

присоединиться к мнению тех исследователей, которые рассматривают мышечных слоев стенки двенадцатиперстной кишки и ампулы фатерова сосочка как единое целое (8). Можно предположить, что при расслаблении продольного слоя мышечной оболочки стенки кишки, ампула заполняется пищеварительными соками, а при сокращении продольного слоя, с которым связаны мышечные ткани собственных сфинктеров протоков, интрамуральная их часть закрываются. В этот момент вследствие расслабления циркулярного слоя мышечной оболочки открываются устьевые сфинктеры.

Косые пучки продольного слоя, обвивающих ампулы также сокращаются, вследствие чего фатерова сосочка напрягается (приподнимается) и содержимое ампулы буквально «впрыскивается» в полость кишки, куда в этот момент поступает химус из желудка. Это обеспечивает порционное и ритмическое выделение сока поджелудочной железы и желчи при каждом поступлении химуса из желудка в двенадцатиперстную кишку. Этот процесс ритмически повторяется и составляет морфологическую основу «игры» или «танец» фатерова сосочка в момент пищеварения.

Литература

1. Вишневский А. А., Ульманис Я. А., Гришкевич Э. В. Желчеотводящие анастомозы. - Москва, 1972. - 304 с.
2. Должиков А. А., Мясников А. Д., Едемский А. И., Седов А. П., Луценко В. Д. Клиническая и сравнительная морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки. - Белгород, 2002. - 121 с.
3. Климов П. К. Функциональные взаимосвязи в пищеварительной системе. - Л.: Наука, 1976. - 270 с.
4. Лященко С. Н. Микрохирургическая анатомия большого дуоденального сосочка и сфинктера печёчно-поджелудочной ампулы // 7 Морфология. - 1999. 5. С. 50-53.
5. Юпатов С. И. Строение мускулатуры конечного отдела общего желчного протока. Актуальные вопросы хирургии желчных путей. Калининград. 1968. - стр. 212-214.
6. E. Gaudio, F. Venutal, M. Ricci 1, P. Onoril, G. Marinozzil Sphincter of the hepatopancreatic ampulla (Oddi): A morphological study and Clinical Anatomy. Volume 5, Issue 1, pages 16-24, 1992
7. Hoile G Structure and function of the papilla of Vater// German.Med. Monthly. -1990. - № 5. -S 328-332
8. Nielubowich J. В кн: Ошацки. Я. Патофизиология хирургических заболеваний. Варшава. 1967, 388 стр.
9. Suarez .C.V. Structure of the major duodenal papilla^ V.Mount.Sinai J. Med. -1982. -V.49. -N 1. -P.31-37.
10. Pave) J. Die Gallenblase und die arbleitenden Gallenwege. Bukarest, 1962, p.238

Дусияров Н. М.,
Матчанов Г.,
Сулаймонов В. Ш.,
Джурабекова А. Т.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Кафедра неврологии СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А. М.)

Нервная система является наиболее чувствительной к патологическим сдвигам в гомеостазе. Вместе с тем, по мнению многих исследователей, восстановление функций организма и выздоровление человека также зависят от состояния нервной системы. При этом именно состояние организма обуславливает возможность развития и жизнедеятельности возбудителей инвазий, их активность, широту внутриорганых изменений, неврологических осложнений, которые они вызывают, а активность паразитов, их способность менять физиологическое состояние человека определяет тяжесть патологических сдвигов [1, 2, 3].

На сегодняшний день результаты исследований показывают, что наиболее часто стали встречаться не изолированные, а сочетанные формы инвазий. Основной причиной этого является общность путей проникновения гельминтов в организм человека, снижение иммунного статуса организма и патология желудочно-кишечного тракта. Недостаточная изученность данной проблемы, и неэффективность существующих схем лекарственной терапии [4, 5, 6].

Цель. Клинико-нейрофизиологическая оценка показателей у детей с изолированной и сочетанной паразитарной инвазией.

Материал и методы. Мы провели тщательное клинико-неврологическое обследование 90 детей в возрасте от 5 до 14 лет с признаками интоксикации нервной системы и клиническими симптомами протозойной и гельминтной инвазий. В дальнейшем на основании полученных данных копрологии на наличие протозойных и гельминтных инвазий обследованные дети были разделены на 2 группы.

В 1-ю группу (основную) вошли 70 детей, с сочетанной инвазией лямблиозом и гименолепидозом, средний возраст детей составил $9,7 \pm 0,35$ лет. 2-ю группу (сравнения) составили 20 детей, инвазированных только лямблиями, средний возраст - $9,2 \pm 0,6$ лет.

Помимо этого провели клинико-неврологическое обследование, клинико-лабораторное, иммунологические, нейрофизиологические (ЭЭГ) и нейровизуализа-

ционные (КТ и МРТ обследование) методы исследования.

