

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(1)-10

УДК: 616.89-008.454-02:616.83:616.98:578.825

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ГЕРПЕСВІРУСАМИ

Андрєєва О. Г.¹, Янченко В. І.², Василик В. С.³, Дьяченко П. А.¹, Муравська Л. В.¹

¹ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України ім. Л. В. Громашевського" (вул. Амосова, 5, м. Київ, Україна, 03038)

²ТОВ Клініка доктора Янченко (вул. Ризька, 73г, м. Київ, ЖК "Сирецький Бояр", Україна, 02000),

³Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: vasylykv1972@ukr.net

Статтю отримано 01 жовтня 2020 р.; прийнято до друку 03 листопада 2020 р.

Анотація. Мета роботи - дослідження поширеності та вираженості тривожно-депресивного синдрому на основі госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) у хворих з ураженням нервової системи герпесвірусної етіології. У даному дослідженні брали участь 2 групи по 30 чоловік. Перша група (основна) - це 30 осіб віком 14-74 років з верифікованим діагнозом герпесвірусного ураження нервової системи. Віруси перебували в стадії активації і персистенції. Друга група (контрольна) - практично здорові люди. У кожній групі було по 20 жінок і 10 чоловіків. Діагнози: енцефаліт, менингоенцефаліт, арахноенцефаліт, арахноїдит, розсіяний енцефаломієліт, полінейропатія, арахноенцефалополінейропатія, розсіяний склероз. Етіологічними факторами були: HSV, EBV, VZV, HHV-7 + EBV, EBV + VZV, EBV + HSV, EBV + HHV-6, HSV + VZV, HSV + CMV + EBV + VZV, HSV + VZV + CMV + EBV + Tox.g. У всіх осіб першої групи спостерігався середньотяжкий перебіг. Усім обстеженим проводили тестування за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Встановлено, хворі, які страждають на ураження нервової системи герпесвірусної етіології, мають ознаки депресії та тривоги. Тривалість субклінічно вираженої депресії у 9 осіб першої групи становила $2,54 \pm 0,98$ днів, при $p=0,04$, а в другій групі депресії не спостерігалось. Субклінічно виражена тривога в першій групі була у 7 осіб, тривалість в днях була $4,20 \pm 1,20$, а в другій групі у 2 осіб, що склало $1,0 \pm 0,69$ при $p=0,02$. Таким чином, у пацієнтів з герпесвірусними ураженнями нервової системи більш виражений тривожно-депресивний синдром, ніж у практично здорових осіб, що, можливо пов'язано з ураженням лімбіко-дієнцефальних систем мозку.

Ключові слова: герпесвіруси, тривога, депресія, ураження нервової системи.

Вступ

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних і депресивних розладів. Ставши провідним хронічним захворюванням в Європі та зайнявши перше місце, частка депресивних розладів становить 11-15% від усіх YLD (людино-років, втрачених через непрацездатність), а тривожні розлади - 4% від усіх YLD, що відповідає шостому місцю [21]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, що визначають кількість загублених років життя у зв'язку із втратою працездатності [20].

Як зазначає В. І. Коростій (2020), Україна посідає перше місце серед країн Європи та СНД щодо кількості років життя, втрачених через депресивні розлади [12]. Дані 2008-2012 рр. свідчать, що поширеність депресивних розладів в Україні зросла з 65,37 до 73,6 особи на 100 тис. населення, а захворюваність - з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення [21].

Емоційні розлади посідають третє місце серед причин проведення медичних консультацій у розвинених країнах. Відомо, що серед пацієнтів, які звертаються по первинну медичну допомогу, в 19,2% виявляють ізольований тривожний розлад, у 10,3% - депресію, в 42,3% - змішаний тривожно-депресивний розлад, у 28,2% - коморбідні тривожний розлад і депресію [17].

За даними ВООЗ, від 2 до 5% населення планети в різні періоди свого життя страждають на депресії і 20-30% серед контингенту, що спостерігається у загальній медичній практиці [22]. У 9-16% населення виявляється достатньо важкий депресивний розлад, що потребує спеціалізованої медичної допомоги протягом усього життя [18]. Близько 85% пацієнтів з депресією мають значну тривожність, а 90% пацієнтів з тривожним розладом мають депресію [23]. Депресія частіше зустрічається серед жінок, молодих людей, неодружених або розлучених осіб та осіб, що перебувають у соціально незахищеному становищі [3, 11, 15]. Дуже важливим аспектом депресивних розладів є суїцидний ризик, який зростає у 20 разів порівняно з людьми без депресії [8, 10, 16].

