

бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения заболевания.

В условиях терапевтических стационаров г. Астрахани (ОКБ № 1 и ГКБ №2) было обследовано 46 пациентов с бронхиальной астмой. Группа контроля состояла из 32 соматически здоровых жителей г. Астрахани. Состояние кожной микроциркуляции исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛАКК-01, НПП «Лазма»).

У больных БА легкого течения выявлялся гиперемический ГДТ – у 15 человек (53,6%), нормоциркуляторный тип – у 10 человек (35,7%), а у 3 человек был диагностирован спастический ГДТ (10,7%). После проведенного лечения преобладающим ГДТ был нормоциркуляторный – 22 человека (78,6%). Удельный вес гиперемического типа снизился до 14,3% (4 человека), а спастический ГДТ до 7,1% случаев.

У больных БА среднетяжелого течения гиперемический ГДТ выявлялся достаточно часто – в 36,8% случаев. Удельный вес нормоциркуляторного ГДТ был ниже, чем при легком течении БА, он определялся у 8 человек (21,1%), застойный ГДТ был диагностирован у 5 человек (13,2%), спастический – у 3 пациентов (7,9%), стазический – у 1 больного (2,6%). У части пациентов наблюдалось сочетание нескольких гемодинамических типов. Эти случаи были отнесены нами к смешанному типу.

У пациентов с тяжелым течением БА гиперемический ГДТ выявлялся у 9 человек (24,2%), спастический у 3 человек (9,1%). С одинаковой частотой определялись застойный и спастико-стазический ГДТ – 36,4% случаев, стазический и смешанный ГДТ – у 5 человек (15,2%). Нормоциркуляторный ГДТ у больных этой группы не диагностировался. После проведенного лечения структура гемодинамических типов у больных БА тяжелого течения практически не изменялась. При тяжелом течении БА гиперемический ГДТ хотя и встречался несколько чаще других, но в общей структуре ГДТ не преобладал. Возможно, это связано с недостаточной активацией или истощением компенсаторных механизмов у пациентов данной группы. Это, по нашему мнению, указывает на то, что при тяжелом течении БА микроциркуляторное русло утрачивает свою лабильность, способность активно и быстро реагировать на изменение внутренней среды организма

Таким образом, у больных БА легкой степени тяжести преобладал гиперемический тип микроциркуляции. При БА среднетяжелого течения гиперемический тип преобладал над другими, но значительна была и доля ГДТ со снижением тканевой перфузии. Эта гипотеза подтверждалась тем, что после лечения у пациентов данной группы частота выявления гиперемического ГДТ увеличивалась, а застойного, спастико-стазического и смешанного – уменьшалась.

Таким образом, установлена высокая информативная ценность исследования гемодинамических типов микроциркуляции у больных с бронхиальной астмой в оценке нарушений легочно-сердечной гемодинамики и прогнозировании её исхода.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПОСТРОЕНИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НЕОТЕХНОЛОГИЙ

Высочин Ю.В., Денисенко Ю.П.

*Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург,
Камский государственный институт
физической культуры, Набережные Челны*

На основе анализа огромного опыта спортивной физиологии и медицины и наших многолетних исследований нами была сформулирована энергетическая концепция здоровья, определены ведущие критерии здоровья, физиологические механизмы защиты здоровья и разработаны основные принципы построения новейших оздоровительных технологий (Высочин Ю.В., 2001; 2002).

Согласно "энергетической концепции", **здоровье - это состояние организма, обеспечивающее эффективный синтез и аккумуляцию биологической энергии, её рациональное (экономичное) расходование и быстрое восполнение в процессе жизнедеятельности.**

Эти же исследования убедили нас в необходимости рассматривать понятие "здоровье", прежде всего, с позиций современной физиологии и адаптологии. По мнению выдающихся отечественных (Сеченов И.М., Введенский Н.Е., Павлов И.П., Ухтомский А.А. и др.) и зарубежных (Бернар К., Селье Г. и др.) физиологов, адаптация является одним из самых фундаментальных качеств живой материи, которое присуще всем известным формам жизни.

В едином, непрерывном процессе адаптации выделяются две основные стадии или фазы. Первая из них - это срочные адаптационные реакции или первичные реакции, возникающие непосредственно в ответ на воздействие того или иного раздражителя и сопровождающиеся более или менее выраженными метаболическими и функциональными сдвигами. Быстро возникающие срочные адаптационные реакции - это реакции, для осуществления которых в организме имеются готовые вполне сформировавшиеся в процессе онтогенеза механизмы. Фактически их можно отнести к разряду реакций срочной мобилизации защиты организма от экстремальных воздействий окружающей среды.

Если для срочной адаптации характерны лишь функциональные сдвиги в ответ на действие того или иного раздражителя, то долговременная адаптация (вторая стадия) отличается существенными морфологическими перестройками различных тканей, органов и систем, которые обеспечивают расширение функциональных возможностей организма и повышение его устойчивости к неблагоприятным воздействиям окружающей среды.

