

Хірургічне лікування ендометріозу у партнерів з безпліддям в шлюбні.

При наявності ендометрію розривав більше 3 см традиційні хірургічне лікування включає дренування і коагуляцію або дисектомію. Виворинтація інтестинами показало кращі результати у відновленні фертильності у безплідних пар [31]. Ефективна ендометрію асоційована з більш низькою частотою рецидивів, ніж при дренуванні і коагуляції, ризик малих розмірів застосування даної хірургічної техніки також менший [31].

Дискусійним залишається питання необхідності видалення ендометріозних кіст перед застосуванням ДРТ. Систематичний огляд [31,32] показав, що хірургічне видалення ендометрію розміром менше 3 см не має переваг і порівнянй з висувальною дієюю наявності вагітності. Ї-

пне думка, що хірургічне лікування може знизити ендометрію жінки на стимуляції [30]. Ретроспективне дослідження [30,32] виявило, в 11% випадків наявність великої відповіді на стимуляцію вживань в циклах ДРТ. Ендометрію розривав більше 4 см піддаються видаленню. Це необхідно робити в зв'язку з ризиком малих розмірів (1%), з метою покращення доступу при лущовій фолікулів і програмі ДРТ. У Канадському керівництві до ендометрію алічне рекомендації 2010 р. всі ендометрію розриваються як такі, що малих розмірів і в зв'язку з цим відзначають підвищення [31,32].

Питання повторного хірургічного втручання при рецидиві ендометрію у жінок з безпліддям залишалося невирішено. Якщо у жінки є ендометрію більше 4 см і наявний болючий синдром, то повторне хірургічне лікування є виправданим [32].

Література:

1. Адамья Л.В. Современные подходы к лечению эндометриоза / ред.Е.В.Коханович. – М.: Триада X, 2009. – С. 346-373.
2. Варданян П.Х. Иммунологические аспекты наружного генитального эндометриоза / Л.В.Адамья, М.В.Бобкова //Акуш. и гинеко. – 2005. – № 3. – С. 33-43.
3. Адамья Л.В. Эндометриозы / Л.В.Адамья, В.И.Кулаков. – М.: Медицина, 2003. – 230 с.
4. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии (под ред.Л.Х.Варданян, Т.Я.Пашенникова, Н.И.Волков // Акуш. и гинеко., – 2002. – № 2. – С. 6-9.
5. Вдовченко Ю.П. Лікування ановуляторного безпліддя за наявності гормонально-імунологічних порушень / Ю.П.Вдовченко, А.Д.Віток // Здоров'я жінки. – 2011. – №8 (64). – С. 180-183.
6. Горюмачева І. імуноорієнтоване терапія генітального ендометріозу / посібник для лікарів / В.С.Корсак, С.А.Сельков, М.А.Тарасова [и др.]. / под ред. З.К.Айвазян] – СПб.: ООО «Издательство» Н-Л, 2002.
7. Vaillet K.G., Lindsay P., Curtis R.W. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. Eur. J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993;48: 135-139.
8. Bulun S.E. Endometriosis. N Engl J Med 2009; 360: 4.
9. Endometriosis and infertility. Practice bulletin no. 114; management of endometriosis. Fertil Steril 2006; 86:6:Suppl 1:156-160.
10. Schenken R.S., Asch R.H., Williams R.F., Hodgen G. D. Etiology of infertility in monkeys with endometriosis: luteinized unruptured follicles, luteal phase defects, pelvic adhesions and spontaneous abortions. Fertil Steril 1984;41: 122-126.
11. Taylor R.N., Lebovic D.J. Endometriosis. In: Yen and Jau's reproductive endocrinology, physiology and clinical management (6th edn). Eds. J.F. Strauss, R. Barbieri, New York: Elsevier 2009:677-695.
12. Lebovic D.J., Mueller M.D., Taylor R.S. Immunobiology of endometriosis. Fertil Steril 2001 ;75:1-10.
13. Gebauer O.D., Prakovcic A., Faulk R.A. et al. Trophoblast L-selectin-mediated adhesion at the maternal-fetal interface. Science 2003 299:405.
14. Hughes E., Fedorokov D., Collins J., Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2007;3:CD000193.
15. Sallam H.N., Garcia-Velasco J.A., Dias S., Arid A. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2006;1:CD004835.
16. Benaglia L., Somigliana E., Vercellini P. et al. The impact of IVF procedures on endometriosis recurrence. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;148:1-52.
17. Ziegler D., Gayet V., Aubriet F.X., Fauque P. Use of oral contraceptives in women with endometriosis before assisted reproduction treatment improves outcomes. Fertil Steril 2010;94:7:2795-2799.
18. Lovirro G., Carriero C., Rossi A. C. et al. A randomized study comparing triptorelin or expectant management following conservative laparoscopic surgery for symptomatic stage III-IV endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 138:2:194-198.
19. Tunmon I. S., Asher L. J., Martin J. S., Tulandi T. Randomized controlled trial of superovulation and insemination for infertility associated with minimal or mild endometriosis. Fertil Steril. 1997;68:8-12.
20. Fedele I., Bianchi S., Marchini M. et al. Superovulation with human menopausal gonadotropins in the treatment of infertility associated with minimal or mild endometriosis: a controlled randomized study. Fertil Steril 1992; 38: 28-31.
21. Barnhart K., Dunsmoor-Su R., Coutaris C. Effect of endometriosis on in vitro fertilization. Fertil Steril 2002, 77:1145-1155.
22. Wight V.C., Chang J., Jeng G. et al. Assisted reproductive technology surveillance. MMWR Surv Summ 2007;56:01-22.
23. Benaglia L., Somigliana E., Vighi V. et al. Rate of severe ovarian damage following surgery for endometriosis. Hum Reprod 2010;25:3:678-682.
24. Leyland N., Casper R., Loberge P. et al. Endometriosis: diagnosis and management endometriosis. J Obstet Gynaecol (Canada) 2010; 244: Suppl 2:1-32.
25. Jacobson T.Z., Duffy J.M., Barlow D. et al. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2010; 1: CD001396.
26. Guzik D.S., Sillman M.P., Adamson G.D. et al. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. Fertil Steril 1997;67:322-323.
27. Osuga Y., Koga K., Tsubumi O. et al. Role of laparoscopy in the treatment of endometriosis-associated infertility. Gynecol Obstet Inv 2002;53:Suppl 1:33-39.

