

рых ТОО «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург). Результаты выражали в пкг/мл. Материал, полученный при исследовании параметров неспецифической иммунологической реактивности у наблюдаемых больных с ОП, сравнивали с результатами исследования указанных показателей у 80 детей того же возраста I-II групп здоровья, проживающих в г. Кирове и Кировской области (контрольная группа).

Изменения иммунологической реактивности у общей группы больных с ОП при поступлении в ста-

ционар проявлялось в снижении показателей фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса и НСТ-теста. У них также наблюдалось тринадцатикратное превышение нормальных показателей содержания ИЛ-1 $\beta$  и существенное повышение количества ФНО- $\alpha$  в сыворотке. Спустя 3 месяца после выписки у больных регистрировалось снижение активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса, оставались на прежних высоких позициях концентрации ИЛ-1 $\beta$  (см. таблицу).

**Таблица 1.** Неспецифическая резистентность организма у детей с ОП (M $\pm$ m)

Показатели	Показатели детей контрольной группы, n=80	Показатели больных общей группы до лечения, n=50	Показатели больных общей группы через 3 месяца после лечения, n=50
<i>Состояние фагоцитоза:</i>			
ФАН, %	69,13 $\pm$ 1,24	46,89 $\pm$ 1,45*	59,11 $\pm$ 2,07*
ФИ	10,69 $\pm$ 0,18	6,95 $\pm$ 0,23**	8,43 $\pm$ 0,21**
НСТ-тест, %	19,17 $\pm$ 0,75	14,06 $\pm$ 1,55*	16,37 $\pm$ 1,63
<i>Цитокиновый статус:</i>			
ИЛ-1 $\beta$ , пкг/мл	16,26 $\pm$ 1,13	211,64 $\pm$ 26,8	222,80 $\pm$ 10,38*
ФНО- $\alpha$ , пкг/мл	8,06 $\pm$ 1,02	19,68 $\pm$ 1,01*	16,76 $\pm$ 0,78**

**Примечание:** «\*» - p<0,05; «\*\*» - p<0,001

Результаты исследований свидетельствуют о том, что у детей с ОП, осложняющим течение ВОУ, выявлялись сдвиги показателей как клеточного, так и гуморального звена неспецифической резистентности организма. Наличие глубоких и стабильных изменений иммунологической реактивности (даже в отдаленном периоде после стационарного лечения) при врожденных обструктивных уропатиях с вторичным хроническим пиелонефритом обосновывает целесообразность включения в комплексную терапию больных лечебных мероприятий, направленных на коррекцию этих иммунологических нарушений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гидронефроз /Карпенко В.С., Хрипта Ф.П., Романенко А.М. и др. – Киев. – Здоровья. – 1991. – 239 с.
2. Державин В.М., Казанская И.В., Вишневецкий Е.Л., Гусев С.Б. Диагностика урологических заболеваний у детей. – М. – 1984. – 214 с.
3. Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В., Ларионов И.Н., Чумаков А.М. //Урология и нефрология. – 1996. - №3. –С. 3 – 5.
4. Разин М.П., Иллек Я.Ю., Саламайкин Н.И. Морфологическое обоснование выбора оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей //Нижегородский медицинский журнал. – 2002. - №4. – с.14 – 16.
5. Разин М.П., Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Галкин В.Н., Скобелев В.А. Иммуногенетика врожденного гидронефроза //Детская хирургия. – 2003. - №1. – с.20 – 22.
6. Krueger RP, Ash, Silver MM et al. /Ural Clin North Am 7:231 – 242, 1980.
7. Razin M.P., Illek Y.Y., Sukhikh N.K., Razin A.P. Clinical morphology of congenital hydronephrosis /Health and formation. Technologies keeping health in medicine, formation, business. Materials of the interna-

tional scientifically-practical conference. – Thailand. – 2004. – P. 109-114.

#### СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

Семакова Е.В., Макарова И.Ю.

Смоленская государственная медицинская академия,  
Смоленский государственный университет,  
Смоленск

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) представляет собой особую форму нервно-психического варианта дизонтогенеза. Развитие СДВГ обусловлено генетическими, перинатальными и социально-психологическими механизмами (57%, 84%, 63%, соответственно). Генетические и перинатальные механизмы вызывают поражение нервных структур и участвуют в образовании трудно корригируемых первичных синдромов заболевания (дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность). Вторичное симптомообразование большей частью обуславливается социально-психологическими факторами, которые могут выступать в роли первичных механизмов, но чаще их воздействие синергично.

