

Лопатіна Я.В., Басараб Я.О.,  
Терещенко О.М., Шепілова К.Ю.

## **Впровадження моделі скринінгу на рівень депресії при лікуванні ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки в Україні**

Представництво Фондації АнтиСНІД-США в Україні,  
м. Київ, Україна  
Клініка «Test and Treat», м. Одеса, Україна

Lopatina Y.V., Basarab Ya.O.,  
Tereshchenko O.M., Shepilova K.Y.

## **Implementation of the screening model for the level of depression in the treatment of HIV-positive patients of the "Test and Treat" clinic in Ukraine**

Representative office of the AntiAIDS-USA Foundation  
in Ukraine, Kyiv, Ukraine  
Test&Treat Clinic, Odesa, Ukraine

kseniia.voronova@ahf.org

### **Вступ**

Психічні розлади, які включають депресію, тривогу та посттравматичний стресовий розлад, дуже поширені серед людей, які живуть з ВІЛ, і пов'язані з поганими результатами лікування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) [1]. Депресія є одним з найчастіших супутніх розладів серед ВІЛ інфікованих пацієнтів. За даними різних дослідників поширеність депресії серед людей, які живуть з ВІЛ, становить 20-40% [2-8]. У людини з легкою формою депресії з'являються деякі труднощі у виконанні звичайної роботи, але це майже не впливає на загальний результат і функціонування. При важкій формі, людина не є спроможною виконувати навіть щоденну домашню роботу. Антиретровірусна терапія (АРТ) в Україні є обов'язковим складником комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим з 2002 року, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Доведено, що для ефективності лікування АРТ важлива регулярність та безперервність лікування, так звана прихильність пацієнта лікуванню. У пацієнтів з ВІЛ та депресією частіше відмічається низька ефективність АРТ [9], депресію пов'язують з низькою прихильністю до АРТ [10], пропуском візитів до лікаря [11], прискоренням клінічного прогресування ВІЛ-інфекції [12,13], а також вищих показників смертності [14,15]. Невчасно діагностована депресія у ВІЛ позитивної людини без призначеного лікування психічних розладів, може погіршувати наслідки лікування ВІЛ. Послуги для ЛЖВ часто не включають діагностику проблем психічного здоров'я. В цей же час пацієнти часто не розкривають свого психічного стану фахівцям охорони здоров'я через страх бути стигматизованими. Фахівці охорони здоров'я часто не вміють виявляти психічні проблеми, але навіть коли вони це роблять, вони часто не вживають необхідних заходів для подальшої оцінки, допомоги та подальшого перенаправлення [16].

У зв'язку з високою поширеністю депресії серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), Європейським клінічним суспільством СНІДу (EACS) були розроблені рекомендації щодо скринінгового обстеження на депресію всіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів з метою своєчасного виявлення та подальшого лікування. Нині у розпорядженні лікарів є цілий ряд валідованих скринінгових опитувальників для виявлення депресії, Шкала Montgomery – Asberg (MADRS), Шкала Гамільтона (Hamilton M., HDRS), Шкала Цунга (Zung W.W.K., Durham N.C. [17-20].

Результати останніх досліджень показали, що спостерігається відсутність скринінгу та лікування розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в багатьох сільських і педіатричних закладах, особливо в країнах з низьким рівнем доходу [1]. Так, у клініках країнах Латинської Америки та Карибського басейну пропонували скринінг на депресію (63%) і тривогу (13%), але жоден сайт не повідомляв про скринінг на посттравматичний стресовий розлад. У африканських когортах у східній Африці більше перевіряли на депресію (53%) і посттравматичний стресовий розлад (14%), ніж в інших африканських регіонах, але мали найнижчий скринінг на тривожність (7%). У Західній Африці проводився мінімальний скринінг: депресія, тривога та посттравматичний стресовий розлад проходили лише в 7%, 14% і 7% випадках відповідно. Північна Америка показала найвищий рівень скринінгу на депресію, тривожність і посттравматичний стресовий розлад у ВІЛ-інфікованих пацієнтів – у 93%, 24% і 28% обстежених відповідно [1].