28. Adamson G.D., Hurd S.J., Pasta D.J., Rodriguez B.D. Laparoscopic endometriosis treatment: is it better? Fertil Steril 1993; 59:35-44.
29. Vercellini P., Pietropaolo G., De Giorgi O. et al. Reproductive performance in infertile women with retrovaginal endometriosis: is surgery worthwhile? Am J Obstet Gynecol 2006; 195:5:1303-1310.
30. Han R.J., Hickey M., Mauris P., Buckell W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomas. Cochrane Database Syst Rev 2008;2:CD004902.
31. Benschop L., Farquhar C., van der Poel N., Heineman M. J. Interventions for women with endometriosis prior to assisted reproductive technology. Cochrane Database Syst Rev 2010; 11:CD008571.
32. Somigliana E., Amoldi M., Benaglia L. et al. IVF-ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas. Hum Reprod 2008;23:7:1526-1530.

Захарчук А. П.
*професор кафедри медическої біології,
 генетики і фармакологічної біології
 Буковинського державного медического університету
 в Чернівцях, Україна*

**СЕРОПОРАЖЕННОСТЬ ТОКСОКАРОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ:
 ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ**

Анотація: Вперше проведеною о помощью иммуноферментного анализа (ИФА) сероэпидемиологическое обследование детей на токсокароз показало достаточно широкое распространение Toxocara canis в Черновицкой области. Наибольший уровень серопозитивности к антигенам токсокар зарегистрирован у детей горной природно-климатической зоны (Карпати). Исследованы гендерные и возрастные особенности серопозитивности токсокарозов в детском возрасте.

Анотация: Впервые проведена за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) сероепідеміологічне обстеження дітей на токсокароз показало досить широке поширення Toxocara canis у Чернівцькій області. Найвищий рівень серопозитивності до антигенів токсокар зареєстрований у дітей гірської природно-кліматичної зони (Карпати). Досліджено гендерні та вікові особливості серопозитивності токсокарозов у дитячому віці.

Summary: Were conducted a first time using the seroepidemiological survey of children by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) at the toxocarosis, which showed fairly widespread of Toxocara canis in Chernivtsi region. The highest level of seropositivity to toxocara antigens registered at the children of mountainous climatic zones (Carpathians). The gender and ages characteristics of toxocarosis seropositivity in infancy were investigated.

