

что позволит создать базу для формирования адресно ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять социально-психологическую помощь.

Литература

1. Акжигитов Р.Г., Волкова Н.П. // Рос. психиатр. журнал. — 2001. — № 6. — С. 51–54.
2. Алфимова М.В., Бондарь В.В., Абрамова Л.И. и др. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — № 5. — С. 34–39.
3. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): дис. ... докт. мед. наук. — М., 1988.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. // Соц. и клинич. психиатрия. — 1998. — № 2. — С. 35–40.
5. Коцюбинский А.П., Бажин Е.Ф. // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. / под ред. М.М. Кабанова. — СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1991. — Т. 130. — С. 155–169.
6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. — М.: Изд-во МГУ, 1991.
7. Пантелева Г.П., Бологов П.П. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — № 9. — С. 4–9.

8. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психических больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. — М., 2002.
9. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. — М., 1983. — Т. 1. — С. 299–456.
10. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
11. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987.
12. Тиганов А.С., Пантелева Г.П., Вертоградова О.П. и др. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 10. — С. 4–10.
13. Хамитов Р.Р. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — № 4. — С. 28–32.

Поступила в редакцию 05.12.2006.

QUALITY OF A LIFE AT PATIENTS PARANOID SCHIZOPHRENIA AND FRUSTRATION OF SCHIZOPHRENICAL SPECTRUM

N.V. Andropova, S.P. Genailo

Vladivostok State Medical University

Summary — Results of research have revealed the greatest decrease quality of a lives at patients paranoid schizophrenia and schizotypal disorders. Patients with schizoaffective psychoses during long time kept peculiar to them before disease a level of social adaptation. The ideational component in a greater degree has been lowered at patients with schizotypal disorders, it has appeared inadequate at patients paranoid schizophrenia and was positively painted at patients with schizoaffective frustration.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 63–65.

УДК 612.017:[616.98:579.834.114(571.63)]

Н.В. Мандракова, В.А. Иванис

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИКСОДОВЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: клещевой боррелиоз, иммуноглобулины.

Проблема иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) чрезвычайно актуальна во всем мире. Это объясняется широким распространением инфекции, наличием ее тяжелых хронических форм, нередко приводящих к инвалидизации человека [10]. Заболеваемость составляет в среднем 10,42 на 100 000 населения. Возбудители ИКБ относятся к семейству *Spirochaetaceae*, роду *Borrelia*. К настоящему времени выделено 11 геновидов боррелий. Для человека доказана патогенность трех из них: *B. Burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii* и *B. afzelii*. Все эти геновиды распространены на территории России [8].

Приморский край является эндемичным по ряду природно-очаговых инфекций. ИКБ здесь регистрируется ежегодно с мая по октябрь. Темпы роста заболеваемости в 1992–2005 гг. составили 18,2%. Заболеваемость ИКБ в Приморском крае превышает Рос-

сийские показатели в 2,5 раза [6]. Гуморальное звено иммунитета при иксодовом клещевом боррелиозе в раннюю стадию характеризуется как продукцией специфических антител на антигены *B. burgdorferi*, так и проявлением неспецифических реакций [5]. Динамика антител классов А, М, G изучена нами у 30 больных с разными клиническими формами ИКБ в ранний период болезни [2, 7]. В общей группе больных на первой неделе болезни уровни IgA и IgG не отличались от показателей доноров. Уровень IgM статистически достоверно увеличивался в 1,3 раза в ранний срок болезни с закономерным их ростом в 2 раза в последующую неделю. Таким же закономерным и естественным гуморальным ответом следует объяснить и нарастание продукции IgG в динамике, однако менее существенное, чем IgM (табл. 1), что совпадает с данными литературы [3, 4, 9, 11].

Таблица 1

Динамика показателей гуморального иммунитета

Иммуноглобулин	Концентрация иммуноглобулинов, г/л		
	доноры (n=50)	больные (n=30)	
		1-я неделя	2-я неделя
A	2,65±0,15	2,9±0,10	3,6±0,1 ^{1,2}
M	0,90±0,06	1,2±0,04 ¹	2,04±0,1 ^{1,2}
G	9,82±0,22	9,5±0,07	10,6±0,5 ^{1,2}

¹ Разница статистически значима по сравнению с донорами.

² Разница статистически значима по срокам в группе больных.

Таблица 2

Показатели гуморального иммунитета у больных ИКБ
в зависимости от пола и срока болезни

Ig	Концентрация иммуноглобулинов, г/л				
	доноры (n=50)	больные			
		мужчины (n=17)		женщины (n=13)	
		1-я неделя	2-я неделя	1-я неделя	2-я неделя
A	2,65±0,15	2,9±0,07	3,5±0,1 ^{1,3}	3,0±0,04 ¹	3,8±0,08 ^{1,4,5}
M	0,90±0,06	1,2±0,06 ¹	1,9±0,1 ^{1,3}	1,3±0,04 ¹	2,1±0,08 ^{1,4}
G	9,82±0,22	9,0±0,04	9,8±0,7 ^{2,3}	9,6±0,04	11,0±0,6 ^{1,4,5}

¹ Разница статистически значима по сравнению с донорами.

