

ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ФІТОТЕРАПІЇ

УЖГОРОДСЬКИЙ ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ

СЛОВАЦЬКИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ В НІТРІ
ІНСТИТУТ ЗБЕРЕЖЕННЯ БІОРІЗНОМАНІТТЯ В НІТРІ

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА
УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ І НАУКИ
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОДА

МІЖНАРОДНИЙ ІНСТИТУТ ЛЮДИНИ І ГЛОБАЛІСТИКИ
«НООСФЕРА»

САНАТОРІЙ «КВІТКА ПОЛОНІНИ»

КОМПАНІЯ «МЕРСІ-М», СЛОВАЧЧИНА

ВОДА І ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

(До 150-річчя з дня народження В.І.Вернадського)

МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

(19-20 квітня 2013 року)

УЖГОРОД
2013

УДК 613.2(075.8)
ББК 53.51я2
В 62

*Рекомендовано до друку
Вченою радою ДВНЗ "УжНУ"
(протокол № 2 від 2 квітня 2013 року)*

За редакцією проф. Ганича Т.М.

Голови редколегії:

О.М. Ганич – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, директор НДІ фітотерапії ДВНЗ "УжНУ"

Т.М. Ганич – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету ДВНЗ "УжНУ"

Члени редколегії:

проф. П.П. Гаврилко

доц. Я. Бриндза

доц. О.В. Лукша

головний лікар санаторію "Квітка полонини" П.П. Ганинець

н.с. С.С. Павлик

н.с. С.І. Скаканді

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст і ілюстративний матеріал.

Вода і здоров'я людини (До 150-річчя з дня народження В.І. Вернадського) : матеріали міжнар. міждисциплінарної наук.-практ. конф., сан. "Квітка полонини", 19-20 квітня 2013 року (с. Солочин Свалявського району) / За ред. проф. Т.М. Ганича. – Ужгород : ТДВ "Патент", 2013. – 304 с.

ISBN 978-617-589-058-5

Матеріали конференції висвітлюють актуальні питання здоров'я людини, а саме якість питної води і чистоту довкілля, забезпечення необхідними мікро- і макроелементами для повноцінного функціонування людського організму, нанотехнології, фітоалітерапія і можливості санаторно-курортного лікування та покращення здоров'я шляхом природного харчування. Приділено увагу педагогічним аспектам викладання цих тем.

УДК 613.2(075.8)

ББК 53.51я2

ISBN 978-617-589-058-5

© ДВНЗ "УжНУ", 2013

© УТЕІ КНТЕУ, 2013

ФІЗИЧНІ ФАКТОРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ ТОВСТОЇ КИШКИ Філак Ф., Філак Я.	82
 <i>РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ ЕКОЕКОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ НА ЕНДОЕКОЛОГІЮ ЛЮДИНИ. ПРОБЛЕМА ЙОДОДЕФІЦИТУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ</i>	
ХВОРОБИ ОРГАНА ЗОРУ ТА ХРОНІЧНА СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ, ПИТАННЯ ОЗДОРОВЧОГО ЛІКУВАННЯ АНТЕНАТАЛЬНО ОПРОМІНЕНИХ ДІТЕЙ У ВІДАЛЕНИЙ ПОСТЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ ПЕРІОД (КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) Бабенко Т. Ф., Федірко П. А., Дорічевська Р. Ю.	82
РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК В УМОВАХ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ Бобик Ю. Ю.	85
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРОТЕСТІВ У КЛІНІЦІ ХВОРОБ ПЕЧІНКИ Бокшан І. Ю., Чопей І. В., Гряділь Т. І.	89
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОСТЕОПОРОЗУ В ЖИТЕЛІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ Вайда В.М., Шніцер Р.І.	91
ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЛАМІДАН»® З МІНЕРАЛЬНИМИ ВОДАМИ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЛЕННЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ Ганич О.М., Ганич Т.М., Лізогуб В.О., Равинський В.І., Куделя В.І.	94
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОБЛЕМИ ЙОДОДЕФІЦИТУ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ ЗАКАРПАТТЯ Ганич Т.М., Шніцер Р.І., Ганич О.М., Кіндох П.О., Вайда В.М.	97
ЗАСТОСУВАННЯ ДЕЯКИХ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В ДІАГНОСТИЦІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Гряділь Т.І., Михалко Я.О., Чопей І.В., Бокшан І. Ю.	98
ОЖИРІННЯ ТА ПАЛІННЯ – ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ Долгош М.Ю., Канчій В.М., Пілка О.Д., Селіванова Т.А., Кочмар Й.Й.	101
СТАН МАКРОЕЛЕМЕНТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ Коваль В.Ю., Архій Е.Й., Сіксай Л.Т.	103
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ШОДО ЙОДНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗА УМОВ ЯДЕРНИХ ІНЦИДЕНТІВ Кочетова Н.І., Афанасьєв Д.С.	106
ВПЛИВ РАДІАЦІЙНОГО ТА НЕРАДІАЦІЙНИХ ЧИННИКІВ НА РОЗВИТОК ПАТОЛОГІЇ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК-ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС 1986-1987 РР. Масєвська І.О., Дубчак А.Є., Кокотова Т.Ф., Зарубіна Т.Ю., Резнікова Л.С., Мавродій Н.С.	108