Проблема токсокарози привабила увагу багатьох дослідників практичних лікарів (інфекціоністів, педиатрів, офтальмологів, гематологів, гастроентерологів, невропатологів, дерматологів) різних відомств, органів ветеринарної медицини і санітарно-епідеміологічного надзору [1]. Актуальність цього питання обумовлена тим, що источником інвазії являються великі токсокари собак, і количество вторично постачаних зростає. При цьому серед широких мас населення недостаточним остается уровень культурних заходів одержання і вилучення. Велике количество бродячих собак зустрічається на територіях міст, великих сіл, промислових площинах, в парках, скверах і в інших громадських місцях. Эти території стали місцями масового зараження людей токсокарози висервальною личиночною інвазією, особливо дітей.

Ефективність інвазії собак токсокаром в Чернівцькій області (протозоозне інвазію Буковини) збігається з літературними даними по другим регіонам [2, 3, 4, 5, 6].

Собачья аскарида (Toxocara canis) паразитує в організмі тваринних родини Собачьих. Полозріла особа в кишечнику собак живе 4-6 місяців і щоденно змінює кількість до 20000 яєць. Одрозуміло, що в кишечнику собак паразитує не тільки доросла особа (самець і самка) і велика кіль-

кість особей. Никомальними яєць скарбуться в сприятливих умовах почва (влага 80% і температура вище 12°C). Територія Буковини характеризується відповідними природними умовами [7]. В почві яєць токсокар довге існує (до 8 лет) зберігають життєспроможність і інвазивність, а в вробках фекалій могут зберігати життєспроможність до 2,5 лет [8].

Человек является легкой жертвой в цикле развития Toxocara canis, потому что в его организме развитие токсокары останавливается на личиночной стадии и сопровождается соответствующим симптомом комплексом, в зависимости от локализации личинок и мест поражения [9, 10].

Клиника заболевания у людей чаще встречается в виде легитных и субклинических форм, с порожением различных органов и без специфической симптоматики [11], соответственно о состоянии зараженности населения можно судить лишь по данным современных методов лабораторной диагностики, в частности иммуноферментного анализа [12, 13]. Наличие сопутствующих патологических процессов при токсокарозе описывают и другие авторы [14, 15].

Показано, что по сравнению с другими гельминтами Toxocara canis оказывает наиболее активное поливалентное иммуносупрессивное действие [16, 17]. Прижизненный паразитологический диагноз

токсокароза практически невозможна, поскольку ведущим в диагностике является серологическое исследование с определением в крови наличия антител к антигенам токсокар методом ИФА [18].

Литературные данные о серопораженности населения токсокарозом свидетельствуют о том, что это заболевание встречается часто, особенно среди детей [6, 8, 13, 15]. Серопаразитологическое и клинико-иммунологическое обследование населения Украины на токсокароз проводится пока недостаточно. Данный пробел мы и стремимся ликвидировать в отдельном регионе, в частности в Черновицкой области, где присутствуют все факторы, способствующие распространению токсокароза [19, 20], а климато-географические зоны (равнинная, предгорная, горная) и совокупности характерны для большинства областей Украины. Соответственно, полученные данные, с учетом определенных региональных особенностей, можно экстраполировать на всю территорию страны.

Для выполнения поставленных задач проведено серопаразитологическое обследование 905 детей путем иммуноферментного анализа мажорного крови на наличие антител к антигенам токсокариных личинок с помощью тест-системы «Триаксар» фирмы «Вектор-бест» (Новосибирск). Среди обследованных 436 (48,18%) мальчиков и 469 (51,82%) девочек из разных районов области в возрасте от 6 месяцев до 14 лет включительно, которые находились на обследовании и лечении в Черновицкой областной детской клинической больницы №2. Параллельно был проведен объективный и ретроспективный анализ сопутствующих жалоб, симптомов и результатов лабораторных исследований по месту жительства пациентов.

Серологические исследования позволили установить, что в 385 (42,54%) детей результаты наличия антител к *Toxocara canis* были положительными, а в 520 детей – отрицательными.