Найчастіше термін депресія, визначає синдром, який включає психологічні, емоційні та інші клінічні прояви захворювання [1, 4].

Етіологія депресій остаточно не з'ясована. Та обставина, що деякі емоційні порушення проявляються як спадкові, дає підставу думати про роль генетичних чинників. Депресивні симптоми можуть обтяжувати соматичні захворювання, а також бути наслідком екологічного стресу - сукупного впливу екологічних та психосоціальних факторів [6, 7, 19]. У даний час при вивченні уражень центральної та периферичної нервової систе-

ми герпесвірусами, особлива увага приділяється наявності взаємозв'язку між психічним і соматичним станом людини. Герпесвірусні інфекції - це одні з найбільш поширених вірусних захворювань людини. Герпесвіруси мають природний тропізм до нейронів головного мозку, головним чином, лімбічної системи і скроневої кори та викликають тяжкі форми нейроінфекцій з часто несприятливими наслідками. У свою чергу, з лімбіко-дієнцефальною системою мозку пов'язані механізми психоемоційного стресу та регуляції імунітету [6, 9]. Вивчення психоемоційного порушення має велике значення не тільки для психіатрів, але і для лікарів інших спеціальностей, у тому числі для лікарів-інфекціоністів, оскільки поєднання у одного пацієнта психічної і соматичної патології - часте явище в медичній практиці [13]. За даними В. Ф. Лебедевої та ін. (2010), 18-20% пацієнтів потребують консультації або лікування у психіатра [2, 14].

Мета роботи - дослідження поширеності та вираженості тривожно-депресивного синдрому на основі госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) у хворих з ураженням нервової системи герпесвірусної етіології.

Матеріали та методи

У даному дослідженні брали участь 60 осіб. Перша група (основна) - це 30 осіб з верифікованим діагнозом герпесвірусного ураження нервової системи віком від 14 до 74 років. Віруси знаходились в стадії активації та персистенції. Друга група (контрольна) - складалась із 30 практично здорових людей. У кожній групі було по 20 жінок і 10 чоловіків. Діагнози: енцефаліт, менінгоенцефаліт, арахноенцефаліт, арахноїдит, розсіяний енцефаломієліт, полінейропатія, арахноенцефалополінейропатія, розсіяний склероз. Етіологічними чинниками були:

Таблиця 1. Розподіл хворих з ураженням нервової системи герпесвірусної етіології за віком та етіологією.

Етіологічний чинник і число хворих		Вік				
		Юнацький 14-18	Молодий 19-29	Зрілий 30-44	Середній 45-59	Пожилий 60-74
1	2	3	4	5	6	7
HSV	-	-	-	2	1	-
EBV	-	-	-	4	4	-
HHV-7 +EBV	-	-	-	1	-	3
VZV	-	-	-	4	-	-
EBV + VZV	-	-	-	1	-	-
EBV+ HSV	-	-	-	1	2	-
EBV+ HHV-6	-	-	2	-	-	-
HSV+ VZV	-	-	-	1	-	1
HSV+ VZV + CMV+ EBV+Tox.g	-	-	2	-	-	-
HSV+ CMV+ EBV+ VZV	-	-	-	-	-	1

HSV, EBV, VZV, HHV-7 +EBV, EBV + VZV, EBV+ HSV, EBV+ HHV-6, HSV+ VZV, HSV+ CMV+ EBV+ VZV, HSV+ VZV + CMV+ EBV+Tox.g (табл. 1).

У всіх осіб першої групи спостерігався середньотяжкий перебіг. У другій групі таких діагнозів не було встановлено.

Нами було проведено вивчення рівня депресивних ознак за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) у хворих з ураженням нервової системи, які поступали на лікування у відділення нейроінфекцій.

Пацієнти самостійно заповнювали бланки шкали після попереднього інструктажу. Шкала складається з 14 тверджень, розділених на дві підшкали: тривога і депресія. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти. Результат визначається сумою балів, що відповідають кожній підшкалі, і виділяються три варіанти відповіді - норма (відсутність ознак тривоги і / або депресії), субклінічно виражена тривога і / або депресія, клінічно виражена тривога і / або депресія.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерної програми "Statistica". Залежно від завдання дослідження і типу даних були застосовані наступні статистичні методи : 1) порівняння двох залежних та незалежних груп за однією ознакою - за критерієм Вілкоксона; 2) коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (показники вважаються достовірними при $p < 0,05$).