Даних щодо наявності скринінгу психічного здоров'я та лікування в клініках, що надають допомогу пацієнтам з ВІЛ в Україні вкрай обмаль [21,22]. Актуальним є необхідність визначення та впровадження практичних і стійких послуг для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією щодо скринінгу і лікування на розлади психічного здоров'я.

**Мета дослідження** – з'ясувати поширеність розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках впровадження моделі скринінгу на депресію і надання послуг лікування серед ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки.

### Матеріали та методи

Для реалізації поставленої мети обстежено 776 ВІЛ-позитивних пацієнтів, що перебували під медичним наглядом у клініці T&T в м. Одеса, Україна протягом листопада 2018 – липня 2022 років. На початку дослідження скринінг на депресію використовували загальноприйнятій опитувальник Patient Health Questionnaire PHQ-2. Стандартизований опитувальник PHQ-2 мав 2 запитання, PHQ-9 включав 9 запитань [23]. Проводилось етапне анкетування: на першому етапі для скринінга депресії використовували PHQ-2, для оцінки тяжкості депресії – PHQ-9. При позитивній відповіді хоча б на одне питання PHQ-2 проводилось подальше обстеження з використанням опитувальника PHQ-9, пацієнтів скеровано на консультацію до фахівця з психічного здоров'я для подальшої оцінки тяжкості депресії та лікування. Проведений підрахунок суми балів опитувальника PHQ-9 дозволяв поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Огляд пацієнтів проводили в динаміці після початку лікування коморбідного захворювання з метою покращення якості лікування та підвищення прихильності до антиретровірусної терапії у супроводі з соціальним працівником. Результати фіксувались у медичній документації. Проводили оцінку імунологічного статусу пацієнтів шляхом визначення рівня CD-4 лімфоцитів у крові при первинному зверненні пацієнтів. Вірусологічну ефективність АРТ визначали як здатність досягти зменшення вірусного навантаження (ВН) ВІЛ до невизначального рівня (нижче <math><1,000</math> копій/мл) через 6 місяців від початку АРТ. Медико-статистична обробка отриманого матеріалу проводилася шляхом розрахунку частоти відповідей на 100 опитаних та визначення похибки ( $\pm m$ ), а оцінка вірогідності різниці даних у групах порівняння – шляхом обчислення критерію відповідності критерію  $\chi^2$  Пірсона із поправкою Йейтса. Оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак із нормальним розподілом проводилася за критерієм

Стьюдента ( $t$ ), а при розподілі, який відхилявся від нормального – користувалися тестом Мана-Уїтні; визначено відповідний рівень значущості ( $p$ ). Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

Дотримання етичних норм. При виконанні роботи не проводились клінічні або лабораторні обстеження окремих осіб, дизайн дослідження виключав можливість ідентифікації окремих осіб, таким чином, етичні норми, права пацієнтів та конфіденційність не порушені.

### Результати дослідження та їх обговорення

Характеристики обстежених представлені в таблиці 1. При демографічному аналізі цих даних виявили, що за віковими характеристиками, як у чоловіків, так і у жінок найбільший рівень серед оглянутих нами пацієнтів припав на вік 35-50 років. Порівнюючи за віковими групами між статтю, виявили, що у жінок старше 50 років значно більший рівень ВІЛ – 61 (18,4%) проти 149 (33,5%) у чоловіків ( $p=0,003$ ). Дослідження щодо вікового розподілу хворих на ВІЛ були проведені О.В. Постнов та співавторами, які показали, що в окремих вікових групах відбувається «дорослішання» епідемії ВІЛ-інфекції за рахунок збільшення захворюваності серед старших вікових груп при відсутності зниження захворюваності у молодших вікових групах [24]. У третини обстежених мало місце давнє встановлення діагнозу ВІЛ >10 років ( $n=282/776$ , 36,3%). При цьому вірогідно більша кількість його була у жінок – 92 (27,8%) проти 190 (42,7%) у чоловіків ( $p<0,0001$ ). Четверта частина обстежених хворих (25,4%,  $n=197$ ) мала виражений імунodefіцит (CD4 лімфоцити <math><350</math> клітин/мкл), що свідчить про пізній початок АРТ. Привертає увагу вірогідно вища частота досягнення вірусологічної ефективності АРТ серед жінок 387 (87,6%) порівняно з чоловіками 228 (68,6%)  $p<0,0001$ , про що свідчить невизначальний рівень ВН більше 6 місяців від початку АРТ (<math><1,000</math>) та є результатом високої прихильності до АРТ, що покращує прогноз лікування ВІЛ-інфекції.

