

больных без ИППП – 17,2 [13,8; 23,4]%, у бесплодных больных с ИППП – 15,5 [13,5; 17,6] %. Таким образом, было отмечено негативное влияние ИППП на реакцию кожных микрососудов на симпатическую стимуляцию. Как в группе фертильных больных ХП с ИППП, так и в группе бесплодных больных ХП с ИППП снижение ПМ в ходе дыхательной пробы было статистически значимо ( $p < 0,001$ ) меньше, чем в соответствующих группах больных без ИППП. Причем различия между группой фертильных больных ХП с ИППП и группой бесплодных больных ХП с ИППП были статистически незначимы ( $p = 0,357$ ).

**Выводы.** Установлено негативное влияние ИППП на микрососудистую реактивность в пробе с симпатической стимуляцией как в группе бесплодных, так и в группе фертильных больных хроническим простатитом.

#### УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА $\beta$ -1 ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Садретдинов Р.А., Воронина Л.П.,  
Полунин А.А., Ерина И.А.

*Астраханский государственный медицинский  
университет, Астрахань,  
e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru*

**Цель.** проанализировать уровень трансформирующего фактора роста  $\beta$ -1 (ТФР- $\beta$ 1) у бесплодных и фертильных больных хроническим простатитом (ХП) в зависимости от наличия инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

**Материалы и методы исследования.** 280 больных ХП были распределены на 4 группы: 70 фертильных больных без ИППП, 70 фертильных больных с ИППП, 70 бесплодных больных без ИППП и 70 бесплодных больных с ИППП. Группу контроля составили 50 соматически здоровых мужчин. Определение уров-

ня ТФР- $\beta$ 1 в сыворотке крови осуществлялось с помощью иммуноферментного анализа (тест-система «Bender MedSystems», Австрия).

**Результаты.** Медиана уровня ТФР- $\beta$ 1 у бесплодных больных ХП была статистически значимо ( $p < 0,001$ ) выше как по сравнению с группой контроля, так и по сравнению с группой фертильных больных ХП. Уровень ТФР- $\beta$ 1 в группе фертильных больных ХП без ИППП составил 31 нг/мл, что не имело статистически значимых различий ( $p = 0,232$ ) по сравнению с группой контроля. В группе фертильных больных ХП с ИППП уровень ТФР- $\beta$ 1 составил 31,5 нг/мл, что не имело статистически значимых различий как с группой контроля ( $p = 0,237$ ), так и с группой фертильных больных ХП без ИППП ( $p = 0,295$ ). У фертильных больных ХП нам не удалось проследить зависимость уровня ТФР- $\beta$ 1 от наличия ИППП. В группе бесплодных больных ХП без ИППП уровень ТФР- $\beta$ 1 составил 56 нг/мл, что было статистически значимо ( $p < 0,001$ ) выше как по сравнению с группой контроля, так и по сравнению с группой фертильных больных ХП без ИППП. В группе бесплодных больных ХП с ИППП уровень ТФР- $\beta$ 1 составил 66,5 нг/мл, что было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля ( $p < 0,001$ ), а также по сравнению с группами бесплодных больных без ИППП ( $p = 0,009$ ) и фертильных больных с ИППП ( $p < 0,001$ ). То есть, у бесплодных больных ХП прослеживалось увеличение уровня ТФР- $\beta$ 1 при наличии ИППП.

**Выводы.** Увеличение трансформирующего фактора роста  $\beta$ -1 в крови бесплодных больных хроническим простатитом может свидетельствовать об усилении фиброобразования и о влиянии данного процесса на развитие бесплодия у больных ХП. Данный вывод подтверждался также выявленной корреляционной связью между наличием бесплодия и уровнем ТФР- $\beta$ 1 ( $r = 0,61$   $p < 0,001$ ) у больных хроническим простатитом.

### Заочные электронные конференции

#### Медицинские науки

#### АКТУАЛЬНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПРЕАКТИВНОСТЬЮ

Панков М.Н., Старцева Л.Ф.

