

іншими характеристиками дослідної групи та тривалістю лікування. Можливо, що ОС залучається до етіології дефектного сперматогенезу в одних пацієнтів, і не впливає на цей процес в інших.

Висновки

1. Терапія комплексом антиоксидантів та метаболітів препарату «Новофертил®» сприяє покращенню кількісних (концентрація сперматозоїдів зросла більш, ніж у два рази) та якісних (приблизно на третину збільшились показники прогресивної рухливості та нормальної морфології) параметрів спермограми.

2. Мінімальний курс застосування препарату «Новофертил®» складає 3 місяці, що по-

криває термін повного циклу сперматогенезу, дає статистично значиме покращення показників фертильності чоловіків та вірогідніше сприяє настанню вагітності у партнерок пацієнтів. За відсутності клінічного ефекту лікування слід продовжувати.

3. Терапія препаратом «Новофертил®» рекомендована пацієнтам з ідеопатичною неплідністю, високими рівнями фрагментації ДНК, оліго-, астено- і тератозооспермією, або при поєднанні вищезазначених станів, а також при підготовці до циклів ДРТ в якості монотерапії та в поєднанні з іншими засобами, що покращують потенціал фертильності чоловіків.

Адреса для листування

М.І. Бойко

E-mail: profboiko@gmail.com

МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КРИСТАЛІВ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА ЇЇ ДИГІДРАТУ У ХВОРИХ НА ТРАНЗИТОРНУ СЕЧОКИСЛУ ГІПЕРКРИСТАЛУРІЮ

В.В. Черненко, В.Й. Савчук, В.М. Крочук, Д.В. Черненко, Н.І. Желтовська

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Незважаючи на значні досягнення сучасних методів руйнування та видалення каменів із сечовидільної системи, актуальною залишається проблема захворюваності на сечокам'яну хворобу, яка на сьогоднішній день наближається до 5% серед населення та спонукає до подальшого вивчення станів, які передують її виникненню. Проведено вивчення кристалів, виділених 32 хворими на транзиторну сечокисну гіперкристалурію. Метою дослідження було встановлення механізмів, а також умов зародження та росту кристалів, виходячи з їх морфологічних та онтогенетичних особливостей. Переважною мінеральною фазою вивчених кристалів є дигідрат сечової кислоти. Кристали його належать до ромбічної сингонії. Наявність трьох взаємоперпендикулярних площин симетрії свідчить про їх приналежність до ромбо-пірамідального виду симетрії. На другому місці за поширенням є власне сечова кислота. Утворювані нею кристали належать до моноклінної сингонії. Структурна близькість обох речовин зумовила значну подібність утворюваних кристалів, відрізнити які можна тільки за допомогою гоніометричних чи структурних досліджень. За розміром, зовнішнім

виглядом, утворюваними агрегатами і забарвленням індивіди сечової кислоти майже не відрізняються від її дигідрату. Габітусні форми обох мінералів практично однакові. Характер зональності кристалів практично такий же як у її дигідрату. Чистих різновидів як сечової кислоти, так і її дигідрату ми не зустрічали. Завжди на рентгенограмах одного кристалу відмічали лінії іншого. Виходячи з взаємовідношення різних мінеральних фаз, їх складу та форми кристалів, можна виявити декілька етапів біогенного кристалоутворення, в процесі якого утворились кристали двох генерацій. Також виявлено два розмірних піка кристалів сечової кислоти та її дигідрату. Розміри більшості кристалів першої генерації були в межах 30–50 мкм, а другої генерації – 700–900 мкм. Кристали першої генерації обмежені найбільш щільними гранями, що свідчить про ріст з малою швидкістю в розчині невисокої концентрації. Друга генерація відрізняється від попередньої ознаками швидкого скелетного росту. Округлені грані кристалів другої генерації з ірраціональними індексами свідчать про швидкий ріст з сильно перенасиченого розчину. Це вказує на те, що концентрація сечової кислоти

