

народностей был зарегистрирован на более низком уровне. При этом среди долган определены наиболее низкие показатели средней геометрической титров противодифтерийных антитоксинов ($4,72 \log_2$) и соответственно наибольшее количество серонегативных лиц (30,4%). Низкие показатели средней геометрической титров противодифтерийных антитоксинов также выявлены у нганасан ($4,58 \log_2$).

При анализе противокклюшного иммунитета самый высокий показатель выявлен у эвенков (средняя геометрическая титров антител — $7,33 \log_2$), а самый низкий — у европеоидного населения и ненцев (средняя геометрическая титров антител — $4,71$ и $5,1 \log_2$). Следует также отметить, что уровень поствакцинального иммунитета у долган, нганасан и ненцев (средняя геометрическая титров антител — $6,11$ – $5,1 \log_2$) был значительно меньше, чем у эвенков ($7,33 \log_2$).

Таким образом, у коренных народностей Крайнего Севера выявлены более низкие показатели поствакцинального иммунитета и, соответственно, более высокие показатели заболеваемости корью, паротитом, дифтерией и коклюшем, чем у пришлого населения. Из разных этнических групп Таймырского АО наиболее низкие показатели иммунитета и, соответственно, более высокая заболеваемость зарегистрированы у нганасан. Таким образом, коренное население Таймырского АО следует отнести к «группам риска». В период ликвидации управляемых инфекционных заболеваний рекомендуется при заносе их возбудителей из других регионов на Крайний Север и последующей эпидемической вспышке особое внимание при проведении профилактических мероприятий обращать именно на вышеназванные группы населения.

Литература

1. Казарова В.И. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1998. — № 3. — С. 75–76.
2. Клименко С.М., Ахундова Э.Д. // Вестн. РАМН. — 1998. — № 7. — С. 41–43.
3. Медунин Н.В. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — № 6. — С. 4–8.
4. Наркевич М.И., Тымчаковская И.М. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1996. — № 2. — С. 25–29.
5. Покровский В.И., Семенов Б.Ф. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 5. — С. 6–8.
6. Шаханина И.Л., Ивлиева О.М., Наркевич М.И. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1990. — № 8. — С. 53–57.
7. Hadler S.C., Himman A.K. // Журн. микробиол. — 1993. — № 1. — С. 74–78.
8. Imperato P.J. // Tropical doctor. — 1975. — No. 5. — P. 116–123.
9. Loutan L., Poillard S. // Бюл. ВОЗ. — 1992. — № 6. — С. 44–47.

Поступила в редакцию 16.04.06.

POSTVACCINAL IMMUNITY AND MORBIDITY FROM CONTROLLED INFECTIONS AMONG DIFFERENT ETHNIC GROUPS OF THE POPULATION OF FAR NORTH OF KRASNOYARSK REGION

I.A. Novitsky, V.T. Manchuk

Scientific research institute of medical problems of the North of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science (Krasnoyarsk)

Summary — The morbidity from measles, parotitis, diphtheria and whooping-cough in autonomous region of Taimyr among small nationalities since 1970 till 2004 is investigated. The post-vaccinal immunity to the above-named infections at 2765 person is studied. Small nationalities comparing to Caucasian population have higher parameters of morbidity by controlled infections. From different ethnic groups of the Taimyr region the lowest parameters of immunity and accordingly higher morbidity are registered at nganasan nationality. Authors recommend treating aboriginal population as the risk group of measles, parotitis, diphtheria and whooping-cough.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 61–63.

УДК: 616.895.7/8-036.868

Н.В. Андропова, С.П. Генайло

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные психозы, качество жизни.

Шизофрения — психическое заболевание с разнообразными продуктивными психопатологическими проявлениями и обязательными быстро или медленно развивающимися негативными изменениями личности, преимущественно в эмоционально-воле-

вой сфере, вплоть до социальной отгороженности [9]. Шизотипическое расстройство характеризуется медленным течением, психопатическими и невротическими проявлениями, постепенным развитием изменений личности, которые никогда не достигают выраженного эмоционально-волевого снижения, свойственного шизофрении [11]. Непрогредиентный характер шизоаффективного психоза с отсутствием усложнения симптоматики, а также особенности ремиссий при этом заболевании, протекающих без развития и нарастания негативных изменений личности, служат основными критериями его отграничения от шизофрении и шизотипических расстройств [10].

Размытость и некоторая неопределенность дифференциально-диагностических признаков, базирующихся преимущественно на степени выраженности изменений личности при заболеваниях шизофренического спектра, может быть в значительной степени преодолена в результате исследования качества

жизни больных, так как динамика качества жизни в значительной степени отражает характер личностных изменений при исследуемой патологии, что будет способствовать уточнению критериев ее диагностики [1–3, 5–8, 12, 13].

