

стране. Местнораспространенный РПЖ представляет собой злокачественную опухоль с инвазией за пределы капсулы простаты. Из-за высокого риска рецидивирования особое значение при определении тактики лечения таких пациентов имеет правильная диагностика.

Цель исследования — оценка первичных показателей клинической эффективности позитронно-эмиссионной томографии с ¹¹C-холином и магнитно-резонансной томографии малого таза у больных с местнораспространенным РПЖ перед планированием лечения.

Материалы и методы. Проведено сравнительное проспективное исследование с участием 40 больных в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст — $60,2 \pm 1,0$ года), у которых был установлен диагноз «местнораспространенный РПЖ (Т3N0M0)».

При комплексном обследовании всем пациентам до оперативного лечения определена сывороточная концентрация простатического специфического антигена (ПСА) иммуноферментным методом, выполнены МРТ малого таза с внутривенным контрастированием, ПЭТ-КТ всего тела с ¹¹C-холином. Всем пациентам проведена лапароскопическая радикальная простатэктомия с расширенной лимфодиссекцией до бифуркации общих подвздошных сосудов.

Рассчитывали следующие показатели диагностической ценности исследований: чувствительность — отношение истинно позитивных (ИП)

к сумме ИП и ошибочно негативных (ОН) результатов; специфичность — отношение истинно негативных (ИН) к сумме ИН и ошибочно позитивных (ОП) результатов; позитивную предсказывающую ценность (ППЦ) — отношение ИП к сумме ИП и ОП результатов; негативную предсказывающую ценность (НПЦ) — отношение ИН к сумме ИН и ОН результатов.

Результаты и обсуждение. Оценка диагностической (прогностической) значимости ПЭТ-КТ и МРТ продемонстрировала высокие клинически значимые показатели выявления метастазов как в лимфоузлах, так и в костях. Сравнительная характеристика обнаружения метастазов РПЖ в лимфоузлах по данным ПЭТ-КТ и МРТ показывает существенное преимущество ПЭТ-КТ по показателям ИП, ОН ($\phi = 2,3$; $p < 0,05$) и преобладающие абсолютные величины: ППЦ, НПЦ, специфичности, чувствительности.

Показатели диагностической ценности ПЭТ-КТ с ¹¹C-холином в выявлении метастазов РПЖ в лимфоузлах следующие: чувствительность — 75,4 %, специфичность — 78,6 %, ППЦ — 80,5 %, НПЦ — 72,6 %.

Выводы. Хорошие показатели клинической значимости ПЭТ с ¹¹C-холином в планировании лечения пациентов с местнораспространенным РПЖ позволяют рекомендовать включение данного метода в протокол обследования пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА СИСТЕМНОГО И ОРГАННОГО УРОВНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АБАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ III В КАТЕГОРИИ

© *И.С. Шорманов, И.И. Можяев, А.С. Соловьев, Н.С. Шорманова*

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ярославль)

Введение. Среди всех форм хронического простатита наибольшую сложность с точки зрения диагностики и возможностей эффективной фармакотерапии вызывает невоспалительный вариант хронического абактериального простатита (ХАП) — ХАП III В категории, который, будучи самой частой клинической формой заболевания (до 90 %), при этом не имеет четких достоверных диагностических критериев, представляя собой, по сути, «диагноз исключения». В настоящее время ХАП III В категории рассматривается с позиций тесного патогенетического взаимодействия разнообразных системных и органических нарушений гомеостаза с точкой приложения эффектов в предстательной железе. При этом одна из ключевых ролей принадлежит взаимодействующим между собой иммуновоспалительным механиз-

мам, усилению липопероксидации на фоне снижения антиоксидантной системы защиты и дисбалансу медиаторов вегетативной нервной системы.

Цель — изучить изменения цитокинового, оксидативного и вегетативно-медиаторного статуса у больных с ХАП III В категории.

Материалы и методы. Материалом для работы послужили результаты обследования 90 пациентов с диагнозом «хронический абактериальный простатит III В категории в стадии обострения» и 30 здоровых мужчин, составивших контрольную группу. Биохимическим лабораторным тестам подвергались периферическая кровь и секрет предстательной железы. Для оценки цитокинового статуса вычисляли уровни провоспалительного ИЛ-8 и противовоспалительного ИЛ-10. Для оценки оксидативного статуса определяли проме-

жуточные и окончательные продукты перекисного окисления липидов, а также активность фермента каталазы. Для оценки вегетативно-медиаторного статуса проводили определение биогенных аминов.