Переважає більшість обстежених (91,8%,  $n=713$ ) отримували АРТ та мали вірусологічну ефективність лікування (86,5%,  $n=617$ ) (рис. 1).

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів, які страждають на ВІЛ

|  | Чоловіки $n=332$ (%) | Жінки $n=444$ (%) | $p$ ( $\chi^2$ test statistics) |
|--|----------------------|-------------------|---------------------------------|
| <b>Вік за групами</b>  |                      |                   |                                 |
| 18-24 роки   | 14 (4,2)             | 5 (1,1%)          | 0,065                           |
| 25-34 роки   | 47 (14,1%)           | 40 (9,1%)         | 0,084                           |
| 35-50 років  | 210 (63,2%)          | 250 (56,3%)       | 0,72                            |
| 50+ років  | 61 (18,4%)           | 149 (33,5%)       | 0,003                           |
| <b>Встановлення діагнозу ВІЛ &gt;10 років</b>                  | 92 (27,8%)           | 190 (42,7%)       | <math><0,0001</math>            |
| <b>CD4 клітини <math>\leq 350</math></b>                       | 87 (26,2%)           | 110 (24,7%)       |                                 |
| <b>Вірусне навантаження &lt;math&gt;&lt;1,000&lt;/math&gt;</b> | 228 (68,6%)          | 387 (87,6%)       | <math><0,0001</math>            |

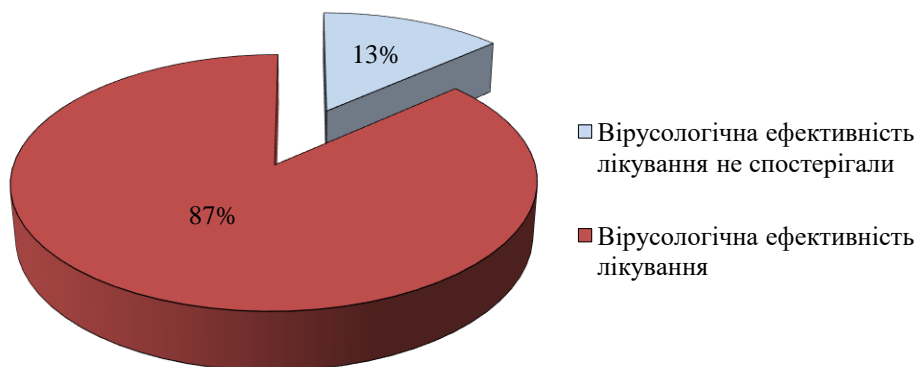


Рис. 1. Питома вага пацієнтів у яких відмічали вірусологічну ефективність лікування при АРТ-терапії

Проведені дослідження показали, що серед 776 пацієнтів клініки T&T, яким провели скринінг на депресію з використанням анкет PHQ-2 та PHQ-9, у 315 (40,5%) було встановлено синдромальний діагноз депресії (рис. 2).