Изучение частоты встречаемости социально-психологических влияний при СДВГ проводилось при многоцентровом одномоментном исследовании «Поведенческие особенности ребенка» в 2002-2006 гг. в 9 городах, областных и районных центрах Российской Федерации – Андреаполь (Тверская обл.), Калуга, Кемерово, Сафоново (Смоленская обл.), Сергиев Посад (Московская обл.), Смоленск, Череповец, Якутск, Ярославль. Обследование проводилось методом добровольного сплошного анкетирования с учетом рекомендаций МОПБГ.

Объектом исследования были дети, информация о которых собиралась при опросе членов их семьи (мать, отец, бабушка, дедушка). В каждом областном центре было опрошено не менее двухсот семей, районном – не менее ста. Отбор семей производился случайным образом.

В качестве исследуемых явлений были оценены:

- наличие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, о чем судили на основании особенностей поведения детей (наличие дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности);

- ведущие механизмы СДВГ (генетический, морфо-функциональные нарушения, социальные факторы).

Установлено, что социально-психологические факторы принимают участие в формировании СДВГ у 97,1% (67) детей городов. Причем статистически значимой зависимости между численностью населения городов и частотой воздействия данных факторов не выявлено. Наиболее интересные данные, полученные при анкетировании представлены в таблице №1.

**Таблица 1.** Сравнительные динамические характеристики некоторых социальнопсихологических влияний у детей с СДВГ

Исследуемые параметры	Семьи без детей с СДВГ		Семьи детей с СДВГ	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Вертикальные стрессоры				
• Алкоголизация близких родственников	121	8	16	23
• Поведенческие девиации в нескольких поколениях	112	7	18	26
Горизонтальные стрессоры				
• Смерть близких родственников	704	46	31	45
• Разводы	343	22	21	30
Частые семейные конфликты	807	53	153	77

Таким образом, сравнительным исследованием, проводимым на многочисленной выборке, установлено на значимость влияния социально-психологической среды на детей, которые особенно чувствительны к таким воздействиям в критические возрастные периоды. В этой связи нам хотелось бы обратить внимание на необходимость создания реальной, эффективной действующей системы помощи детям с СДВГ и из группы риска по его развитию.

### РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Чураков А.А., Попков В.М. \*,  
Куличенко А.Н. \*\*, Глыбочко П.В.\*  
МЦ «Врачебная практика», Саратов,  
\* ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,  
\*\* Российский НИПЧИ «Микроб»

Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы, в России этой болезнью страдает до 35-40% мужчин трудоспособного возраста [Лопаткин Н.А., 1998].

По данным большого числа публикаций последних лет и собственных исследований 85% и более случаев хронического простатита обусловлено микробным фактором, из них более половины вследствие скрытых урогенитальных инфекций. [Амозов М.Л., Дьяченко А.И., 2001; Тиктинский О.Л. с соавт., 2002.; Тиктинский О.Л., Тиктинский Н.О., 2004].

О ведущей роли инфекционных агентов в развитии простатита свидетельствуют факты превалирования уретрогенного механизма возникновения хронического воспалительного процесса в предстательной железе, хотя в механизмах обострения заболевания ведущую роль играют факторы, приводящие к застою

и венозному полнокровию органов малого таза, к нарушению микроциркуляции и иннервации простаты, развитию конгестивных явлений, рефлюкса мочи в протоки и ацинусы железы [Юнда И.Ф., 1989; Глыбочко П.В., с соавт., 2004].

С совершенствованием методов лабораторной диагностики все меньший процент из общего числа больных хроническим простатитом приходится на абактериальный, или неинфекционный простатит. К часто встречающимся формам относят хронический инфекционный простатит (ХИП), развившийся с участием хламидий или трихомонад.

По данным М.Ф.Трапезниковой (2005) наиболее часто встречающимся типом простатита у пациентов Московского региона является бактериальный простатит, при этом доминирует грамположительная микрофлора. Анализ антибиотикорезистентности штаммов изолятов свидетельствовал о высокой частоте штаммов, обладающих резистентностью к различным применяемым в настоящее время антибиотикам. С высокой частотой при хроническом простатите выявляется эпидермальный стафилококк (в количестве  $1 \times 10^4$  м.к./мл и более), а также энтерококки. Результаты исследований посевов мочи, эякулята, секрета простаты у больных ХП, проведенных в стационаре и поликлинике НИИ урологии, свидетельствовали о большом количестве случаев выделения грамположительной кокковой флоры – 88% среди выделенных микроорганизмов, с преобладанием эпидермального стафилококка (43%) и энтерококков (15,3%).

Очевидно, что для верной интерпретации фактов выделения *Staphylococcus spp.* (в том числе *S.epidermidis*), *Streptococcus spp.*, *Enterococcus*, *E.coli* при ХИП необходимо, во-первых, использовать количественные методы оценки их содержания в исследуемом материале, позволяющие объективно отметить превышение «порога патогенности», во-вторых,