ОСОБЛИВІСТЬ ФОРМУВАННЯ ПУБЕРТАТУ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ РЕГІОНУ ЗАКАРПАТТЯ Маляр В.А., Русин Л.П., Маляр В.В.	111
ВПЛИВ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Мойсюк Д.В., Чопей І.В., Корсак Ю.В.	112
РОЗРОБКА НОВИХ ЕФЕКТИВНИХ ЙОДОВІСНИХ БАД ПРОФІЛАКТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ Ортікова В.В., Бузаш В.М., Чундак С.Ю.	116
ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ РІЗНОГО ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Пирогова В.Г., Кравченко В.І., Пирогов В.О.	118
ДЕФЦИТ ЙОДУ ТА ПОРУШЕННЯ ТИРОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ Пічкарь Й.І., Корсак Ю.В., Крафчик О.М., Олексик О.Т., Тинта С.С.	121
ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Ростока Л.М., Туряниця І., Балінт Л.І.	123
ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНОЇ ЙОДНОЇ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НА ФУНКЦІЮ ГІПОФІЗАРНО-ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ Ростока Л.М., Туряниця І., Грига І.В., Грига В.І.	127
МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ Тернушак Т.М., Чопей К.І., Братасюк А.М., Чопей І.В., Плоскіна В.Ю.	130
ДЕФЦИТ ЙОДУ – ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА Фабрі З.Й., Бернада В.В., Заячук І.П., Суєла В.Я.	133
ПРОГНОЗУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ СІТКІВКИ І ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ КОНТАКТУЮТЬ З ДЖЕРЕЛАМИ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДІАЦІЇ Федірко П. А., Кадошнікова І. В., Антипчук К. Ю., Гарькава Н. А.	135
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГАСТРИТ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ Філак Я.Ф.	138
РОЗДІЛ 3. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІТОАПІМЕДИЦИНИ, ЗДОБУТКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НАНОФІТОМЕДИЦИНИ	141
ФІТОТЕРАПІЯ ЯК СКЛАДОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ Андрієнко О.І., Прокопович Л.Є., Василькова О.В.	141
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЗБОРІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ СЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Блецкан М.М., Ганич Т.М., Свистак В.В., Ганич О.Т.	143

- медицины. – 2001. – Т. 3, – № 1-2. – С. 157-158.
3. *Ломать Л. Н.* Состояние здоровья детей, подвергшихся ионизирующему облучению в период внутриутробного развития / Л. Н. Ломать // *Международ. журн. радиац. медицины.* – 2001. – Т. 3, – № 1-2. – С. 227.
4. *Нягу А. И.* Нейропсихиатрические эффекты острого, хронического и внутриутробного облучения вследствие Чернобыльской катастрофы / А. И. Нягу, К. Н. Логановский, К. Л. Юрьев та ін. // *Международ. журн. радиац. медицины.* – 2001. – Т. 3, – № 1-2. – С. 251.
5. *Вдовенко В. Ю.* Особливості імунного статусу внутрішньоутробно опромінених дітей у пізню фазу Чернобыльської аварії / В. Ю. Вдовенко // *Довкілля та здоров'я.* – 2005. – № 1. – С. 32-34.

