

гипотония — у 4,5 %. При оценке по шкале Mehran риски развития КИН распределились следующим образом — низкий риск — 54,5 %, средний риск — 36,4 %, высокий риск — 9,0 %. Доза РКП (Ultravist 370 — 60,68 %, Omnipaque 350 — 28,32 %) у пациентов с КИН была достоверно выше ($190 \pm 68,4$ мл), чем у пациентов без КИН ($122 \pm 45,3$ мл), ДИ для разницы средних — 68; 95 % CI (57,84; 78,16). Почечный прогноз в подавляющем большинстве случаев был благоприятный. У 97 % было зафиксировано полное вос-

становление функции почек. Среднее число дней до полного восстановления функции почек составило $6 \pm 3,1$. Пациенты с КИН имели более продолжительные сроки госпитализации по сравнению с пациентами без КИН ($14,3 \pm 5,25$ и $10 \pm 3,14$ соответственно; ДИ — 4; 95 % CI (3,31; 4,69)).

Выводы. При анализе данных показана высокая частота встречаемости КИН у пациентов с ОКС, в подавляющем большинстве ОПП носила доброкачественный характер, однако значительно влияла на длительность пребывания пациентов в стационаре.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ α -ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ III В КАТЕГОРИИ

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

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

Цель — изучить эффективность α -липоевой кислоты в комплексном лечении пациентов с ХАП III В категории.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 90 пациентов с диагнозом «хронический абактериальный простатит III В категории в стадии обострения». После комплексного обследования всех больных случайным образом разделили на 2 группы (по 45 человек в каждой) в зависимости от варианта фармакотерапии. Пациенты первой группы в течение 30 дней получали стандартную терапию, включающую НПВС, препарат простанорм и $\alpha 1$ -адреноблокатор. Пациенты второй группы в течение 5 суток ежедневно получали препарат α -липоевой кислоты внутривенно капельно, а затем стандартную терапию, дополненную таблетированным препаратом α -липоевой кислоты 1 раз в сутки в течение 30 дней. Биохимическим лабораторным тестам подвергались периферическая кровь и секрет предстательной железы. При этом оценивали цитокиновый и оксидативный статус. Для оценки цитокинового статуса вычисляли уровни провоспалительного ИЛ-8 и противовоспалительного ИЛ-10. Для оценки оксидативного статуса определяли промежуточные и окончательные продукты перекисного окисления липидов, а также активность фермента каталазы.

Результаты. Общими достоверными изменениями указанных систем гомеостаза, наблюдавшимися в ходе терапии в плазме крови больных обеих групп, были:

- уменьшение концентрации провоспалительного ИЛ-8;

- увеличение концентрации противовоспалительного ИЛ-10;
- торможение патологических реакций избыточного перекисного окисления липидов в виде снижения концентрации промежуточных и конечных продуктов ПОЛ на фоне снижения исходно повышенной каталазной активности плазмы крови.

При этом более выраженные достоверные позитивные изменения цитокинового и оксидативного статусов наблюдались у больных второй группы. Дополнительное назначение препарата α -липоевой кислоты привело к повышению эффективности лечения: плазменная концентрация ИЛ-8 уменьшилась на 32,4 %, плазменная концентрация ИЛ-10 увеличилась на 9,1 %, плазменная концентрация диеновых конъюгатов снизилась на 11,1 %, плазменная концентрация малонового диальдегида снизилась на 25,3 %, а активность каталазы крови повысилась на 6,7 % по сравнению с группой одной только стандартной терапии.

Таким образом, средняя эффективность комбинированной терапии в отношении указанных выше системных параметров составила 16,9 %.

Динамика показателей локального цитокинового статуса и оксидативного баланса практически полностью совпадала с динамикой аналогичных показателей на системном уровне, только степень их выраженности была выше. Так, уровень каталазы в ее секрете оказался на достоверно более низком уровне, чем в плазме крови, аналогичные более выраженные по сравнению с плазмой крови изменения претерпе-

вали и уровни про- и противовоспалительных цитокинов секрета. Как и в случае с системными показателями, больные второй группы демонстрировали достоверно лучшие результаты. У больных второй группы уровень ИЛ-8 был достоверно на 11,9 % ниже, а уровень ИЛ-10 достоверно на 39,8 % выше по сравнению с первой группой. Уровень диеновых конъюгатов оказался на 5,4 % ниже, а малонового диальдегида на 2,7 % ниже, чем в первой группе. Активность каталазы была на 12,0 % ниже, чем в первой группе. Таким образом, средняя эффективность ком-

бинированной терапии в отношении указанных выше локальных параметров заболевания составила 28,6 %.

Заключение. Дополнительное к стандартной терапии назначение препарата α -липоевой кислоты достоверно повышало лабораторную эффективность лечения нарушений гомеостаза при обострении ХАП IIIВ категории в среднем на 22,7 %, что объяснялось известной способностью α -липоевой кислоты проявлять свои фармакологические эффекты как в системном кровотоке, так и на клеточном уровне.

ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В УСЛОВИЯХ ЕСТЕСТВЕННОГО СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

© *И.С. Шорманов, С.В. Куликов, А.С. Соловьев*

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

Введение. Повышение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста — объективный процесс, наблюдающийся во всех странах мира. Большинство исследователей сегодня указывает на то, что в связи со старением имеется тенденция к увеличению распространенности расстройств мочеиспускания. Клинически и уродинамически возрастные изменения нижних мочевых путей заключаются в снижении емкости мочевого пузыря, появлении его гиперактивности, снижении скорости потока мочи и увеличении объема остаточной мочи.

С патоморфологической точки зрения нарушения мочеиспускания у лиц пожилого возраста объясняют фиброзом мочевого пузыря, ведущим к нарушению его сократительной способности. Причиной избыточного отложения коллагена считают гипоксию детрузора, возникающую на фоне тазовой ишемии. Ее же влиянием объясняется и возникновение детрузорной гиперактивности в отсутствие инфравезикальной обструкции. При этом причина ишемии органов малого таза до сих пор остается не совсем понятной.

Достаточно сложную проблему представляет выявление различий между изменениями, вызванными старением (биологическое старение), и изменениями, связанными с возрастом человека (экзогенные факторы, сопутствующие заболевания). И хотя сегодня имеется ряд публикаций, в которых отмечается, что мочевой пузырь вовлечен в процессы именно биологического старения, свидетельства в пользу этого факта остаются не-

однозначными, что требует проведения масштабных сравнительных исследований с привлечением больших популяций людей разных возрастных групп и использованием современных морфологических методик.

Цель исследования заключается в изучении морфологических изменений сосудистой системы мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 15 мужчин в возрасте от 60 до 80 лет, умерших от причин, не связанных с нарушением сердечной деятельности, и не имевших урологической патологии. В качестве контроля использовали материал от 10 молодых мужчин в возрасте от 20 до 30 лет, непосредственной причиной смерти которых явились травмы. Кусочки мочевого пузыря в обеих сериях фиксировали в 10 % нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной не более 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, по Массону и фукселином по Харту.

Результаты. В сосудистом бассейне мочевого пузыря наблюдались выраженные изменения. Это касалось как артериального, так и венозного русла с вовлечением сосудов различного калибра.

В крупных внеорганных артериях, как показали наши исследования, формируются атеросклеротические бляшки, вызывающие сужение просвета, что влечет за собой развитие хронической ишемии и гипоксии ткани мочевого пузыря. Наряду с изменениями во внеорганных артериях одновременно выраженному ремоделированию под-