Исходя из этого, нам представляется вполне обоснованным выделение **адаптируемости** (приспособляемости или способности к адаптации), определяемой, в свою очередь, мощностью физиологических механизмов срочной адаптации, в качестве **первого важнейшего объективного критерия формирования, развития и сохранения здоровья. Вторым объ-**

активным и надежным критерием здоровья может служить уровень адаптированности (в спорте - тренированности), т.е. достаточно стабильного состояния организма, достигнутого в процессе долговременной адаптации к условиям жизнедеятельности и окружающей среды. В свою очередь, можно выделить четыре основных (ведущих) признака хорошо адаптированных, то есть хорошо приспособленных к условиям существования, биологических систем:

1. Высокий уровень физической работоспособности (**максимум внешней работы**).

2. Высокий уровень экономичности деятельности различных органов и систем в покое и при нагрузках (**минимум энергетических затрат**).

3. Высокий уровень восстановления органов и систем после воздействий различных адаптогенных факторов или нагрузок (высокая скорость восстановительных процессов).

4. Высокий уровень **надежности и самосохранения биологических систем**, то есть полное сохранение здоровья, репродуктивности и долголетия в усложненных условиях деятельности и окружающей среды.

Возможность детальной расшифровки интимных механизмов этих феноменальных явлений представилась лишь сравнительно недавно, благодаря ряду важных открытий, являющихся результатом наших многолетних комплексных исследований (Высочин Ю.В., Денисенко Ю.П., 2004, 2005) которые позволили выявить недостающие ключевые звенья и замкнуть сложную цепь причинно-следственных взаимоотношений различных процессов и механизмов, обеспечивающих **адаптируемость, адаптированность** и, в конечном итоге, **здоровье человека**.

Итоги бактериологических исследований рыб в рыбоводных хозяйствах различного типа и естественных водоемах Калининградской области.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИСТЕРИОЗА

Гальцева Г.В., Федоренко Л.М.,
Инжеватова В.Б., Буланова Е.Е.

*ФГУЗ Причерноморская противочумная станция,
Новороссийск*

Листерииоз природно-очаговая зоонозная инфекция. Возбудитель - *Listeria monocytogenes*. Официальная регистрация заболевания, как нозологической единицы, в стране проводится с 1956 г. у животных, у людей с 1992 г.

Кроме *L. monocytogenes* известны и другие виды: *L. grayi*, *L. murreyi*, *L. innocuai*, *L. welshimeri*, *L. seeligeri*, *L. ivanovii*.

В инструктивные документы «Лабораторная диагностика листериоза животных и людей, меры борьбы и профилактики» (М., 1987) внесены изменения, по которым диагноз считается установленным при положительных результатах в РНФ (реакция нарастания титра фагов), выделении листерий и результатов биопроб. Методические рекомендации утверждены (М., 1996) и СП 3.1.088-96 «Профилактика и борьба с

заразными болезнями, общими для человека и животных».

В рекомендациях не уделено внимания оценке результатов серологических исследований, выявлению иммунологического фона, носительства, реконвалесцентом.

При листериозе многообразны механизмы передачи возбудителя: фекально-оральный, контактный, аспирационный, трансплацентарный. Листерииоз - пищевая инфекция. Заражение человека происходит алиментарным путем при употреблении молочных продуктов, продуктов моря, рек, мяса от больных животных, овощей с овощехранилищ, где не соблюдены санитарные нормы хранения и где водятся крысы. Возможно профессиональное заражение ветеринаров, работников боен, мясокомбинатов, животноводческих ферм, акушеров, гинекологов.

Диагноз листериоза представляет трудности в связи с многообразием клинических проявлений, отсутствием четких анамнестических и эпидемиологических данных, а также длительностью бактериологического исследования до 2-4 недель. На листериоз исследуют слизь из носоглотки при ангинозной форме, отделяемое глаз - глазной форме, кровь и СМЖ при сепсисе, менингитах, энцефалитах, менингоэнцефалитах, меконий от новорожденных, околоплодную жидкость, плаценту, отделяемое родовых путей у женщин, родивших мертвых или больных детей, материал от мертворожденных.

В рамках эпизоотологического обследования на ООИ исследовали грызунов и других диких животных, клещей, которыми отводится важная роль в инфицировании внешней среды и формировании природных очагов.

При бактериологических исследованиях использовали метод «холодового обогащения» с добавлением в среду накопления УИС (угольный иммуноглобулиновый сорбент). При исследовании сывороток ставили РА с цветным диагностикумом, РСК с цитоплазматическим антигеном, НРИФ, РНГА. При постановке ПЦР использовали листерионо ампли-тест для выявления ДНК листерий с праймерами для фрагмента гена листериолизина *hly-A* (положительные результаты были получены с 15-ю типовыми и коллекционными штаммами листерий).

При исследовании 75 пулов клещей, внутренних органов биопробных животных в некоторых пробах выявили одновременно ДНК листерий и туляремийных микроорганизмов, а также ДНК листерий и ДНК боррелий, что указывает на возможность развития микст-инфекций при нападении и присасывании клещей к коже человека.

При серологическом скрининге в сыворотках людей (более 5000 человек) выявляли антитела к листериям (более 5000 человек) выявляли антитела к листериям (более 5000 человек) выявляли антитела к листериям в титрах 1:100 - 1:3200. Учитывая, что у листерий имеются общие антигены с стафилококками, тифо-паратифозными бактериями, проводили адсорбцию этих сывороток смесью антигенов и отмечали снижение титров антител к листериям. Иммуноглобулины к листериям выделяли из пула сывороток людей (1:400-1:3200), красили ФИТЦ. Специфичность флюоресцирующих иммуноглобули-