

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 1×10^4 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,

уделять пристальное внимание возможным ассоциациям бактерий, в том числе с возбудителями ИППП (хламидиями, трихомонадами), «сообща участвующим» в развитии воспаления. С наибольшей частотой изменения предстательной железы по данным УЗИ имеют место именно при смешанной инфекции.

По данным Nickel J.C. (2000) несмотря на то, что только 5-10% пациентов с симптомами простатита «культурально положительны» при исследовании секрета простаты, антибактериальная терапия оказалась эффективной в 40% случаев, что косвенно свидетельствует о значении инфекционного фактора в развитии болезни. Приведенные факты подтверждают необходимость создания стандартизированных алгоритмов лабораторной диагностики ХИП, ориентированных на комплексное применение современных методов.

Статистически значимое увеличение частоты ассоциаций *T. vaginalis* с *S. epidermidis* и/или *Enterococcus spp.* при обструктивном ХИП и возрастании частоты их выявления на фоне дренирующих процедур при наличии микрополостных образований - свидетельствуют о возможной роли данной смешанной инфекции в формировании псевдомикроабсцессов предстательной железы. Это положение может быть теоретически обосновано известными данными о факторах патогенности трихомонад, эпидермального стафилококка и энтерококков. *T. vaginalis*, обладая устойчивостью к антимикробным компонентам секрета предстательной железы, образует фермент гиалуронидазу, способствующую разрыхлению тканей и проникновению в межклеточные пространства «сопутствующих» микроорганизмов. Эпидермальный стафилококк обладает адгезивностью и способностью образовывать биопленки [Сидоренко С.В., 2004]. Эндотоксин стафилококков, а также цитолизин и субстанция агрегации энтерококков способствуют очаговым повреждениям тканей и формированию абсцессов. Явление синергизма энтерококков с другими микроорганизмами описано в литературе [Montravers, P. et al., 1994].

Очевидно, что в таком симбиозе, на первом этапе, стафилококки и энтерококки, вследствие действия гиалуронидазы трихомонад, «внедряются» в окружающие ацинусы участки, где, уже за счет собственных факторов вирулентности, вызывают альтерацию тканей и хемотракцию лейкоцитов, что приводит к развитию, на фоне ослабленного местного иммунного ответа, классического варианта вялотекущего воспаления с образованием, «теплых» гнойников, или псевдомикроабсцессов [Степанов В.Н., Гуськов А.Р., 2001].

Таким образом, полиэтиологичность и многофакторный патогенез болезни, значение смешанных инфекций в хронизации процесса - предполагают необходимость комплексной диагностики ХИП, обеспечивающей информацию как о структурных изменениях железы, составе ее секрета, так и о характере микрофлоры с применением количественного микробиологического анализа. Обнаружение отдельных видов условно-патогенных микроорганизмов при лабораторных анализах не позволяет дать объективную оценку их участия в патологическом процессе и ре-

шить вопрос о необходимости проведения этиотропной терапии. Только количественные исследования, определяющие соотношения членов ассоциации микроорганизмов дают возможность определить их роль в данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амозов М.Л. с соавт. //ИППП. – 2001. - № 5. – С. 18-19.
2. Глыбочко П.В. с соавт. //Материалы пленума правления Российского общества урологов. – М., 2004. – С.40-41.
3. Лопаткин Н.А. (ред.) Руководство по урологии: в 3 томах. – М.: Медицина. – 1998.
4. Степанов В.Н. с соавт. //Урология. – 2001.- №1.- С.22-27.
5. Сидоренко С.В. //Клиническая фармакология и терапия – 2004. – №2 - С. 16 – 26.
6. Тиктинский О.Л. с соавт. //Материалы X Российского съезда урологов. – Москва. – 2002. – С.329-330.
7. Тиктинский О.Л. с соавт. //Материалы пленума правления Российского общества урологов. – М., 2004. – С.369.
8. Трапезникова М.Ф. //Материалы 2-й Всероссийской конференции "Мужское здоровье". - Москва. - 2005. - С.225.
9. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. – Киев: Здоров'я. – 1989. – 265с.
10. Montravers, P. et al. //J. Infect.Dis., 1994, 169, 821-830.
11. Nickel J. C. //Brit. J. Urol. Int. - 2000. – V.85. - P.179-185.

ВАРИАбельность Сердечного Ритма у Больных с Синдромом Острой Дисциркуляторной Энцефалопатии

Шанин П.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Анализ вариабельности сердечного ритма основан на измерении продолжительности интервалов между сердечными сокращениями для последующего анализа полученных значений различными математическими методами. Изменения, регистрируемые кардиоанализаторами, предшествуют метаболическим и гемодинамическим нарушениям, клиническим проявлениям и являются ранними предвестниками различных заболеваний.

Причины формирования острой дисциркуляторной энцефалопатии крайне разнообразны, однако среди основных следует отметить артериальную гипертензию. Развитие ДЭ у больных со стойким повышением артериального давления обусловлено в первую очередь поражением мелких мозговых артерий (микроангиопатии).

На сегодняшний день показано, что одним из показателей определения состояния функции нервной системы и риска внезапной смерти является вариабельность ритма сердца (ВРС).