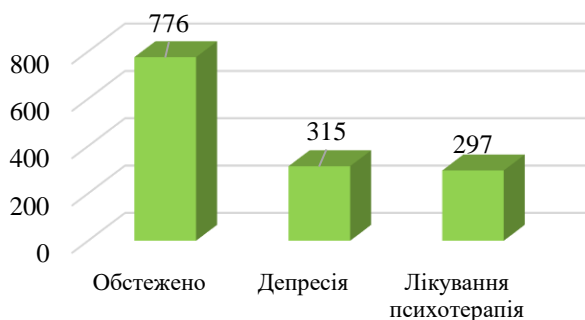


Рис. 2. Каскад послуг з проведення скринінгу на депресію та подальшого призначення лікування серед пацієнтів «Test&Treat» клініки

Депресія при ВІЛ часто не береться до уваги в клінічній практиці. Дослідження, проведене в США, показало, що у половини пацієнтів із депресією не було встановлено діагноз. Діагноз депресії ще рідше ставиться у країнах із низьким рівнем ресурсів. Дослідження, проведене Stephanie M. Matt, показало, що в жодного пацієнта з депресією не було такого діагнозу [27].

Синдромальний діагноз депресії вірогідно частіше виявлявся у жінок – 198 (44,5%), ніж у чоловіків – 117 (35,4%)  $p=0,010$ . Хемар та інші співавтори виявили в своїх дослідженнях, що у ВІЛ-інфікованих при безробітті у жінок, самотності та відсутності сімейних зв'язків більше виявляли депресивний розлад, ніж у чоловіків [25] (рис. 3).

Дослідниками було показано, що більше 50% людей, які живуть з ВІЛ та депресією, не отримують лікування від депресії, і ця відмова від лікування сприяє значним негативним клінічним результатам та зниженню якості життя [26].

А в нашому дослідженні виявлена більша частка пацієнтів, які зі встановленою депресією – 297 (94,2%) розпочали лікування з приводу психічного здоров'я антидепресантами чи нейролептиками (рис. 4).

У всьому світі понад 10% населення, що живе з ВІЛ, становлять люди віком 50 років та старші. Мало того, що ВІЛ-інфіковане населення старіє, люди похилого віку складають все більш високу частку нових ВІЛ-інфекцій. У США близько 18% пацієнтів з вперше встановленим захворюванням старше 50 років, і все частіше у пацієнтів з початковим діагнозом у старшому віці також діагностується пізніша стадія ВІЛ-інфекції [27].

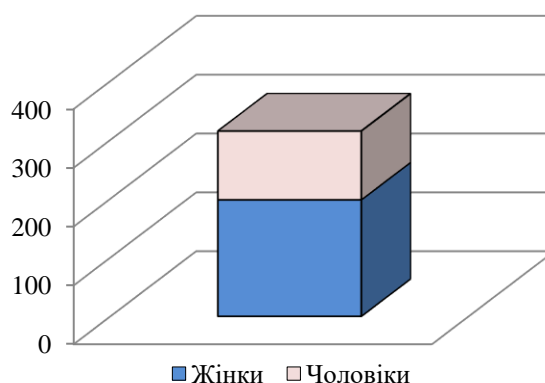


Рис. 3. Питома вага синдромального діагнозу депресії серед чоловіків та жінок

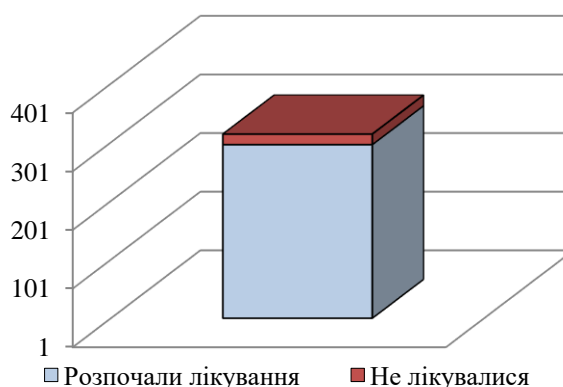


Рис. 4. Питома вага ВІЛ інфікованих пацієнтів, які розпочали лікування синдромального діагнозу депресії

В нашому дослідженні половина пацієнтів вікової групи 35-50 років мала встановлений діагноз депресії (235 з 460 обстежених, 51,1%), що достовірно частіше діагностувалась порівняно з пацієнтами інших вікових груп – старшими 50 років (73/210, 34%) та молодшими 34 років (8,0%, 7 з 87 обстежених у віковій групі 25-34 років),  $p=0,005$  (рис. 5).