SUMMARY

OPHTHALMOPATHY AND CHRONIC PATHOLOGY, THE ISSUE OF HEALTH RESORT TREATMENT OF THE ANTENATALLY IRRADIATED CHILDREN DURING THE LONG-TERM POST-CHERNOBYL PERIOD (CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDY)

Babenko T., Fedirko P., Dorichevska R.

The examination results of the antenatally irradiated children indicate that the frequency of the refraction and accommodation disorders, chronic diseases of conjunctiva and eyelids, retinal angiodystonia and angiopathy, congenital pathology (embryonal cataract in particular) is apparently higher than in the control group.

РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ ЖІНОК В УМОВАХ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ

Бобик Ю. Ю.

Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Вступ. Збереження репродуктивного здоров'я населення є однією з пріоритетних проблем сучасного цивілізованого суспільства і основних стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Стан репродуктивного здоров'я в Україні викликає особливе занепокоєння, оскільки він не відповідає світовим стандартам. Одним із важливих показників стану репродуктивного здоров'я населення є безплідність. На сьогодні 10-15 відсотків українських сімей страждають від безплідності, що можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Кількість безплідних подружніх пар сягає близько 1 мільйона.

У патогенезі порушення репродуктивного здоров'я немала роль належить ендокринним захворюванням [4-5], значне місце серед яких займає патологія щитовидної залози, що особливо актуально, оскільки 1/3 населення країни проживає в умовах природного дефіциту йоду, в тому числі і для Закарпатської області [1-3].

Мета дослідження. Виявлення основних чинників, які призводять до безпліддя в умовах природного йодного дефіциту.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 50 безплідних жінок Ужгородського району Закарпатської області у відповідності до Протоколу МОЗ України № 582.

Матеріали оброблено методом варіаційної статистики за програмою Excel-2003. Оцінка значимості відмінностей у величинах параметрів проводилася за t-критерієм Стьюдента ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз структури жіночого безпліддя мешканок Ужгородського району свідчить про те, що вторинне безпліддя складає 52,0%, а первинне – 48,0% пацієнток.

Згідно анамнезу, тривалість безпліддя в обстежених пацієнток варіювала від 1 до 15 років. У більшості жінок (90,0%) тривалість безпліддя перевищувала 2 роки, у зв'язку з чим 80% із них обстежувалися і лікувалися з приводу безпліддя у лікувальних закладах від 2 до 10 років.

Проведений скринінг на сексуально-трансмисивні і вірусні захворювання виявив, що найпоширенішою формою інфекції є гарднерельозна (бактеріальний вагіноз). В сумі (моно+змішана інфекція) вона складала 44,0%, тобто майже у половини жінок із безпліддям є порушення екосистеми піхви. Другою найбільш поширеною ІПСШ у жінок із безпліддям виявилась хламідійна, яка в сумі складала 42,0%. Особливістю цієї інфекції є те, що вона часто не має явних клінічних проявів, але викликає зміни в уrogenітальному тракті від помірно вираженого запалення до фіброзу, як в маткових трубах, так і в ендометрії, внаслідок якого відбувається порушення процесу імплантації зародка, збільшується частота позаматкової вагітності. Третє місце за частотою розділили цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) та мікоплазмоз (20,0%). Решту посіли інфікування вірусом простого герпесу та мікоплазмами.

Оцінка функціонального стану репродуктивної системи за даними базальної температури показала, що у 54,0% пацієнток спостерігалися двофазні менструальні цикли із тривалістю другої фази 11-14 днів і підйомом базальної температури більш, ніж на 0,5°C. У 32,0% жінок виявлено двофазні цикли із недостатністю лютеїнової фази (НЛФ) та тривалістю менше 10 днів. У 14,0% пацієнток діагностовано ановуляцію із монофазною базальною температурою.

У всіх жінок із безпліддям визначався рівень прогестерону в крові у другій фазі менструального циклу (18-22 дні циклу). У 63,0% пацієнток із двофазним овуляторним менструальним циклом і 30,0% жінок із НЛФ циклу рівень прогестерону в середньому складав $13,9 \pm 1,2$ нмоль/л, що підтвердило наявність овуляції у даної групи хворих, але у 30,0% пацієнток рівень ПГ знаходився на нижній межі норми ($10,6 \pm 1,1$ нмоль/л).