Как видно из таблицы 1, серопараженности детского населения в разных районах области была неоднородной. Наиболее высокой процент серопараженности отмечался в горном Путиловском районе, уровень антител достоверно ($P < 0,01$) превышал показатели по области в целом. Выше, чем по области серопараженности токсодариям были у детей Гдыбовского, Кельменецкого и Хотинского районов ($P > 0,5$). В других районах серопараженности результаты существенно не отличались от среднерегиональных. Следует отметить, что в целом по области серопараженности третьи у девочек (34,3%) в 1,2 раза чаще встречались, чем у мальчиков (15,5%).

Вместе с тем, сравнительный анализ результатов каждого района показал, что в 3-х районах (Герцаевский, Заставновский и Сокирянский) достоверные ответы в 1,4-3,3 раза чаще имели место у мальчиков. В двух районах (Кельменецкий и Новоселицкий) и в городе Черновца количество серопараженных мальчиков в детском было одинаковым. А в остальных 6 районах серопараженности результат в 1,3-2,8 раза встречался чаще у девочек, чем у мальчиков.

Среди обследованных детей 630 человек (71,8%) были жители сел и 255 (28,2%) – городских жителей (таблица 2).

Проведенная серопаразитология показала, что в 293 детей из сельской местности и в 92 городских детей реакция была серопозитивная. Анализ результатов проведенных исследований показал, что серопараженности у детей из сельской местности были несомненно выше, чем у городских детей.

Количество мальчиков с серопозитивными результатами было немного меньше, чем девочек ($P < 0,5$) как в сельской, так и в городской местности. В литературе сравнительные сведения о серопараженности токсокарозом городских и сельских жителей противоречивы. Одни авторы считают, что это проблема больших городов [21], другие отмечают

Таблица 2
Частота серопараженности детей, проживающих в городской и сельской местности

Показатель	Жители города		Жители села	
	Всего обследовано лиц	Из них серопозитивных (%)	Всего обследовано лиц	Из них серопозитивных (%)
Всего обследовано детей	255	36,08±2,9	630	45,08±3,9
Мальчиков	130	14,62±3,7	306	42,48±7,2
Девочек	125	37,60±4,3	324	47,58±6,5

Таблица 3
Серопараженности детей в различных природно-климатических зонах Черновицкой области Украины

Природно-климатическая зона	Всего обследовано лиц	Из них серопозитивных		
		Всего	Мальчиков	Девочек
Горная	98	63,37	34,33	65,67
Предгорная	188	37,77	43,66	56,34
Равнинная	619	39,90	48,99	51,01
Всего по области	905	42,54	45,45	54,55

значительно бо́льший процент серопозитивных результатов жителей сельской местности [6]. Проведенный корреляционный анализ у обследованных детей не выявил корреляционной связи между серопараженностью токсокарозом и годом обследования, серопараженностью и местом жительства в городской или сельской местности. Результаты серологического обследования детей в различных природно-климатических зонах области указывают, что серопараженности в горной зоне были достоверно выше ($P < 0,01$), чем в предгорной и равнинной зонах и чем по области в целом (таблица 3). Среди серопараженности детей Черновицкого региона были больше девочек (71,8%), чем мальчиков (рис. 1).

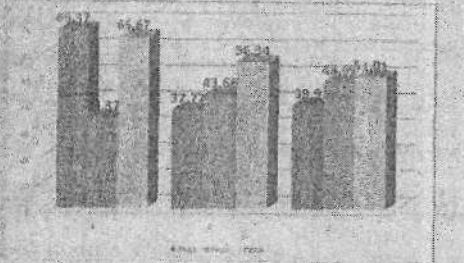


Рис. 1. Частота серопозитивных результатов обследования детей в различных природно-климатических зонах Черновицкой области в зависимости от пола

Обозначения: 1 – горная зона; 2 – предгорная зона; 3 – равнинная зона.
Рис 1 – частота серопозитивных результатов (%).
Рис 2 – мальчики (%).
Рис 3 – девочки (%).

В предгорной зоне разница была незначительной, и в равнинной зоне серопараженности мальчи-

ков и девочек была почти одинаковой, что совпадает с данными литературы [9, 10].

Исходя из того, что пораженности токсокарозом у людей связана с интенсивностью эпизоотического процесса, зависящего при прочих равных условиях от численности собак и пораженности их токсокарозом [3, 22], проведено обследование собак на токсокароз во всех природно-климатических зонах области. Установлено, что 71,9% особей из 89 обследованных собак были инвазированные токсокарами. Среди обследованных собак предгорной и равнинной зон инвазированных токсокарами собак было больше (85,7% и 75,43% соответственно), чем в горной местности (60%).

