

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.

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.

7. Леонова Г.Н., Якушева С.С., Иванис В.А. и др. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2002. — № 1. — С. 49–53.
8. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. *Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы)*. — СПб. : Фолиант, 2000.
9. Федоров Е.С., Барскова В.Г., Ананьева Л.П. и др. // *Клиническая медицина* — 1999. — № 6. — С. 14–19.
10. Dattwyler R.J., Volkman D.J., Halperin J.J. et al. // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* — 1998. — Vol. 538, No. 26. — P. 93–102.
11. Forsberg P., Ernerudh J., Ekerfelt C. et al. // *Clin. Exp. Immunol.* — 1995. — Vol. 101, No. 3. — P. 453–460.

Поступила в редакцию 23.03.2006.

FEATURES OF HUMORAL IMMUNITY AT IXODAE TICK BORRELIOSES IN PRIMORYE

N.V. Mandrakova, V.A. Ivanis

Vladivostok state medical university

Summary — The dynamics of antibodies of A, M, G classes at 30 patients with different clinical forms of the Ixodae tick borreliosis during the early period of illness is investigated. It is shown, that patients with non-erythemic form of disease have a later increase of concentration of antibodies of all classes in comparison with the erythemic form. It is the result of low borreliemia and an opportunity of an endocellular location of the microorganism. Authentic increase of IgA, IgM at erythemic patients on the 1st week of illness with their subsequent increase confirms the Th2-immune answer.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 65–67.

УДК 616.127-007.61-073.97:616.124]:616.233-002+616.248]-036.12

М.Ф. Киняйкин, И.А. Удовиченко, Г.И. Суханова,
М.П. Дементьева, И.В. Наумова, И.В. Новикова,
И.С. Мищенко

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гипертрофия миокарда желудочков, компьютерная электрокардиотопография.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — актуальная проблема современной терапии. Частота ХОБЛ неуклонно растет. По данным ВОЗ, она занимает 4-е место среди причин смерти населения земного шара. Существует прогноз, что в 2020 г. смертность от хронической обструктивной болезни легких удвоится и будет уносить ежегодно жизни 6 000 000 человек [7].

Хроническое легочное сердце является одним из наиболее неблагоприятных осложнений ХОБЛ. 70% таких больных при развитии сердечной декомпенсации умирают в течение 5 лет. Поэтому своевременная диагностика хронического легочного сердца важна для подбора адекватной терапии и улучшения прогноза жизни пациентов. Ранее нами была показана высокая эффективность компьютерной электрокардиотопографии в выявлении гипертрофии правого желудочка [1]. Большую проблему в диагностике здесь представляют пациенты с хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующей гипертонической болезнью и гипертрофией миокарда левого желудочка. В таких случаях признаки гипертрофии одного желудочка нивелируются гипертро-

фией другого и, как правило, не диагностируются стандартными методами исследования. При выраженной гипертрофии миокарда обоих желудочков нередко электрокардиография вообще не обнаруживает отклонений от нормы [2].

По мнению большинства авторов [4, 8], трансторакальная эхокардиография — наиболее точный метод диагностики гипертрофии желудочков, но у больных ХОБЛ этот метод дает большую ошибку — от 24 до 69% случаев [5], что связано с трудностью визуализации правых отделов сердца вследствие выраженной эмфиземы легких у этих больных, отсутствием «ультразвукового окна» и возможностью осмотра только из абдоминального доступа. Выгодно отличается здесь чреспищеводная эхокардиография, которая позволяет в аналогичной ситуации лоцировать правые отделы сердца в 100% случаев [5]. Однако данная методика доступна только высокоспециализированным лечебным учреждениям, трудоемка и нагрузочна для больного.

Исходя из вышеизложенного, нами была предпринята попытка выявить эффективность компьютерной электрокардиотопографии в диагностике комбинированной гипертрофии миокарда желудочков у больных хронической обструктивной болезнью легких с наличием гипертонической болезни.

Обследовано 97 больных в возрасте от 42 до 75 лет, госпитализированных в клинику кафедры госпитальной терапии ВГМУ на базе Приморской краевой клинической больницы № 1. Были выделены три группы обследуемых. 1-ю сформировали 32 больных ХОБЛ среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой степени (GOLD, 2003 [9]) с наличием хронического легочного сердца, подтвержденным одним из методов эхокардиографии. Во 2-ю группу вошли 30 пациентов с ХОБЛ и хроническим легочным сердцем в сочетании с гипертонической болезнью II–III стадии, имеющие гипертрофию миокарда обоих желудочков. В 3-ю группу (контроль) взято 35 человек с гипертонической болезнью II–III стадии без ХОБЛ, с гипертрофией только левого желудочка. Всем больным, помимо общеклинического