченности своим будущим. Мать пациента сообщала, что в последнее время заметила у сына снижение памяти, когда он стал путать даты, с трудом вспоминал важные события своей жизни. Появилось немотивированное благодушие, суетливость, исчезновение чувства стыда, мог дома ходить обнаженным, мочился на глазах у окружающих, отмечалось периодическое недержание мочи.

В отделении: пассивен. Инициативы в общении не проявляет. Дезориентирован в месте и времени. Гипомимичен. Речь замедлена по темпу. Настроение несколько снижено. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Мышление ригидное. Память снижена на текущие события. Пассивно подчиняем, но постельный режим соблюдать отказывается. Время проводит в палате, ни с кем

не разговаривает. Безразличен к происходящему, на свиданиях с матерью не интересуется домашними делами.

В анализе крови СОЭ 38 мм/ч. Анализ мочи, кала – без особенностей. В мазке из ротоглотки – обильный рост кандид.

12.01.2012 г. произведена компьютерная томография органов грудной клетки, выявлена деструкция смежных частей тел грудных позвонков (7,8) с разрушением межпозвоночного диска и формированием натечника.

12.01.2012 г. выполнена МРТ головного мозга: объемно-очаговой патологии головного мозга не выявлено. Признаки атрофического процесса головного мозга.

Консультирован невропатологом: энцефалопатия 3 ст. на фоне дисметаболии, ВИЧ-инфекции со снижением уровня высшей нервной деятельности, амиостатическим синдромом, нарушениями функции тазовых органов центрального генеза, двусторонней пирамидной и сенсорной недостаточностью.

Консультирован инфекционистом: ВИЧ-инфекция, IV клиническая стадия с проявлениями ВДТБ грудного отдела позвоночника, деструкция +, МБТ 0, М 0, К 0, рез. 0, гист. 0, кат. 1, ког. 4 (2011) и орофагеального кандидоза.

Консультация фтизиатра: впервые диагностированный туберкулез (13.12.2011 г.) грудного отдела позвоночника, деструкция +, МБТ -, М-, К-, рез.0, гист.0, кат.1, ког.2 (2011).

После проведенного психотропного и симптоматического лечения психическое состояние улучшилось, стал более спокойным, упорядоченным. Выставлен диагноз: органическое поражение головного мозга сложного генеза (ВИЧ-инфекция, туберкулезная интоксикация), формирующийся дементный синдром. Пациент 15.03.2012 г. выписан из отделения для дальнейшего стационарного лечения по поводу туберкулеза позвоночника в условиях ЛПО «Фтизиатрия» с рекомендацией продолжения приема антиретровирусной терапии. После выписки из стационара чувствовал себя удовлетворительно, амбулаторно наблюдался у психиатра, фтизиатра и инфекциониста по месту жительства. Принимал поддерживающее психотропное лечение и антиретровирусную терапию.

Состояние ухудшилось в начале августа 2013 г., когда несколько приподнялось настроение, появилась раздражительность, периодически конфликтовал с матерью, временами не помнил, куда нужно идти, усилилась слабость. По настоянию матери обратился за консультативной по-

мощью к психиатру по месту жительства, был направлен в КУ «ДКПБ ДОС» для стационарного лечения.

При поступлении предъявлял жалобы на бессонницу, раздражительность, снижение памяти, слабость.

Психический статус: внешний вид неопрятный, выглядит старше своих лет. Контакт формальный, грубо ориентирован в календарном времени, знает, что находится в больнице, однако, профиля больницы назвать не смог, себя называет верно. На вопросы отвечает не всегда в плане заданных. Настроение приподнято, эмоционально неадекватен, «я рад, что я в больнице». Бреда, галлюцинаций не выявлено. Мышление обстоятельное, несколько замедлено по темпу. Память снижена на текущие и отдаленные события. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, сбивчиво, без сопоставления дат и событий своей жизни. Говоря, что «давно» переболел туберкулезом, а «сейчас» болеет СПИДом, благодушен. В суждениях легковесность. Заявляет, что намерен написать «книгу» о своей семье. Формально настроен на лечение.

В отделении жалуется на периодические головные боли, слабость. В течение дня несобран, растерян, ничем не занят. Пассивен, бездеятелен. За внешним видом не следит. Походка шаткая. Настроение приподнято, переоценивает свои возможности и способности, «хочу книгу про свою семью написать, у меня получится, я раньше стихи писал, а сейчас прозу». Память снижена на текущие события. По несколько раз в день здоровается с лечащим врачом, не помнит, что ел во время приема пищи. Не знает имен больных в его палате. На свиданиях с матерью благодушен, домашними делами не интересуется. Лечение получает, осложнений нет.