Результати. Обговорення

Встановлено, що хворі, які страждають на ураження нервової системи герпесвірусної етіології мають ознаки депресії та тривоги. Тривалість у днях субклінічно вираженої депресії у 9 осіб першої групи складала $2,54 \pm 0,98$, при $p = 0,04$, а в другій групі депресії не спостерігалось. Субклінічно виражена тривога в першій групі була у 7 осіб, тривалість в днях була $4,20 \pm 1,20$, а в другій групі у 2 осіб, що складала $1,0 \pm 0,69$, при $p = 0,02$.

Як показали спостереження, вікові коливання були в групах хворих значними, тому що більшість обстежених були зрілого, середнього віку та похилого віку. Статистично достовірної залежності між етіологічним чинником та віком нами не встановлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

По залученню в патологічний процес структур центральної та периферійної нервової системи були встановлені наступні діагнози:

Таблиця 2. Клінічні (топічні) діагнози у хворих з ураженням нервової системи герпесвірусної етіології.

Клінічні форми	I n=30	II n=30
енцефаліт	6	0
полінейропатія	2	0
менінгоенцефаліт	1	0
арахноенцефаліт	9	0
арахноїдит	7	0
розсіяний енцефаломієліт	2	0
розсіяний склероз	2	0
арахноенцефалополінейропатія	1	0

Таблиця 3. Порівняльна оцінка тривалості та кількості осіб, що страждають на депресію, між хворими з ураженням нервової системи гепресвірусної етіології та практично здоровими особами.

Інтерпретація HADS, бали	Депресія 1 група		M±m	Депресія 2 група		M±m	p
	жінки	чоловіки		жінки	чоловіки		
0-7	12	8	4,61±0,38	20	10	1,83±0,38	0,001
8-10	8	1	2,54±0,98	0	0	0	0,04
11 та більше	0	1	0,76±0,76	0	0	0	0

Примітка. pW - достовірність суттєвості відмінностей між показником у різних групах хворих за критерієм Вілкоксона.

Таблиця 4. Порівняльна оцінка тривалості та кількості осіб, що страждають на тривогу, між хворими з ураженням нервової системи гепресвірусної етіології та практично здоровими особами.

Інтерпретація HADS, бали	Депресія 1 група		M±m	Депресія 2 група		M±m	p
	жінки	чоловіки		жінки	чоловіки		
0-7	14	8	2,75±0,49	18	10	1,42±0,49	0,008
8-10	5	2	4,20±1,20	2	0	1,0±0,69	0,02
11 та більше	1	0	0,05±0,05	0	0	0	0

Примітка. pW - достовірність суттєвості відмінностей між показником у різних групах хворих за критерієм Вілкоксона.

Таблиця 5. Середня тривалість симптомів депресії та тривоги.

Симптоми	Середня тривалість в днях, M±m		p
	1 група	2 група	
депресія	5,87±0,56	3,0±0,38	0,02
тривога	6,12±0,75	5,0±0,77	0,37
початок хвороби	63,95±16,28	33,00±5,93	0,78
вестибулоатактичний	14,70±0,78	0	0
цефалгічний	12,79±0,73	1,45±0,52	0,004
церебрастенічний	14,08±0,50	2,45±0,49	0,003

Примітка. pW - достовірність суттєвості відмінностей між показником у різних групах хворих за критерієм Вілкоксона.

Таблиця 6. Рангові кореляції Спірмена (кореляційний зв'язок між депресією та тривалістю захворювання і наявністю симптомів).

Депресія 1 група	Тривалість захворювання	Вестибулоатактичний симптом	Цефалгічний симптом	Церебрастенічний симптом
	0,39	0,25	0,08	0,44

Примітка. Зазначені кореляції значущі на рівні $p < 0,05$.

Таблиця 7. Рангові кореляції Спірмена (кореляційний зв'язок між тривогою та тривалістю захворювання та наявністю симптомів).

Депресія 1 група	Тривалість захворювання	Вестибулоатактичний симптом	Цефалгічний симптом	Церебрастенічний симптом
	0,05	0,41	0,07	0,33

Примітка. Зазначені кореляції значущі на рівні $p < 0,05$.

новлені клінічні (топічні) діагнози, що представлені в таблиці 2.

Результати наявності та тривалості депресії, а також тривоги наведені у таблицях 3 та 4.

При порівнянні тривалості та кількості осіб, що страждають на депресію в 1-й та 2-й групах, виявлена статистична значущість відмінностей при наявності ознак у 0-

7 балів (відсутність достовірно виражених симптомів) і в 8-10 балів (субклінічно виражена депресія). Середня тривалість симптомів статистично значуща: в 1-й групі більша, ніж у другій (табл. 3).