була значно вища, ніж при рості кристалів першої генерації. Характерною властивістю кристалів другої генерації є спайність. Серед кристалів другої генерації багато здвоєних та розщеплених кристалів. Причина розщеплення має структурну природу та викликана сумісним ростом блоків сечової кислоти та її дигідрату. Одночасно з цими процесами відбувалось утворення полімінеральних агрегатів. Судячи з агрегатів кристалів другої генерації, а також спостережуваного взаємного наростання мінеральних кристалів один на одного можна зробити висновок, що агрегати цих речовин утворювались в декілька стадій. Значні зміни рН середовища від різко кислих до лужних призвели до перемінного утворення кристалів сечової кислоти та її дигідрату, а також різних видів фосфатів, що є

суттєво для розвитку ниркових каменів. У цей же період відбувалось утворення радіально-променевих сферолітових агрегатів у завислому стані, про що свідчить їх правильна сферична форма. Формуванню радіально-променевих сферолітових агрегатів сприяють коливання концентрації мінералоутворюючого розчину, підвищення його в'язкості (формування гелю складного складу), та є проявом крайнього ступеня розщеплення кристалів. Виявлені радіально-променеві агрегати схожі з ядрами сфероліто-дендритів жовчних та ниркових каменів, що може вказувати на гіперкристалурію, як «передкам'яний стан». Це свідчить за необхідність проведення корекції метаболічних порушень, рН сечі з метою проти метафілактики сечокам'яної хвороби у цих пацієнтів.

Адреса для листування

В.В. Черненко

E-mail: uronauka@ukr.net

ЗНАЧЕННЯ ПОЛІФОКАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ ПРИ НЕГАТИВНОМУ ЛАБОРАТОРНОМУ СКРИНІНГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Л.І. Красилук, О.В. Руденко, Д.О. Кузнецов, А.С. Мундхер

Одеський національний медичний університет

Рак передміхурової залози (РПЗ) — широко поширене захворювання у чоловіків старше 55 років та посідає в Україні в структурі чоловічої онкопатології четверте місце. З метою раннього виявлення цієї патології визначення простатоспецифічного антигену крові (ПСА) є стандартом скринінгу. Граничним рівнем підвищення ПСА за звичай вважають $> 4,0$ нг/мл. Є сучасні дані, що при використанні даного рівня до 30% випадків РПЖ залишаються не діагностованими.

Мета дослідження — оцінити значення поліфокальної біопсії передміхурової залози (ПФБПЗ) в діагностиці РПЗ при фізіологічних рівнях ПСА.

Обстежено 31 пацієнта віком від 52 до 69 років з рівнем загального ПСА до 4,5 нг/мл і сумнівними даними, отриманими при виконанні трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗІ) передміхурової залози і пальцевого ректального дослідження. У дизайн обстеження включено: збір анамнезу і скарг, загальноклінічні аналізи, бактеріологічне і бакте-

ріоскопічне дослідження секрету передміхурової залози, УЗД сечового міхура з визначенням обсягу залишкової сечі, ТРУЗД передміхурової залози, дослідження загального і вільного ПСА, щільності ПСА, пальцеве ректальне дослідження. Оцінку СНСШ проводили за допомогою Міжнародної системи сумарної оцінки простати (IPSS), Індексу оцінки якості життя (QoL), урофлоуметрії.

ПФБПЖ виконана 31 пацієнту з рівнем загального ПСА від 1,5 до 4,5 нг/мл.

Відношення вільного ПСА до загального ПСА було від 11% до 17% (у середньому 15%), щільність ПСА складала від 0,1 до 0,2 нг/мл/см³ (у середньому 0,14 нг/мл/см³). Об'єм передміхурової залози складав за даними ТРУЗД від 30 см³ до 57 см³ (в середньому 43 см³).

У 19 пацієнтів (61,3%) був верифікований РПЖ, у решти — ДГПЖ. При цьому у 13 з 19 хворих з РПЖ (68,4%) за ступенем диференціації пухлина переважно була представлена низькодиференційованим ступенем градації (G3), що в свою чергу передбачає швидку прогресію