Общий анализ крови, мочи, кала – без изменений. Реакция Вассермана (27.08.2013 г.) – отрицательная. Результат исследований методом иммуноферментного анализа, подтверждающих наличие антител к ВИЧ (04.09.2013 г.) – положительный. Маркеры вирусных гепатитов – не обнаружены. Биохимический анализ крови на билирубин – 27,9 мкмоль/л.

ЭКГ (02.09.2013 г.) – синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка, умеренные диффузные изменения миокарда.

ЭЭГ (02.09.2013 г.) – негрубые изменения ЭЭГ с преобладанием низкоамплитудных островолновых элементов в теменно-височной области, без четкой латерализации. Снижение об-

щего уровня функциональной активности мозга.

Консультация психолога: больной речевому контакту доступен. Настроение приподнятое, часто маломотивированно улыбается. На поставленные вопросы отвечает обстоятельно. Объясняет, в больницу приехал, чтобы «отдохнуть», «и мать от меня отдохнет». При этом свои отношения с матерью оценивает как хорошие. Знает, что инфицирован ВИЧ, относится к этому крайне легкомысленно. Строит оптимистические планы на будущее, без учета существующей реальности (создать собственную семью, написать книгу). Критика снижена.

В ситуации исследования отмечается выраженное желание показать себя с лучшей стороны. В инструкциях уточняет различные малозначимые детали. Формально корригируем, но всегда ищет внешнеоправдательные причины – экстернальный локус контроля.

Память снижена в умеренной степени. Кривая механического запоминания торпидна (по 6 слов, при отсроченном воспроизведении – 3 слова). Часто повторяет одни и те же слова, приносит посторонние искажения. Воспроизведение текста прочитанного рассказа с ошибками, смысл прочитанного понимает верно. Недостаточность активного внимания в виде трудностей концентрации, неустойчивости, труднопереключаемости.

При исследовании мыслительной деятельности выявляется незначительное снижение уровня всех мыслительных процессов. Уровень процессов обобщения с элементами конкретизации. Конструктивный праксис снижен незначительно. По данным MMSE число баллов равняется – 26 (когнитивные нарушения).

Самооценка неадекватно завышена. Считает себя здоровым (3), умным (3), с хорошим характером (2), счастливым (3). Уровень притязаний завышенный, ригидный, не соответствует уровню реальных достижений. По данным шкалы оценки мании по Янгу число баллов равняется 20 (гипомания). По данным MMPI (mini-mult) профиль низкорасположенный. Индекс «F-K» равен 12 – стремление показать себя в лучшем свете, отрицание эмоционально насыщенных проблем. Наибольшие значения по шкалам психопатии (55T) и гипомании (52T), наименьшие – по шкале депрессии (32T). Недостаточная способность к интериоризации социальной нормы. Постоянное влечение к внешней возбуждающей ситуации.

Таким образом, на фоне недостаточности ак-

тивного внимания выявляется снижение памяти в умеренной степени, незначительное снижение уровня всех мыслительных процессов. Гипомания. Недостаточная способность к интериоризации социальной нормы.

В результате проведенного объективного клинического исследования, с учетом данных анамнеза и заключения экспериментально-психологического исследования был установлен клинический диагноз:

Органическое биполярное аффективное расстройство вследствие ВИЧ-инфекции IV клинической стадии с оппортунистическим экстрапульмональным туберкулезом, гипоманиакальный эпизод. F06.31

В отделении получает лечение: рисперон 2 мг/сутки, вальпроком 600 мг/сутки, циклодол 2 мг/сутки, алувиа по 2 таб. 2 раза в день, тенвир 1 таб. утром, симптоматическая терапия - улучшение.

Таким образом, представленный клинический случай свидетельствует о патоморфозе биполярного аффективного расстройства, вызванном поражением центральной нервной системы вирусом иммунодефицита человека и оппортунистической инфекцией, с трансформацией в органическое аффективное расстройство. Экзогенная органическая симптоматика определила переход с аффективного на субаффективный уровень (гипомания). Существенной особенностью клинической картины является атипичный характер гипомании с наличием эйфорически приподнятого настроения при несколько замедленном темпе мышления и отсутствии повышения двигательной активности. У пациента после клинической манифестации ВИЧ-инфекции произошло быстрое снижение когнитивных функций с развитием выраженного психоорганического синдрома с переходом в деменцию легкой степени.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, ¹Я.С. Варшавський, Т.Й. Шустерман