Порівняльна оцінка тривалості та кількості осіб, що страждають на тривогу між першою та другою групами наведена у таблиці 4.

При порівнянні тривалості ознак депресії та кількості осіб, що страждають на депресію, в 1-й та 2-й групах (табл. 4), виявлена статистично значуща відмінність за шкалами. В 0-7 балів - це відсутність достовірно виражених симптомів, 8-10 балів - це субклінічно виражена депресія. Середня тривалість симптомів статистично значуща: в 1-й групі більша, ніж у другій за всіма шкалами. Виявлено, що жінки частіше страждають на тривогу, ніж чоловіки.

Середня тривалість симптомів у днях представлена в таблиці 5.

При порівнянні середньої тривалості симптомів у днях виявлена суттєва статистична значущість між середньою тривалістю в днях ознак депресії, цефалгічного, церебрастенічного симптомів у 1 групі порівняно із 2-ю групою (табл. 5).

Кореляційний зв'язок між депресією та тривалістю захворювання і наявністю симптомів представлені в таблиці 6.

У хворих з ураженням нервової системи виявлений слабкий кореляційний зв'язок депресії з тривалістю захворювання, вестибулоатактичним та церебрастенічним синдромами (табл. 6).

Кореляційний зв'язок між тривогою та тривалістю захворювання та наявністю симптомів представлений у таблиці 7.

У хворих з ураженням нервової системи виявлений слабкий кореляційний зв'язок тривоги з вестибулоатактичним та церебрастенічним синдромами (табл. 7).

На наявність зв'язків між тривогою та депресією і

вірусними захворюваннями, такими як грип А (H1N1) та інші віруси грипу, вірус вітряної віспи, вірус простого герпесу, вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту і гепатит С вказує S. S. Coughlin, (2012) та наголошує, з чим ми згодні, на необхідності додаткових досліджень щодо механізмів взаємодії між психічним здоров'ям і інфекційними захворюваннями задля допомогти пацієнтам [5].

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. У хворих з герпесвірусним ураженням нервової системи більш виражений тривожно-депресивний синдром, ніж у практично здорових осіб, що можливо пов'язано з ураженням лімбіко-дієнцефальної системи мозку.

2. Пацієнти без ураження нервової системи, виявляються більш пристосованими до стресових ситуацій, у них не виникають явища субклінічної депресії, не виражені ознаки клінічної тривожності.

3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) рекомендується для оцінки тривожно-депресивного синдрому у практиці інфекціоніста.

Встановлені ознаки тривожно-депресивного синдрому у пацієнтів з ураженням нервової системи при герпесвірусній патології потребують спеціальної терапії при веденні таких пацієнтів у клінічній практиці лікаря-інфекціоніста.