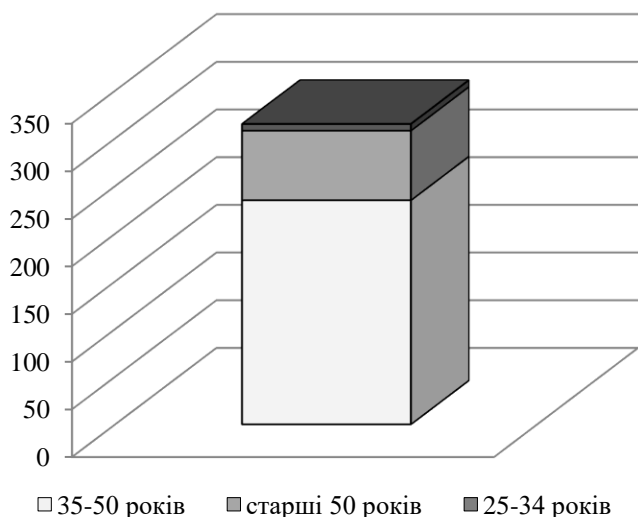


Рис. 5. Питома вага ВІЛ інфікованих пацієнтів з виявленим синдромальним діагнозом депресії за віковими групами

Достовірно частіше діагноз депресії мав місце у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл – 16,8% (53 осіб з 315) порівняно з 2,6% (12 з 461) пацієнтами, що мали визначальний рівень ВН ВІЛ, але не мали депресії,  $p=0,005$ . Рівень

імунодефіциту не впливав на частоту виникнення депресії. Так, депресія встановлена у 44,1% пацієнтів (87 з 197) з рівнем CD4 клітин  $\leq 350$  та у 39,3% пацієнтів (228 з 579) з рівнем CD4 клітин  $>350$ .

У третини пацієнтів – 268 (34,3%) пацієнтів за результатами консультацій було встановлено інші психічні та поведінкові розлади (рис. 6), з яких лише 25 (9,3%) пацієнта не звернулися за специфічною фармакотерапією чи психотерапією, інші були проконсультовані фахівцем із психічного здоров'я проєкту та отримали відповідне лікування.

Дослідження, яке було проведено в Онтаріо (Канада) показало, що у ВІЛ-позитивних учасників із поточними депресивними симптомами було більше додаткових психічних розладів у порівнянні з їхніми колегами без цих симптомів (3 проти 2,  $p<0,001$ ). Зокрема, в учасників із депресією, ймовірно, діагностували старече недоумство, алкогольний психоз, наркотичний психоз, шизофренію, інші психози, тривогу, розлади особистості, алкоголізм, наркотичну залежність, зловживання тютюном, психосоматичні розлади, спазми звички чи реакцію адаптації [26].

Ми зробили розподіл частоти психічних та поведінкових розладів за статевою приналежністю, зокрема психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, психоактивних речовин переважали у жінок – 19/444 (4,2%), та мали місце лише у 3 з 332 (0,9%) чоловіків,  $p=0,005$ , невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади також вірогідно частіше мали місце у жінок – 32/444 (7,2%) порівняно з чоловіками – 12/332 (3,6%),  $p=0,05$ . Шизофренія, шизотипічні розлади мали місце лише у чоловіків – 8/332 (2,4%),  $p=0,001$ , афективні розлади настрою спостерігались без достовірної різниці між чоловіками 3/332 (0,9%) та жінками 10/444 (2%) (табл. 2).