Выводы проведенные позволяют предположить, что риск заражения населения токсокарозом зависит не только от количества инвазированных токсокарами собак, но и от ряда других причин: хозяйственно-экономических особенностей, технологий сельскохозяйственного производства, которые значительно влияют на все параметры микроклимата (перепады температуры, влажность, солнечный радиация), что создает благоприятные условия для развития и выживания в почве личинок токсокар [12, 18].

Сравнительная оценка результатов серопаразитологического обследования в зависимости от возраста позволила установить, что серопараженности в разных возрастных группах не чем отличается много (таблица 4).

Данные литературы по этому вопросу противоречивы [6, 8, 11, 15]. Одни авторы считают, что более высокая серопараженности характерна для возраста 1-3 года, другие – 2-5 лет.

Для более четкого ответа на вопрос о зависимости серопараженности от возраста детей нами был применен метод определения частоты встречаемости, что позволяло установить частоту серопозитивных ответов в каждой возрастной группе. Было четко установлено, что наиболее высокая частота серопараженности среди детей Черновицкой

Таблица 1
Результаты серологического обследования детей на токсокароз, проживающих в различных районах Черновицкой области Украины

Район	Всего обследовано (лиц)	Из них серопозитивных	
		Всего (%)	Из них серопозитивных (мальчики (%) / девочки (%))
Вижницкий	58	32,76	26,30 / 73,70
Герцаевский	35	62,85	49,10 / 40,90
Гдыбовский	69	42,02	37,90 / 62,10
Заставновский	68	25,00	76,50 / 23,50
Климанский	97	42,27	43,90 / 56,10
Кельменецкий	32	56,25	50,00 / 50,00
Новоселицкий	62	45,16	50,00 / 50,00
Путиловский	35	74,29	26,90 / 73,10
Сокирянский	31	41,94	61,50 / 38,50
Сторожинецкий	89	47,19	42,90 / 57,10
Хотинский	74	51,35	39,50 / 60,50
г. Черновцы	255	36,08	47,80 / 52,20
По области	905	42,54	45,50 / 54,50

Таблица 4

Распределение обследованных детей с серопозитивной реакцией на токсокароз по возрасту и полу

Возраст (лет)	Всего обследо- вано	Из них серопозитивных (%)	В том числе	
			Мальчиков (%)	Девочек (%)
0-12 месяцев	38	42,11	56,25	43,75
1-3	153	42,58	40,90	59,10
4-7	346	59,62	42,96	57,04
8-10	220	41,36	46,15	53,85
11-14	146	52,73	49,35	50,65
итого	903	41,54	47,19	52,81

области наблюдалась в возрасте 4-7 лет (35,06 %) (таблица 5).

Таблица 5
Частота серопозитивных реакций (%) на токсокароз в разных возрастных группах детей

Возраст (лет)	Всего серо- позитивных (%)	В том числе	
		Мальчиков (%)	Девочек (%)
0-12 месяцев	4,16	2,34	1,82
1-3	17,14	7,01	10,13
4-7	35,06	15,06	20,00
8-10	23,64	10,91	12,73
11-14	20,00	9,87	10,13
итого	100	45,45	54,55

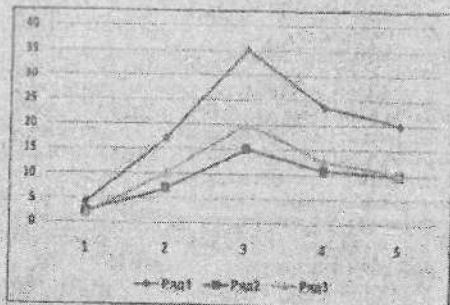


Рис. 2. Распределение обследованных детей с серопозитивной реакцией на токсокароз по возрасту

Обозначения: 1 – 0-12 месяцев; 2 – 1-3 года; 3 – 4-7 лет; 4 – 8-10 лет; 5 – 11-14 лет.
Ред 1 – в целом по области (%);
Ред 2 – мальчиков (%);
Ред 3 – девочек (%).

При этом установлено, что серопозитивность с возрастом повышается, достигая максимума высоких показателей в 4-7 лет, а затем постепенно снижается к 14 годам (рис. 2). При этом небольшая разница частоты серопозитивности мальчиков и девочек с годами уменьшается и до 14 лет составляет всего 1,02.