Дослідження рівня прогестерону у крові жінок із ановуляторним менструальним циклом засвідчило його достовірно нижчі значення ($6,2 \pm 0,5$ нмоль/л; $p < 0,01$) у порівнянні із жінками із овуляторним циклом. У даної групи пацієнток рівень естрадіолу складав в середньому $13,1 \pm 1,2$ нмоль/л, що було нижче оптимального рівня ($p < 0,001$).

Вміст пролактину в межах норми був у 84,0% пацієнток і складав в середньому $320,3 \pm 28,2$ мМО/мл. У 16,0% жінок відмічалось підвищення рівня гормону в плазмі крові до $1450,5 \pm 126,8$ мМО/мл. Збільшення рівня пролактину, можливо, зумовлене зниженням рівня тиреоїдних гормонів - субклінічним гіпотиреозом, оскільки у цих же пацієнток встановлено зниження рівня і тиреоїдних гормонів.

При визначенні рівня гонадотропних гормонів у пацієнток із ановуляторним менструальним циклом встановлено, що у 2 жінок (28,6%) спостерігалось підвищення рівня лютеотропного гормону із середнім значенням $32,39 \pm 3,8$ мМО/мл; у 1 пацієнтки (14,3%) базальний рівень ЛГ був нижчий за норму - $0,60$ мМО/мл; в останніх (57,1%) - рівень ЛГ був в межах норми, середнє значення його склало $5,1 \pm 0,5$ мМО/мл.

Рівень фолікулостимулюючого гормону не відрізнявся від нормативних показників у 98,0% пацієнток і в середньому складав $6,1 \pm 0,7$ мМО/мл; у 1 пацієнтки він був вищий за норму.

Аналіз показників андрогенного статусу за даними гірсутного числа і андрогенних фракцій дозволив виявити гірсутизм у 8,0% пацієнток, який у половині випадків супроводжувався підвищенням рівня вільного тестостерону до $4,9 \pm 0,5$ нмоль/л.

Для оцінки функціонального стану ЩЗ у всіх безплідних визначали рівень T_3 , вільного T_4 та ТТГ.

Серед всіх обстежених жінок із безпліддям збільшення щитоподібної залози до 1-2 ст. було відмічено у 26,0% пацієнток. Підвищення рівня ТТГ або зниження T_3 та T_4 відмічено у 34,0% жінок; підвищення рівня T_3 та T_4 - у 8,0%, нормальна кількість тиреоїдних гормонів (еутиреоз) була встановлена у 58,0% жінок.

Аналізуючи лабораторні дані тиреоїдного статусу, можна зробити висновок, що у жінок із безпліддям у третині випадків спостерігається субклінічний гіпотиреоз, що у 16,0% випадків гіперпролактинемією, яка також може сприяти розвитку вторинної яєчникової недостатності.

Аналізуючи причини жіночого безпліддя було виявлено, що трубно-перитонеальний чинник безпліддя наявний у 36,0% пацієнток і він є основним у структурі причин жіночого безпліддя. Зовнішній генітальний ендометріоз відмічений у 28,0% жінок, а ендокринний чинник безпліддя виявлений у 20,0% пацієнток. Пухлини яєчників та доброякісні пухлини матки, імунологічне безпліддя та вади розвитку

матки є причиною безпліддя у 10% пацієток. У 6,0% випадків причину безпліддя встановити не вдалося.

Аналіз причин жіночого безпліддя дозволив відзначити, що у 22 із 50 пацієток (44,0%) був виявлений лише один чинник безпліддя, у 25 хворих (50,0%) поєднання 2-4 чинників. Переважання поєднаних форм безпліддя може свідчити про поліорганну патологію у репродуктивній системі половини обстежених жінок.

Аналізуючи причини первинного і вторинного жіночого безпліддя, виявили, що найчастіше основним патогенетичним чинником при первинному безплідді є зовнішній генітальний ендометріоз, а при вторинному – спайковий процес у малому тазі. Імунний чинник безпліддя і безпліддя неясного генезу виявлено лише у пацієток з первинним безпліддям.