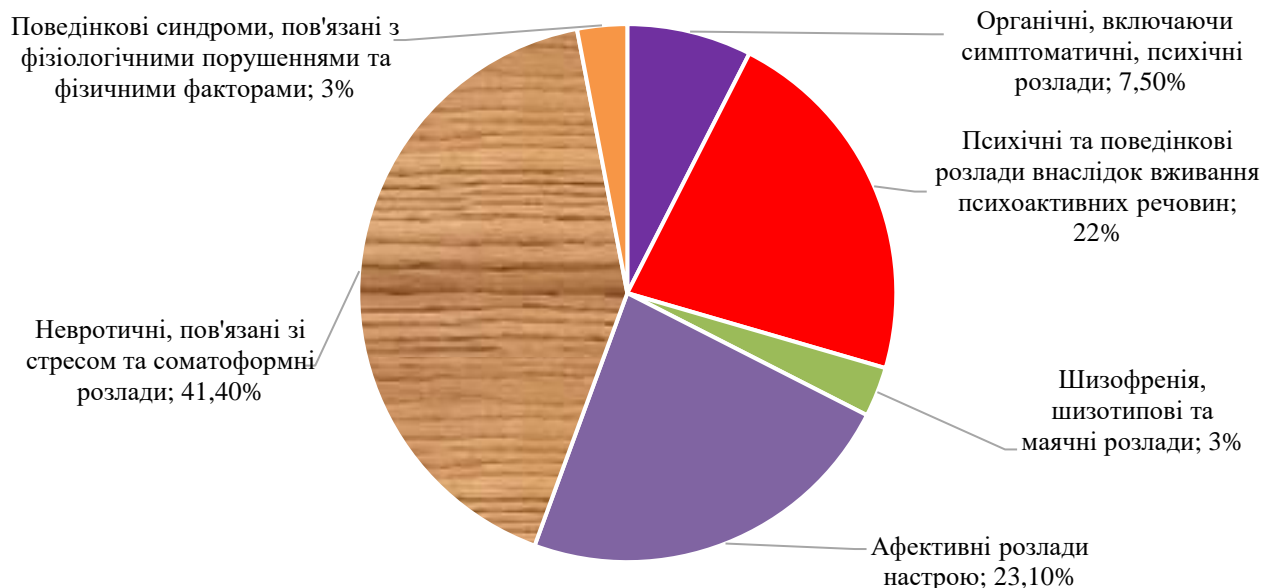


Рис. 6. Питома вага ВІЛ інфікованих пацієнтів з виявленими іншими розладами психічного здоров'я серед пацієнтів клініки T&T

Таблиця 2. Розподіл частоти психічних та поведінкових розладів між жінками та чоловіками

| Частота психічних та поведінкових розладів   | Жінки, абс. (%) | Чоловіки, абс. (%) | p     |
|--|-----------------|--------------------|-------|
| Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, психоактивних речовин | 19 (4,2)        | 3 (0,9)            | 0,005 |
| Невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади                   | 32 (7,2)        | 12 (3,6)           | 0,05  |
| Шизофренія, шизотипічні розлади  | 0               | 8 (2,4)            | 0,001 |
| Афективні розлади настрою  | 10 (2)          | 3 (0,9)            | 0,063 |

### Перспективи подальших досліджень

В подальшому авторами заплановано провести дослідження на виявлення соціальних та демографічних факторів ризику виникнення синдромальної депресії

### Висновки

1. Виявлено, що 40% ВІЛ-інфікованих хворих при поглибленому обстеженні встановлено діагноз депресії з переважанням пацієнтів жіночої статі. Інші психічні та

поведінкові розлади мали місце у третини обстежених та характеризувались різними проявами у жінок та чоловіків.

2. Встановлено, що депресія частіше діагностувалась у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл, але не залежала від рівня CD4 клітин на момент обстеження.

3. З'ясовано, що у третини пацієнтів – 268 (34,3%) пацієнтів за результатами консультацій було встановлено інші психічні та поведінкові розлади, з яких лише 25 (9,3%) пацієнта не звернулися за специфічною фармакотерапією чи психотерапією.