Нами проведено исследование уровня социально-го функционирования и оценки качества жизни у 43 больных параноидной шизофренией, у 15 – шизотипическими, и 36 – шизоаффективными расстройствами, находившихся на лечении в Краевой клинической психиатрической больнице г. Владивостока в 2005–2006 гг. с длительностью заболевания до 10 лет. С помощью «Опросника для оценки социально-го функционирования и качества жизни психически больных» [4] были изучены медико-биологические, материально-бытовые, социальные, семейные и профессионально-производственные характеристики больных.

Через 10 лет после манифестации заболевания должностное и профессиональное снижение было более распространенным у пациентов с параноидной шизофренией (86%) и шизотипическими расстройствами (73%). У больных с шизоаффективными расстройствами за указанный период нарушение трудовой адаптации отмечалось значительно реже (41,7%), что можно объяснить более благоприятным течением данного заболевания: редкие приступы и качественные ремиссии без остаточных психотических проявлений.

Ограничение социальных контактов преобладало у больных с параноидной формой шизофрении (100%). Пациентов отличали пассивность, безынициативность, погруженность в свой внутренний мир, незаинтересованность в общении, парадоксальность реакций на жизненные трудности, формальность во взаимоотношениях с окружающими. Они выделялись странным внешним видом, неряшливостью, могли годами ходить на работу в ветхой одежде, не обращая внимания на насмешки окружающих. 86,6% больных с шизотипическими расстройствами осознавали, что профессиональные и даже обыденные контакты с окружающими требуют от них максимальной собранности и самоконтроля, в связи с этим ограничивали круг общения. Для 61,1% пациентов с шизоаффективными психозами особенно сложными были ситуации, требовавшие эмоционального напряжения. Они обвиняли окружающих в недостаточной деликатности, отказывались признавать у себя снижение личностной пластичности и гибкости, что способствовало формированию оппозиционных и недоброжелательных отношений.

Снижение уровня потребностей и мотивов деятельности определялось у всех обследуемых после манифестации заболевания. Ограничение контактов с близкими было особенно заметным среди лиц с шизотипическими расстройствами (80%), что можно объяснить их эмоциональной холодностью, эксцентричностью поведения, странными убеждения-

ми и магическим характером мышления. У больных параноидной шизофренией в большинстве случаев (65,1%) внутрисемейные отношения сохранялись по инициативе родственников, которые продолжали опекать больных в связи со значительным снижением у них уровня самообслуживания. В этой группе обследуемых отсутствовала настоящая эмоциональная привязанность к родственникам, отношения в семье были формальными, а нередко и враждебными, но большинство пациентов принимали заботу и помощь близких. Роль родственников в сохранении определенного уровня адаптации была ведущей. Они поддерживали и активизировали интересы больных. У лиц с шизоаффективными расстройствами нарушение внутрисемейных связей отмечено в 38,9%, преимущественно за счет распада брака, в основном у женщин (27,8% женщин против 11,1% мужчин). Большинство пациентов из этой группы проживали в семьях, сохраняли стойкие связи с родственниками. В некоторых случаях отмечалось своеобразие бытового функционирования (например, часть больных женщин сохраняли трудовую адаптацию путем резкого ограничения своих домашних обязанностей и распределения их между другими членами семьи).

Исследование уровня самооценки, столь тесно связанной с изменением эмоционально-волевой сферы, показало, что в группе с параноидной формой шизофрении самооценка была у 81,4% больных неадекватной (16,3% – завышенная, 65,1% – заниженная), а в группе больных с шизоаффективными расстройствами колебалась от завышенной (47,2%) до заниженной (27,7%). У больных с шизотипическими расстройствами в 73,3% случаев наблюдалась заниженная самооценка, так как эти больные осознавали возникающие у них затруднения в общении, свое стремление к ограничению социальных коммуникаций и снижение предприимчивости в ситуациях, требующих эмоционально-волевого напряжения.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что объективные показатели качества жизни наиболее снижены у больных параноидной шизофренией и шизотипическими расстройствами, а идеаторный компонент меньше всего страдает у больных параноидной шизофренией, так как отмечается расхождение между оценкой своего положения самими пациентами и реальными обстоятельствами. Более социально адаптированными оказались больные с шизоаффективными расстройствами, что сочеталось у них, благодаря повышенной самооценке, с сохранением состояния внутреннего психического комфорта.

Полученные результаты можно использовать как при оказании психиатрической помощи пациентам и их родственникам, так и при планировании деятельности психиатрических служб. Изучаемые показатели могут служить основой для выделения групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и самооценки,

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 schyzotypal 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 schyzotypal 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.