

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

Листерия 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. Листерия - 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, которым 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 цитоплазменным антигеном, НРИФ, РНГА. При постановке ПЦР использовали листериомоно 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) 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-

нов подтверждена в РИФ с коллекционными штаммами листерий.

Таким образом, диагноз листериоза может быть заподозрен или поставлен при достоверной разности титров антител в парных сыворотках больных с характерной клинической картиной (РА с цветным диагностикомом, РСК, НРИФ, РНАГ), при исследовании СМЖ (НРИФ, ПЦР, ИФА, бак. анализ, микроскопия) и бактериологическом исследовании методом обогащения с УИС.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Гладилина Е.Г., Ляпина Е.П., Шульдяков А.А.,
Мололкина О.Н., Решетников А.А., Таранова Ю.Н.
*Саратовский государственный
медицинский университет,
Саратов*

Особенностями бруцеллезной инфекции является сложный и многогранный характер патогенеза заболевания, частое развитие хронических рецидивирующих форм инфекции. Несмотря на длительный период изучения бруцеллеза до настоящего времени комплексных исследований, позволяющих оценить клинико-лабораторные параллели и взаимосвязи нарушений баланса перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы, цитокинового профиля, а также маркеров эндотоксикоза при бруцеллезе не проводилось. Также далеки от своего разрешения вопросы объективизации критериев тяжести хронического бруцеллеза и прогноза рецидивов заболевания.

Целью настоящей работы было выявление взаимосвязей и взаимовлияний параметров цитокинового профиля, системы липопероксидации и маркеров синдрома эндогенной интоксикации у больных с различными формами хронической бруцеллезной инфекции и разработка объективных критериев прогнозирования течения хронического бруцеллеза. Для реализации поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 80 больных хроническим бруцеллезом с поражением опорно-двигательного аппарата и комбинированной формой, которые были разделены на две группы в зависимости от стадии заболевания: обострение (40 человек) и ремиссия (40 человек). У всех пациентов определялись диеновые и триеновые конъюгаты, малоновый диальдегид, активность супероксиддисмутазы, каталазы и витамин Е, IL-1 β , IL-4, TNF- α , средние молекулы, циркулирующие иммунные комплексы и С-реактивный белок. Оценивались корреляционные связи клинико-лабораторных показателей и проводился регрессионный анализ для определения возможностей прогнозирования рецидивов болезни.

Анализ результатов исследования позволил установить наличие корреляционных связей между системой липопероксидации, цитокиновым профилем и маркерами синдрома эндогенной интоксикации у больных хроническим бруцеллезом, в которых нашел свое отражение сложный и многокомпонентный характер патогенеза заболевания. Осуществленный ли-

нейный регрессионный анализ дал возможность составить уравнения прогноза, которые с вероятностью до 80% позволяли предсказывать развитие рецидива хронического бруцеллеза.

Таким образом, определение показателей липопероксидации, про- и противовоспалительных цитокинов, маркеров эндотоксикоза при бруцеллезе является перспективными дополнительными методами обследования больных, позволяющими повысить качество диагностического процесса, прогнозировать течение болезни и вероятность развития рецидивов.

ПРОЦЕССЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Гладилина Е.Г., Шульдяков А.А., Мололкина О.Н.,
Ляпина Е.П., Бабиченко О.Е., Мажуга Ю.А.
*Саратовский государственный
медицинский университет,
Саратов*

Социально-экономическая значимость проблемы бруцеллеза определяется особенностями течения данной инфекции с частым развитием хронических рецидивирующих форм болезни и длительной потерей трудоспособности (в ряде случаев инвалидизацией), а также основным поражаемым контингентом - трудоспособное население в возрасте от 20 до 50 лет, что связано как с профессиональными факторами, так и социальными причинами. Несмотря на большое количество работ, посвященных бруцеллезной инфекции, целый ряд вопросов, касающихся патогенеза, клиники, диагностики и терапии современного бруцеллеза остаются открытыми.

В настоящее время перекисное окисление липидов (ПОЛ) рассматривается, как один из универсальных механизмов патогенеза при инфекционных заболеваниях, а показатели, отражающие сдвиги в ПОЛ являются ключевыми факторами, обуславливающими деструкцию мембран клеток. Течение бруцеллезной инфекции сопровождается изменением ряда отдельных параметров, характеризующих ПОЛ, однако комплексных исследований, позволяющих оценить клинико-лабораторные параллели и взаимосвязи изменений процессов липопероксидации со стадией заболевания при бруцеллезе, не проводилось. Нерешенной до настоящего времени остается проблема объективизации тяжести хронического бруцеллеза и прогноза рецидивов инфекции.

Целью данной работы была оценка состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантного статуса с учетом формы хронического бруцеллеза и разработка объективных критериев прогнозирования течения хронического бруцеллеза на основе комплексного клинико-лабораторного исследования. Для реализации поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 80 больных хроническим бруцеллезом с поражением опорно-двигательного аппарата и комбинированной формой, которые были разделены на две группы в зависимости от стадии заболевания: обострение (40 человек) и ремиссия (40 человек). У всех пациентов определялись диеновые и