Список посилань - References

- [1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- [2] Arsenenko, L. D., Semke, V. Ya., & Vetlugina, T. P. (2008). Психонейроиммунологические аспекты рецидивирующей герпетической инфекции [Psychoneuroimmunological aspects of recurrent herpes infection]. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии - Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, 1(48), 103-108.
- [3] Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin. Neurosci.*, 17(3), 327-335. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
- [4] Colman, A. M. (2015). *A Dictionary of Psychology* (4 ed.). Oxford University Press. eISBN:9780191744358; Print ISBN-13:9780199657681
- [5] Coughlin, S. S. (2012). Anxiety and Depression: Linkages with Viral Diseases. *Public Health Rev.*, 34, 7. <https://doi.org/10.1007/BF03391675>
- [6] Danaher, R. J. (2006). Herpes simplex virus type 1 accumulation, envelopment and exit in growth cones and varicosities in mid-distal regions of axons. *J. Virol.*, 80 (7), 3592-3606. doi: 10.1128/JVI.80.7.3592-3606.2006
- [7] Davis, C. P. (Med. Ed.). Medical Definition of Depression. In *MedTerms Dictionary*. Retrieved from <https://www.medicinenet.com/depression/definition.htm>
- [8] Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C., & Bradvik, L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatr Scand.*, 132(6), 459-69. doi: 10.1111/acps.12506
- [9] Idova, G. V., Alperina, E. L., Cheydo, M. A., Kuznetsova, S. M., Zhukova, E. N., & Yuriev, D. V. (2010). Нейроиммунные взаимодействия при психоэмоциональном напряжении (экспериментальное исследование) [Neuroimmune interactions during psychoemotional stress (experimental study)]. *Бюл. СО РАМН - SB RAMS Bulletin*, 4, 31-37
- [10] Isomets, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders - who, when, and why? *Can J Psychiatry*, 59(3), 120-30. doi: 10.1177/070674371405900303
- [11] Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*, 34, 119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- [12] Korostiy, V. I. (1.07.2020). Пацієнт із психічним розладом у практиці лікаря-невролога: поради психіатра [A patient with a mental disorder in the practice of a neurologist: the advice of a psychiatrist]. *Здоров'я України - Health of Ukraine*, 2, 2020,18-19.
- [13] Kryzhanovsky, G. N., Akmaev, I. G., Magaeva, S. V., & Morozov, S. G. (2010). Нейроиммуноэндокринные взаимодействия в норме и патологии [Neuroimmunoendocrine interactions in health and disease]. М.: Медицинская книга - М.: Medical book. ISBN 978-5-86093-299-5
- [14] Lebedeva, V.F., Semke, V. Ya., & Yakutenok, L.P. (2010). Психические расстройства при соматических заболеваниях [Mental disorders with somatic diseases]. Томск: Иван Федоров - Tomsk: Ivan Fedorov.
- [15] Maruta, N. A., & Moroz, V. V. (2002). Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) [Neurotic depression (clinical picture, pathogenesis, diagnosis and treatment)]. Харьков: Апис - Kharkov: Aris.
- [16] Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68(10), 1058-64. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113
- [17] Oros, M. M. (June 2020). Сучасні підходи до діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів [Modern approaches to the diagnosis and correction of anxiety and depressive disorders]. *Медицина газета "Здоров'я України 21 сторіччя" - Medical newspaper "Health of Ukraine of the 21st century"*, 11(480), 10.
- [18] Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J., Mortensen, P. B. & Eaton, W. W. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 573-81. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.16
- [19] Penninx, B. W., Milanese, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Med.*, 11, 129. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129>
- [20] Sapon, D. N. (2016). Особливості діагностики тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію на тлі нейропатичного болю травматичного генезу [Features of diagnosis of anxiety and depressive disorders in patients with fibromyalgia on the background of neuropathic pain of traumatic origin]. *НейроNews - NeuroNews*, 5(79), 59-61.
- [21] Shafransky, V. V., & Dudnik, S. V. (2016). Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення [Mental health of the population of Ukraine: state, problems and solutions]. *Україна. Здоров'я нації - Ukraine. The health of the nation*, 3(39), 12-18. ISSN 2077-6594
- [22] Stadnik, S. M. (2014). Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з кардіальною патологією [Anxiety and depressive disorders in patients with cardiac pathology]. *НейроNews - NeuroNews*, 6(61), 62-64.
- [23] Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *Med J Aust.*, 199(S6), 28-31. doi: 10.5694/mja12.10628

ANXIETY-DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENTS WITH DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM BY HERPES VIRUSES

Andrieieva O. G., Yanchenko V. I., Vasylyk V. S., Dyachenko P. A., Muravskya L. V.

Annotation. Purpose of work - a study of the prevalence and severity of anxiety-depressive syndrome based on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with damage to the nervous system of hepatic virus etiology. In this study, 2 groups of 30 people took part. The first group (main) is 30 people from a verified diagnosis of herpesviral damage to the nervous system aged 14 to 74 years. Viruses were in the stage of activation and persistence. The second group (control), almost healthy people - 30 people. There were 20 women and 10 men in each group. Diagnoses: Encephalitis, meningoencephalitis, arachnoencephalitis, arachnoiditis, disseminated encephalomyelitis, polyneuropathy, arachnoencephalopolyneuropathy, multiple sclerosis. Etiological factors were: HSV, EBV, VZV, HHV-7 + EBV, EBV + VZV, EBV + HSV, EBV + HHV-6, HSV + VZV, HSV + CMV + EBV + VZV, HSV + VZV + CMV + EBV + Tox.g. In all persons of the first group, a moderate course was observed. All subjects were tested on a hospital anxiety and depression scale (HADS). It was established that patients suffering from lesions of the nervous system of herpes virus etiology have signs of depression and anxiety. The duration in days of subclinically expressed depression in 9 people of the first group was 2.54 ± 0.98 , at $p=0.04$, and in the second group, depression not observed. Anxiety was subliminally expressed in the first group in 7 people, the duration in days was 4.20 ± 1.20 , and in the second group in 2 people, which was 1.0 ± 0.69 , with $p=0.02$. Thus, in patients with herpes virus lesions of the nervous system, anxiety-depressive syndrome is more pronounced than in practically healthy persons, perhaps this is due to damage to the limbic-diencephalic system of the brain.

Keywords: Herpes viruses, anxiety, depression, damage to the nervous system.