### References

1. Parcesepe A et al. Screening and treatment of common mental disorders at HIV clinics within the International epidemiology Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) consortium. 24th International AIDS Conference, Montreal, abstract OAE0502, 2022.
2. Pence B. W., Miller W. C., Whetten K, Eron J. J., Gaynes B. N. Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;42(3):298-306
3. Bing E. G., Burnam M. A., Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(8): 721-728.
4. Ciesla J. A., Roberts J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001; 158(5): 725-730.
5. Orlando M., Burnam M. A., Beckman R, et al. Re-estimating the prevalence of psychiatric disorders in a nationally representative sample of persons receiving care for HIV: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002; 11(2): 75-82.
6. Schumacher J. E., McCullumsmith C, Mugavero M. J., et al. Routine depression screening in an HIV clinic cohort identifies patients with complex psychiatric co-morbidities who show significant response to treatment. *AIDS Behav.* 2013; 17 (8): 2781-2791.
7. Tegger M. K., Crane H. M., Tapia K. A., Uldall K. K., Holte S. E., Kitahata M. M. The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2008; 22 (3): 233-243.
8. O'Cleirigh C, Magidson J. F., Skeer M. R., Mayer K. H., Safren S. A. Prevalence of psychiatric and substance abuse symptomatology among HIV-infected gay and bisexual men in HIV primary care. *Psychosomatics.* 2015; 56(5): 470-478.
9. Pence B. W., Miller W. C., Gaynes B. N., Eron J. J. Jr. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; 44(2): 159-166.
10. DiMatteo M. R., Lepper H. S., Croghan T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160(14): 2101-2107.
11. Zuniga J. A., Yoo-Jeong M, Dai T, Guo Y, Waldrop-Valverde D. The role of depression in retention in care for persons living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2016; 30(1): 34-38.
12. Mugavero M. J., Pence B. W., Whetten K., et al. Predictors of AIDS-related morbidity and mortality in a southern US cohort. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21(9): 681-690.
13. Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher M. A., et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med.* 2005; 67(6): 1013-1021.
14. Todd J. V., Cole S. R., Pence B. W., et al. Effects of antiretroviral therapy and depressive symptoms on all-cause mortality among HIV-infected women. *Am J Epidemiol.* 2017; 185(10): 869-878.

15. Ickovics J. R., Hamburger M. E., Vlahov D, et al; HIV Epidemiology Research Study Group. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA*. 2001; 285(11): 1466-1474.
16. Executive Board, 124. (2009). HIV/AIDS and mental health: report by the Secretariat. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/2107>.
17. Hospytal'naya Shkala Trevohy y Depressyy (HADS) <https://www.pfizerprofi.ru/sites/default/files/hads2106.pdf>.
18. Shkala MADRS. URL: <http://www.psychiatry.ru/stat/81>.
19. Shkala Hamyl'tona (HDRS) dlya otsinky depresiyi. URL: [https://www.pfizerprofi.ru/sites/default/files/shkala\\_depressii\\_gamiltona.pdf](https://www.pfizerprofi.ru/sites/default/files/shkala_depressii_gamiltona.pdf).
20. <http://uprcmsch91.prospectinfo.ru/files/zungtest.pdf>.
21. Lopatina YA., Zhakovych A.-M., Kalandiya H., Naduta-Skrynnyk O. Diahnostyka depresiyi yak vazhlyva chastyna kompleksnoyi lyudyno-oriyentovanoi dopomohy VIL-infikovanym patsiyentam v Ukrayini. *Nevrolohiya, Psykhiatriya, Psykhoterapiya* № 3 (54) 2020 r. *Nevro\_3\_2020* (health-ua.com).
22. Spirina I. D., Hnenn O. M. Analiz rivnya depresiyi ta tryvozhnosti u VIL infikovanykh v zalezhnosti vid nayavnosti deviantnoyi povedinky. *Skhidnoyevropeys'kyy zhurnal vnutrishn'oyi ta simeynoyi medytsyny*, 2019, № 2. 289260925.pdf (core.ac.uk).
23. Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) – Mental Disorders Screening – National HIV Curriculum (uw.edu).
24. Postnov O. V., Herasymenko T. V., Pozdnyakov S. V., Servets'kyi S. K., Pozhoha YU. V. Osoblyvosti zakhvoryuvanosti na VIL-infektsiyu u riznykh vikovykh hrupakh naseleennyi Odes'koyi oblasti. *Vseukrayins'kyi naukovopraktychny medychnyy zhurnal. «Infektsiyi khvoroby»*. 1 (67). – 2012. – S. 52-59.
25. Hémar V., Hessamfar M., Neau D. et al. A comprehensive analysis of excess depressive disorder in women and men living with HIV in France compared to the general population. *Sci Rep* 12, 6364 (2022). URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10263-3>.
26. Choi SKY, Boyle E, Cairney J, Collins EJ, Gardner S, Bacon J, et al. Prevalence, recurrence, and incidence of current depressive symptoms among people living with HIV in Ontario, Canada: results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLoS ONE* 11(11). – 2016. – URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165816>.
27. Stephanie M. Matt, Peter J. Gaskill. Dopaminergic impact of cART and anti-depressants on HIV neuropathogenesis in older adults. *Brain Res.* – 2019. – Nov 15; 1723: 146398. DOI: 10.1016/j.brainres.2019.146398.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.10.2022 р.