Результаты. Исследование уровней про- и противовоспалительных цитокинов в плазме крови показало, что у больных с обострением ХАП концентрация провоспалительного ИЛ-8 была достоверно выше, чем у мужчин контрольной группы, на 86 %, концентрация же противовоспалительного ИЛ-10 у них оказалась достоверно ниже на 8,4 %. При исследовании этих же показателей в секрете предстательной железы было установлено то же направление различий: соответственно на 140 и 34 %. При этом значения плазменного и простатического уровней ИЛ-10 у мужчин контрольной группы были сопоставимы с недостоверной разницей между ними. В то же время у больных с обострением ХАП простатический уровень ИЛ-10 оказался достоверно на 23,4 % ниже по сравнению с его плазменным уровнем.

Исследования оксидативного статуса плазмы крови показали, что в период обострения ХАП в крови одновременно отмечалось достоверное усиление процессов перекисного окисления липидов и синхронное повышение активности каталазы в 1,3 раза. В секрете предстательной железы наблюдалось достоверное повышение концентрации диеновых конъюгатов — на 36,4 %, при этом концентрация малонового диальдегида достоверно не повышалась, а активность каталазы была повышена в 2,1 раза.

По результатам изучения обмена биогенных аминов плазмы крови были выявлены достоверные различия только в отношении адреналина,

значение которого у пациентов с обострением ХАП оказалось в 1,4 раза выше по сравнению с контрольной группой, что отражало наличие системной симпатической гиперактивности.

Заключение. При обострении ХАП IIIВ категории наблюдаются изменения гомеостаза как на системном, так и на органном уровне. При этом наиболее выраженные изменения цитокинового статуса происходили в ткани предстательной железы, где наблюдалось резкое снижение концентрации противовоспалительного ИЛ-10, что отражает, на наш взгляд, неадекватность ее системы противовоспалительной защиты. Выраженность нарушений оксидативного статуса также оказалась больше в предстательной железе, чем в системном кровотоке. Наиболее существенные нарушения оксидации были связаны с высоким уровнем каталазной активности секрета предстательной железы. Сам же факт повышения активности каталазы мог свидетельствовать об относительно недостаточной активности этого фермента в секрете предстательной железы при обострении ХАП IIIВ категории. Выявленная гиперadreналинемия служила дополнительным критерием системной симпатической вегетативной гиперактивности, клинически наблюдаемой при данном заболевании.

Таким образом, комплексное лабораторное исследование показало, что ХАП IIIВ категории в стадии обострения является не локальным асептическим воспалением предстательной железы, а патологией с системными патогенетическими механизмами, находившимися в тесном взаимодействии с аналогичными органами системами обеспечения гомеостаза.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© *И.С. Шорманов, О.В. Бажина, С.А. Жигалов*

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ярославль)

Цель — оценить течение контраст-индуцированной нефропатии (КИН) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) по данным ретроспективного анализа за 2017 г.

Материалы и методы. В исследование включены 1292 пациента с ОКС, госпитализированных в региональный сосудистый центр ЯОКБ в 2017 г. Диагностику и стратификацию КИН проводили с помощью международной классификации ОПП — KDIGO (повышение креатинина сыворотки на $\geq 26,5$ мкмоль/л (0,3 мг/дл) от исход-

ного уровня в течение 48 часов или повышение в 1,5 раза по сравнению с известным исходным уровнем в течение недели до исследования).

Результаты. Встречаемость КИН в когорте пациентов с ОКС составила 6,8 % (88/1292). Распределение по тяжести КИН: 1-я стадия — 74/88 (84,1 %), 2-я стадия — 12/88 (13,6 %) и 3-я стадия 2/88 (2,3 %). Выявлены следующие факторы риска КИН: сахарный диабет — у 31,8 %, возраст более 75 лет — у 31,8 %, анемия — у 18,2 %, СКФ (СКДЕPI) менее 60 мл/мин/1,73 м — у 13,6 %,