Таким образом, в результате выполненных сероиммунологических исследований у детей всех регионов Черновицкой области подтверждено наличие риска заражения детей токсокарозом. Наибольший показатель серопозитивности в антигенах токсокар зарегистрирован у детей горной природно-климатической зоны. Обследованные дети на токсокароз, впервые привлечены с помощью ИФА, по крайней мере его распространение на Буковину. Некоторое несоответствие между количеством выявленных детей с антителами к токсокарам и отсутствием результатов лабораторной диагностики токсокарозом можно объяснить полиморфностью клинических проявлений токсокароза, подобно ряду других гельминтных паразитарной этиологии и недостаточными знаниями практически всеми врачами паразитарной патологии, что препятствует правильной и своевременной диагностике данных заболеваний.

На пораженность населения токсокарозом влияет уровень загрязненности почвы яйцами токсокар, степени контакта с почвой (особенно геофагия), привычка пикашита, наличие профессионального и бытового контакта с почвой. Диагноз токсокароза должен устанавливаться только на основе комплекса эпидемиологических, этиологических данных, результатов клинико-лабораторных и серологических исследований.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности расширения спектра иммунологических и серологических обследований на токсокароз людей и домашних животных с использованием современных методов молекулярно-генетической диагностики, а разработка специфической профилактики токсокарозной инфекции может стать большим подспорьем в борьбе с этим паразитозом.

Литература:

1. Бодня Е.И. Проблема профилактики паразитозов в современных условиях / Е.И. Бодня // *Новости медицины и фармации.* – 2005. – №20-22. – С. 9.
2. Замазий Т.Н. Особенности эпидемиологии и клинического течения токсокароза в современных условиях / Т.Н. Замазий, О.А. Здор // *Международный медицинский журнал.* – 2005. – №1. – С. 133-136.