*ФГАОУ ВПО «Северный (Арктический) федеральный  
университет им. М.В. Ломоносова», Архангельск,  
e-mail: m.pankov@narfu.ru*

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является широко распространенным, длительным, непроцессуальным, поддающимся лечению детским поведенческим расстройством, характеризующимся тремя

группами симптомов: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью. СДВГ сопровождается задержкой развития систем мозга, обеспечивающих формирование высших психических функций, таких как внимание, память, восприятие, письменная и устная речь, нарушениями социализации, школьной дезадаптацией, снижением успешности обучения. Данный синдром затрагивает, по результатам разных исследований, от 3–7% детей школьного возраста до 8–12% детской популяции во всем мире. СДВГ чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (в среднем соотношение 4,3:1).

Термин «синдром дефицита внимания» был выделен в начале 80-х годов из более широкого понятия «минимальной мозговой дисфункции», изучавшейся Е. Kahn и соавт. (1934). Авторы высказали предположение, что двигательная расторможенность, отвлекаемость, импульсивность поведения у детей школьного возраста связана с повреждением головного мозга неизвестной этиологии, и предложили термин «минимальное мозговое повреждение». В дальнейшем в понятие «минимальное мозговое повреждение» были включены нарушения обучения: трудности и специфические нарушения в обучении навыкам письма, чтения, счета; нарушения перцепции и речи. Впоследствии статическая модель «минимального мозгового повреждения» уступила место более динамичной и более гибкой модели «минимальной мозговой дисфункции» (ММД). В 1962 году был введен термин и диагноз ММД (Оксфордская международная группа по детской неврологии), признанный слишком общим и расплывчатым, создающим разночтения в диагностике и лечении. В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация – DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), – согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности. Основной предпосылкой явился тот факт, что наиболее частые и значимые клинические симптомы минимальной мозговой дисфункции включали нарушение внимания и гиперактивность. В классификации DSM-IV данные синдромы объединены под одним названием «синдром дефицита внимания/гиперактивности». В настоящее время в США использует-

ся классификация DSM-V. В МКБ-10 синдром рассматривается в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» в подразделе «Нарушение активности и внимания» (F90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1). Также необходимо отметить, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью может быть как первичным, т.е. самостоятельной нозологической единицей, так и возникать в результате других заболеваний, то есть иметь вторичный или симптоматический характер (генетически детерминированные синдромы, психические заболевания, последствия перинатальных и инфекционных поражений центральной нервной системы).

СДВГ – нейробиологическое расстройство, этиология и патогенез которого носят комбинированный характер. Несмотря на значительное количество исследований, проведенных к настоящему времени, причины и механизмы развития СДВГ остаются недостаточно раскрытыми. Таким образом, представляется крайне важным длительное (не менее полугода) наблюдение ребенка группой специалистов для проведения дифференциальной диагностики и постановки клинически обоснованного диагноза синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

#### Список литературы

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 256 с.
2. Клиникофизиологические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (обзор литературы) / М.Н. Панков, А.В. Грибанов, И.С. Депутат и др. // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 91–97.
3. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.

### *Международная научно-практическая конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Информационно-коммуникативная культура: наука и образование»*

#### *Педагогические науки*

#### **К ВОПРОСУ О ТЕСТИРОВАНИИ ЛЕКСИКИ В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ**

Барышникова О.Е., Пудеян Л.А.

*Донской государственный технический университет, Ростов-на-Дону,  
e-mail: olga.baryshnikova.63@mail.ru*

В настоящее время нет необходимости убеждать кого-либо в пользе тестов как средстве контроля усвоения лексических и грамматических единиц и владения некоторыми видами речевой деятельности (чтения и аудирования). В известных условиях это средство контроля является оптимальным по надежности и экономичности, а именно когда возникает необходимость про-

контролировать знания и умения на уровне узнавания, на уровне простейшей мыслительной операции, являющейся фундаментом для овладения операциями более высокого порядка.

То, что выполнение тестов базируется на узнавании, элементарной психической функции, обычно относят к недостаткам тестов. Мы бы назвали это, скорее, известным ограничением, накладываемым самой природой тестов на область их применения. Однако в пределах этой области – контроле на уровне узнавания – тесты, пожалуй, не имеют себе равных.

Целью тестирования по иностранному языку в неязыковом вузе как правило становится проверка знания лексики, предназначенной