² Разница статистически значима между мужчинами и женщинами на 1-й неделе заболевания.

³ Разница статистически значима среди мужчин на разных сроках болезни.

⁴ Разница статистически значима среди женщин на разных сроках болезни.

⁵ Разница статистически достоверна между мужчинами и женщинами на 2-й неделе болезни.

При анализе показателей гуморального звена иммунитета в зависимости от пола обследованных установлена тенденция к гипериммуноглобулинемии G и тенденция к увеличению концентрации иммуноглобулина A у женщин в ранний срок болезни. У мужчин средний показатель иммуноглобулина A на 1-й неделе болезни не отличался от такового у женщин, а показатель иммуноглобулина G был достоверно ниже. На 2-й неделе болезни мы отметили статистически достоверное повышение концентраций иммуноглобулинов A и M как у мужчин, так и у женщин, уровень иммуноглобулина G у мужчин изменился незначительно, а у женщин — статистически достоверно (табл. 2).

При анализе уровня иммуноглобулинов в зависимости от клинической формы иксодового клещевого боррелиоза на 1-й неделе заболевания нами установлено статистически значимое увеличение содержания IgM и IgA у пациентов с эритемной формой по сравнению с группой доноров. Следует отметить повышение уровня IgA — своеобразного маркера кожных проявлений инфекций — у пациентов с эритемной формой повышалось в 1,5 раза в ранние сроки болезни, а через неделю — в 2,5 раза. У больных с безэритемной формой повышение сывороточных IgM и IgA отмечено только на 2-й неделе заболевания.

Данный факт подтверждается обнаружением связи высокого уровня IgA в крови больных в раннюю стадию эритемной формы ИКБ и частотой поражения кожных покровов в месте присасывания клеща ($\chi^2=3,6$ при уровне значимости $p=0,5$ 3-й степени свободы). Повышение концентрации IgG зафиксировано только на 2-й неделе болезни у больных с эритемной формой. Установлено, что на 1-й неделе болезни у этих пациентов статистически достоверно повышались как уровень IgM, так и IgA, а уровень IgG нарастал только на 2-й неделе. У больных

Таблица 3

Показатели гуморального иммунитета у пациентов
с разными клиническими формами ИКБ

Ig	Концентрация иммуноглобулинов, г/л				
	доноры (n=50)	эритемная форма (n=18)		безэритемная форма (n=12)	
		1-я неделя	2-я неделя	1-я неделя	2-я неделя
A	2,65±0,15	3,0±0,03 ¹	3,8±0,09 ^{1,3}	2,6±0,1 ²	3,0±0,04 ^{1,4,5}
M	0,90±0,06	1,3±0,06 ¹	2,2±0,1 ^{1,3}	1,0±0,03 ²	1,5±0,05 ^{1,4,5}
G	9,82±0,22	9,6±0,08	10,9±0,2 ^{1,3}	9,3±0,2	10,0±0,2 ^{4,5}

¹ Разница статистически значима по сравнению с донорами.

² Разница статистически достоверна между формами болезни на 1-й неделе.

³ Разница статистически достоверна при эритемной форме на разных сроках болезни.

⁴ Разница статистически достоверна при безэритемной форме на разных сроках болезни.

⁵ Разница статистически достоверна между формами болезни на 2-й неделе.

с безэритемной формой иксодового клещевого боррелиоза достоверное повышение уровня IgM и IgA происходило позже. Уровень IgG у них изменяется мало (табл. 3).

Анализ гуморального звена иммунитета в раннюю стадию иксодового клещевого боррелиоза позволил определить, что у больных с безэритемной формой происходит более позднее нарастание концентрации иммуноглобулинов всех классов в сравнении с группой доноров. Наши данные совпадают с мнением многих авторов [1], которые объясняют это слабо выраженной боррелиемией и возможностью внутриклеточного расположения возбудителя. Достоверное увеличение концентрации иммуноглобулинов A и M у больных эритемной формой уже на 1-й неделе болезни с последующим их нарастанием подтверждает Th2-иммунный ответ.

Литература

1. Ананьева Л.П., Барскова В.Г., Скрипникова И.А., Стир А.С. // Проблемы клещевых боррелиозов : сб. научных трудов / под ред. Э.И. Коренберга. — М., 1993. — С. 66–74.
2. Васильев В.В. // Цитокины в патогенезе и терапии инфекционных заболеваний. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 108.
3. Васильева Ю.П., Железникова Г.Ф., Скрипченко Н.В. и др. // Медицинская иммунология. — 2002. — Т. 4, № 2. — С. 233.
4. Воробьева Н.Н. Клиника, лечение и профилактика иксодовых клещевых боррелиозов. — Пермь : Урал-Пресс, 1998.
5. Караулов А.В. Клиническая иммунология и аллергология. — М. : Медицинское информационное агентство, 2002.
6. Корикова М.Ю., Специфический гуморальный иммунный ответ при различных вариантах острого периода Лайм-боррелиоза : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 2002.