Висновки. Комплексне клініко-лабораторнеї ендоскопічне обстеження 50 жінок дозволило визначити структуру жіночого безпліддя, а також виявити особливості поєднання різних чинників порушення репродуктивної функції у регіоні із нестачею йоду в оточуючому середовищі

Найпоширенішою урогенітальною інфекцією виявилася гарднерельозна та хламідійна. Дослідження гормонального статусу виявило у 46,0% випадків ті або інші відхилення в рівнях гормонів, зокрема у третини пацієток встановлено субклінічний гіпотиреоз

Основними причинами безпліддя у обстеженому йододефіцитному регіоні є спайковий процес у малому тазі і патологія маткових труб та зовнішній генітальний ендометріоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вацеба А.О. Епідеміологія захворювань щитоподібної залози в умовах йодної недостатності / А.О. Вацеба, В.М. Гаврилюк, В.І. Паньків // Лікарська справа. – 2002. – №1. – С. 31-33.
2. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) / В.А. Олійник // Ж. практ. лікаря. – 2001. – № 2. – С. 5-7.
3. Пічкарь Й.І. Епідеміологія зобної ендемії в Закарпатській області / Й.І. Пічкарь, А.З. Фабрі, О.М. Крафчик // Пленум асоціації ендокринологів України, 22-23 червн. 2003 р., Львів: матеріали конф. – С. 86-88.
4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / под ред. В.И.Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 616 с.
5. Татарчук Т.Ф. Эндокринная гинекология / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский. – К.: Заповіт, 2003. – 304 с.

SUMMARY

REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN UNDER CONDITIONS OF NATURAL IODINE DEFICIENCY

Bobik Y.Y.

Studying of the disorders of the reproductive function of women living in the region with the lack of iodine in the environment shows that the most common

sexually transmitted diseases were Chlamydia and Gardnerella infections. In almost half of the cases we diagnosed changes in hormone levels, particularly in the third of patients we found subclinical hypothyroidism. The main causes of infertility are the adhesive processes in the pelvis and/or pathology of uterine tubes and external endometriosis.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРОТЕСТІВ У КЛІНІЦІ ХВОРОБ ПЕЧІНКИ

Бокшан І. Ю., Чопей І. В., Гряділь Т.І.

Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Вступ: Захворювання печінки залишаються надзвичайно актуальною проблемою сучасної клінічної медицини як в Україні, так і в світі завдяки їх значній поширеності та розвитку важких ускладнень. Зокрема, згідно статистики ВООЗ, захворювання печінки мають місце в 30% населення планети, кількість людей із різною гепатобіліарною патологією перевищує 2 млрд. За останнє десятиріччя в нашій країні відмічається стійка тенденція до росту захворювань печінки. Зокрема, поширеність хронічного гепатиту (ХГ) збільшилась у 2,2 разів, цирозу печінки (ЦП) – на 60%. На сьогодні в Україні на диспансерному обліку стоїть більше 40 тис. хворих на ЦП і більше 280 тис. хворих на ХГ різної етіології. У цілому до розвитку цирозу та фіброзу печінки призводить дисбаланс між численним пошкоджуючими та природними факторами захисту і відновлення печінки. Для прогнозування при ЦП має значення ступінь активності фібротичних процесів, тому все більше уваги приділяється пошукам неінвазивних методів оцінки фіброзу печінкової тканини. Застосування таких методів дозволяє визначити тенденцію фіброзу до стабілізації, інволюції чи прогресування. Неінвазивні методи діагностики фіброзу печінкової тканини розроблялись для використання в основному при ХГ, частіше вірусної етіології. Тому, надзвичайно актуальною проблемою гепатології є пошуки маркерів фібротичних процесів, доступних для практичної медицини як прогностичний критерій прогресування ЦП та використання їх для визначення ефективності терапії.

Для неінвазивної оцінки фіброзу пропонують використовувати лабораторні маркери, які у свою чергу поділяють на “прямі” та “непрямі” маркери фіброзу. “Прямі” серологічні маркери - речовини, що безпосередньо задіяні в процеси печінкового фіброгенезу. Вони поділяються на групи: колаген (карбокситермінальний пептид про колагену I, III, колаген IV типу і його фрагменти); глікопротеїни та полісахариди (гіалуронова кислота, ламінін і його фрагменти, YKL 40); колагенази та їх інгібітори (ММП, ТІМП); цитокіни (ТФР-[3, ФРФ). У