---

**Мета.** Дослідити поширеність розладів психічного здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках впровадження моделі скринінгу на депресію і надання послуг лікування серед ВІЛ-позитивних пацієнтів «Test and Treat» клініки.

**Матеріали та методи.** Первинним матеріалом були результати обстеження 776 ВІЛ позитивних пацієнтів у клініці T&T. Використовували загальноприйнятий опитувальник Patient Health Questionnaire PHQ-2 та PHQ-9. Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) версії 25.0.

**Результати.** Дані досліджень показали, що у жінок депресія зустрічається частіше, ніж у чоловіків, в той же час, за віковими характеристиками, як у чоловіків, так і у жінок найбільший рівень депресії серед оглянутих нами пацієнтів припав на вік 35-50 років.

**Висновки.** Встановлено, що депресія частіше діагностувалась у пацієнтів з визначальним рівнем вірусного навантаження ВІЛ більше 40 копій/мл, але не залежала від рівня СД4 клітин на момент обстеження.

**Ключові слова:** ВІЛ, депресія, вік, стать, Україна, модель скринінгу.

---

**The purpose of scientific research.** To investigate the prevalence of mental health disorders in HIV-infected patients as part of the implementation of the depression screening model and the provision of treatment services among HIV-positive patients of the "Test and Treat" clinic.

**Materials and methods.** The primary material was the results of examination of 776 HIV-positive patients in the T&T clinic. The commonly accepted Patient Health Questionnaire PHQ-2 and PHQ-9 were used. Data entry and statistical analysis were performed using IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) version 25.0.

**Results.** Research data showed that depression occurs more often in women than in men, at the same time, according to age characteristics, both in men and in women, the highest level of depression among the patients we examined fell at the age of 35-50 years.

**Conclusions.** It was established that depression was more often diagnosed in patients with a determining level of HIV viral load of more than 40 copies/ml, but it did not depend on the level of T4 cells at the time of examination.

**Key words:** HIV, depression, age, gender, Ukraine, screening model.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.  
**Conflict of interest:** absent.

#### **Відомості про авторів**

**Лопатіна Ярослава** – Голова Представництва Фондації АнтиСНІД-США в Україні, лікар-інфекціоніст; 03057 м. Київ, вул. Металістів 12а.  
+380 (50) 384-89-89, yaroslava.lopatina@ahf.org.

**Басараб Ярослав** – к.м.н., Керівник клінічних програм Представництва Фондації АнтиСНІД-США в Україні, лікар-інфекціоніст; 03057 м. Київ, вул. Металістів 12а.  
+380 (50) 384-06-06, yaroslav.basarab@ahf.org.

**Терещенко Оксана Миколаївна** – директор клініки "Т&Т", лікар з лікар акушер-гінеколог вищої категорії; 65012 м. Одеса, вул. Велика Арнаутська 44.  
+380 (50) 193-17-57, teresenkooksana1@gmail.com.

**Шепілова Катерина Юріївна** – лікар невропатолог вищої категорії, Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка); 65062 м. Одеса, вул. Теніста 8, неврологічне відділення.  
+380 (67) 749-89-86, rborovskaya12345@gmail.com.