3. Захарчук О.І. Епідеміологічна небезпека паразитарного забруднення токсокарами на Буковині / О.І. Захарчук // *Вісник мед. науки.* – 2010. – Т.14, №2(37). – С. 141-145.
4. Захарчук О.І. Токсокароз у Чернівецькій області / О.І. Захарчук. Матеріали науково-практичної конференції пленуму Асоціації інфекціологів України [Інфекційні хвороби та епідеміологія в практиці] (21-22 травня 2009 року, Львів) – Тернопіль: Укрмедпед, 2009. – С. 108-109.
5. Софьина А.В. Клиническое маски Токсокара canis / А.В. Софьина // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций.* – 2013. – Вып. 3, Issue 2. – P. 189-190.
6. Токсокароз у дітей / М.Н. Захарова, М.С. Хинтиская, Л.А. Катаева [и др.] // *Российский педиатрический журнал.* – 2001. – №6. – С. 48-50.
7. Захарчук О.І. Епідеміологія та заходи щодо профілактики токсокарозу / О.І. Захарчук // *Південноукраїнський медичний науковий журнал.* – 2013. – № 3 (03). – С. 48-51.
8. Болышев Т.В. Токсокароз / Т.В. Болышев, М.М. Антонов // *Новые Санкт-Петербургские Врачебные Ведомости: Сборник статей врачей общей практики.* – 2004. – №2. – С. 52-64.
9. Захарчук О.І. Серопорушення на токсокароз дітей, які проживають у різних клімато-географічних зонах Буковини / О.І. Захарчук // *Бук. мед. вісник.* – 2010. – Т.14, №4(56). – С. 32-35.
10. visceral larva migrans associated with earthworm ingestion: clinical evolution in an adolescent patient / A. Scanziani, L. Schneider, P.M. Santz [et al.] // *Pediatrics.* – 2005. – V.177, №2. – P. 336-339.
11. Табанова Т. А. токсокароз: розповсюдження та вплив на репродуктивне здоров'я / Т.А. Табанова // *Медицинська паразитологія та паразитарні захворювання.* – 2003. – №4. – С. 11-14.
12. Захарчук А.И. Клинико-иммунологические особенности токсокарозов на Буковине / А.И. Захарчук, В.П. Пиддик. Труды VI Международ. науч.-практ. конф. [Паразитарные болезни человека, животных и растений] (Витебск, 25-26 сентября 2008 г.). – Витебск, Изд-во ВГМУ 2008. – С. 84-90.
13. Токсокароз у дітей / Л.В. Платонова, Р.Г. Арпамонов, Е.Г. Баклашук [и др.] // *Печ. дело.* – 2008. – №1. – С. 69-73.
14. Колмогоров В. И. Повреждение генома хозяина при экспериментальном токсокарозе и при оксидиллизации паразитным продуктом из тканей *Toxocara canis* / В.И. Колмогоров, Вл.Я. Белаш // *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 81-89.
15. Юхименко Г.Г. Токсокароз у дітей / Г.Г. Юхименко, В.Г. Майданик // *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології.* – 2012. – Т.2, №1. – С. 124-134.
16. Захарчук А.И. Иммунодиагностика токсокароза / А.И. Захарчук, Е.И. Вороня. Труды VI Международ. науч.-практ. конф. [Паразитарные болезни человека, животных и растений] (Витебск, 25-26 сентября 2008 г.). – Витебск, Изд-во ВГМУ 2008. – С. 90-99.
17. Alaa Tareq Shaki Al-Hassawi / The Effects of *Toxocara canis* Infection With and Without Red Light on the Levels of Testosterone Hormone and Cytokines Peripheral Blood of Albino Rat / Shaki Al-Hassawi, Alaa Tareq, Al-Qurashi Maher // *Journal of Natural Sciences Research / www.iiste.org ISSN 2224-3188 (Paper) ISSN 2225-0921 (Online).* – 2013. – №13, №9. – P. 178-189.
18. Пьсанко А.Я. Токсокароз / Т.Н. Константинова, Т.И. Авдохина // *Методические указания МУ 3.2.1043-01.* – Р.МАПО, 2001. – 41 с.
19. Захарчук А.И. Факторы, определяющие возможность заражения токсокарозом в Черновицкой области / А.И. Захарчук // *Міжнарод. мед. ж.* – 2009. – спец. вип. 2-3 липня 2009. – С. 44-46.
20. Захарчук А.И. Токсокарозоз заразенность почвы в Черновицкой области / А.И. Захарчук. Матеріали Черновицкой научно-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціологів Сумщини [Інфекційні хвороби та практика піварівентеріолога. сучасні аспекти.] (Суми, 19-20 червня 2013 р.). – Суми: Сумський державний університет, 2013. – С. 45-47.
21. Schantz P.M. *Toxocara larva migrans* now / P.M. Schantz // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* – 1999. – №4. – P. 21-34.
22. Захарчук О.І. Клинико-иммунологичні та епідеміологічні аспекти токсокарозу на Буковині: автореф. дис. на здобуття наук.-студента докт. мед. наук, спец. 16.00.11 «Паразитологія» / О.І. Захарчук. – К., 2012. – 41 с.

Кальчицький Д.О.
клінічний ординатор кафедри дерматовенерології
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

РОЛЬ ПАРАЗИТОЦЕНОЗІВ В ІМУНОПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Анотація: Одєю з найбільш актуальних проблем сучасної доказової медицини є значна поширеність останніми роками серед населення дерматозів, їх хронічність і часто тяжкої, атиповий перебіг, невирішеність питань причинно-наслідкових взаємозв'язків. На сьогодні відсутня чітка концепція щодо ролі паразитоценозів в етіології та патогенезі хронічних дерматозів, тому питання паразитування і комасалізму паразитів в організмі хворого залишається відкритим і вимагає негайного вирішення.

Аннотация: Одной из наиболее важных проблем современной доказательной медицины является значительная распространённость в последние годы среди населения дерматозов, их хроничность и часто тяжелой, атипичное течение, нерешённость вопросов причинно-следственных взаимосвязей. На сегодня отсутствует чёткая концепция о роли паразитоценозов в этиологии и патогенезе хронических дерматозов, поэтому вопрос паразитирования и комасалитизма паразитов в организме больного остается открытым и требует немедленного решения.

Summary: One of the most important problems of modern evidence-based medicine in recent years is a high prevalence of the population of dermatoses, their chronic and often severe, atypical course, uncertainty in the cause-effect relationships (see). At present, there is no clear concept about the role of parasitocenosis in the etiology and pathogenesis of chronic dermatoses, so the question of parasitism and commensalism of parasites in the patient remains open and requires an immediate solution.