ПАТОМОРФОЗ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ВИЧ-ІНФЕКЦІЇ З ОПОРТУНІСТИЧНИМ ЕКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», ¹Комунальний заклад
«Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня»

Пацієнти з психічними захворюваннями, в тому числі й биполярним афективним розладом, складають групу ризику щодо інфекції, викликаной вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). ВІЛ-інфекція та опортуністична туберкульозна інтоксикація видозмінюють клінічну картину психічного розладу. У статті наведено клінічний опис патоморфоза биполярного афективного розладу у термінальній стадії ВІЛ-інфекції з екстрапульмональним туберкульозом та подальшим розвитком органічного ураження головного мозку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 2 (34). — С. 22-27).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, ¹Ya.S. Warshavsky, T.Y. Shusterman

PATHOMORPHOSIS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER IN TERMINAL STAGE OF HIV- INFECTION WITH OPPORTUNISTIC EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS (CLINICAL CASE)

State Establishment “Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine”, ¹Communal
Institution “Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital”

Patients with mental disorders, including bipolar affective disorder (BAD), are at risk to infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV). Sexual excesses that lead to HIV infection, usually seen during manic and mixed states. For BAD, especially in manic episodes, substance abuse is characterized, which also increases the risk of HIV infection.

With the development of organic brain damage caused by HIV infection and opportunistic tuberculosis intoxication, modification of the clinical picture of BAD occurs with the appearance of atypical affective episodes and progressive decline in cognitive function.

This article contains a description of the clinical pathomorphosis of bipolar affective disorder in the terminal stage of HIV-infection with extrapulmonary tuberculosis and the subsequent development of organic brain damage.

The patient, S.V.A., 47 years old, is treated in Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital from 22.08.2013 to the present. Anamnesis: heredity of mental illness is not burdened. Early development was without peculiarities. The patient does not work. At age 23, he used opioids intravenously during 6 months, previously also abused by alcohol. HIV has been diagnosed in June 2010. In October 2011, tuberculosis of the spine was discovered.

The patient has been mentally ill since 1997, when he first appeared manic symptoms (inpatient psychiatric treatment). Later he was repeatedly treated in a psychiatric hospital for affective symptoms. In 2006 he was diagnosed with bipolar affective disorder. In December 2012 the patient was treated in the hospital about tuberculosis of spine when mental state changed abruptly. He began to behave himself inappropriately, there was disorientation in place and time, he was confused. Due to the changed condition the patient was transferred to a psychiatric hospital. In the department the patient was indifferent, allpsychic disorientation remained, there was loss of memory on the current events. The diagnosis: organic brain impairment of complex origin (HIV-infection, tuberculosis intoxication), forming dementia. After discharge he was observed by a psychiatrist, phthisiologist and infectionist on a residence, took supportive psychotropic medication and antiretroviral therapy.

Psychic condition worsened in August 2013, when the mood was upbeat, irritation appeared, the patient periodically clashed with his mother. Due to the changed state he has been hospitalized in a psychiatric hospital.

In the department a slight increase in mood was noted, the patient declared that he was going to write "a book" about his family. At the same time, in the department he was uncollected, inactive, passive. Memory is reduced on current events, he does not know the names of patients in his ward. The patient has been consulted by a psychologist, failure of active attention, moderate memory decline, a slight decrease of all mental processes and hypomania were identified. Clinical diagnosis: organic bipolar disorder as a result of HIV of IV clinical stage with opportunistic extrapulmonary tuberculosis, hypomanic episode F 06.31.

Thus, the presented clinical case demonstrates pathomorphosis of bipolar affective disorder caused by impairment of the central nervous system due to human immunodeficiency virus and opportunistic infection with the transformation into an organic affective disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 2 (34). — P. 22-27).

Литература

1. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учеб. пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, В.А. Солдаткин [и др.]. — Ростов н/Д.: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России, 2013. — 372 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень. - №37. — К., 2012. — 82 с.
3. Жабенко Н.Ю. Психічні розлади у хворих інфікованих ВІЛ (клініка, діагностика, психокорекція): автореф. дис. на здобуття вчен. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія». — Х.:

АМНУ, 2012. — 20 с.

4. Незнанов Н.Г. Распространенность и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга / Н.Г. Незнанов, Н.Б. Халезова // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — Т. 2, № 2. — С.17-19.

5. Fernandez F. Neuropsychiatric aspects of human immunodeficiency virus (HIV) infection / F. Fernandez // Curr. Psychiatry Reports. — 2002. — Vol. 4. — P. 228-231.

Поступила в редакцию 12.03.2014