Результаты исследования. ЭЭГ - метод, основанный на регистрации электрической активности (биопотенциалов) головного мозга, позволяющий судить о его функциональном состоянии, о тяжести поражения нервной системы ребенка, следить за динамикой процесса, а также выявить наличие судорожной готовности и изменения функционального состояния глубинных структур.

Функциональным расстройствам нервной системы при лямблиозе и гименолепидозе посвящены некоторые исследования, но в них не отражена сравнительная характеристика ЭЭГ исследований неврологических осложнений, которые возникают в детском организме в результате жизнедеятельности паразитов.

Необходимость изучения состояния биоэлектрической активности мозга у детей с протозойной и гельминтной инвазией трактует влияния эндогенной интоксикации в зависимости от вида и их сочетанности на проявление неврологических осложнений.

При визуальной оценке определялась принадлежность ЭЭГ к одному из пяти типов по классификации Жирмунской Е.А. (1991), адаптированной к детскому возрасту.

При визуальном анализе ЭЭГ детей основной группы и группы сравнения было установлено, что типология ЭЭГ отличалась от таковой среди здоровых

детей (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, в основной группе детей с сочетанной гельминтно-протозойной инвазией 1 тип ЭЭГ встречался у 31,4% детей и характеризовался хорошо сформированным альфа-ритмом, амплитудой от 48 до 100 мкВ, его индекс свыше 87,5%. Наблюдались отчетливые зональные различия распределения основных ритмов ЭЭГ и умеренное количество медленных волн не превышающих по амплитуде основную активность и возрастную норму. Тогда как в группе сравнения данный тип встречался в 18,8% случаев.

2 тип ЭЭГ - гиперсинхронный встречался у 17,1% детей основной группы и 21,9% в группе сравнения, который характеризовался гиперсинхронизацией бета ритма.

Основная активность отсутствовала и либо была представлена единичными колебаниями или небольшими группами альфа-волн как в группе сравнения, так и в основной. Всем детям со 2-типом ЭЭГ были присущи тикозные гиперкинезы.

Десинхронный тип ЭЭГ в нашем исследовании встречался в основной группе у 1,4% случаев, тогда как в группе сравнения в 3,1% и не носил статистически значимого характера. Данный тип характеризовался низким индексом (30%) и амплитудой альфа ритма (39 мкВ), низким общим амплитудным уровнем ЭЭГ.

Таблица 1

Частота встречаемости различных типов ЭЭГ у обследованных детей

Тип ЭЭГ	Группы	
	Основная %	Сравнения %
1 - организованный	31,4±5,5*	18,8±6,9**
2 - гиперсинхронный	17,1±4,5	21,9±7,3
3 - десинхронный	1,4±1,4	3,1±3,0
4 - дезорганизованный с альфа и тэта ритмом	47,1 ±5,9**	56,3±8,8**
5- дезорганизованный без альфа-ритма	2,8±4,2	0

* - достоверность данных по сравнению с группой контроля (*P<0,05; ** - P<0,01)

4 тип ЭЭГ регистрировался в большинстве случаев у обследованных детей, так в основной группе он был зарегистрирован у 48,6% детей и в 59,4% группы сравнения. Он характеризовался доминацией нерегулярной по частоте и амплитуде тэта и альфа-активности (индекс альфа-ритма ниже 50%). Умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности коры мозга в обеих исследуемых группах носили статистически достоверный характер (P<0,01) по отношению к контрольной группе практически здоровых детей. Так же было установлено, что встречаемость 4 дезорганизованного типа ЭЭГ у больных в основной группе было ниже по сравнению с группой сравнения, хотя достоверности не наблюдалось.

5 тип ЭЭГ встречался только у 2,8% детей основной группы с судорожным синдромом. Данный тип является патологическим, и проявлялся практическим отсутствием альфа-активности, значительным увеличением индекса и амплитуды нерегулярных медленных колебаний, не образующих ритмической активности, перемешанных друг с другом и с колебаниями других частот, средней или высокой амплитуды.

Согласно представленным данным патологическая активность в срединных структурах головного мозга встречалась у 53,3% детей с СВД основной группы, тогда как в группе сравнения она регистрировалась у 76%.

Она характеризовалась диффузной медленноволновой активностью исходящих из срединных структур у детей из основной группы и появления при гипервентиляции билатерально-синхронной высокоамплитудной медленноволновой активности в виде всплесков (пароксизмов) тета и дельта волн.

У детей с гиперкинетическим синдромом патологическая активность в срединных структурах головного мозга в основном выражалась диффузно островолновой активностью исходящей из срединных структур и билатерально высокоамплитудной активностью у основной группы и диффузноамплитудной медленноволновой активностью у детей группы сравнения, что свидетельствует о пароксизмах вегетативной при

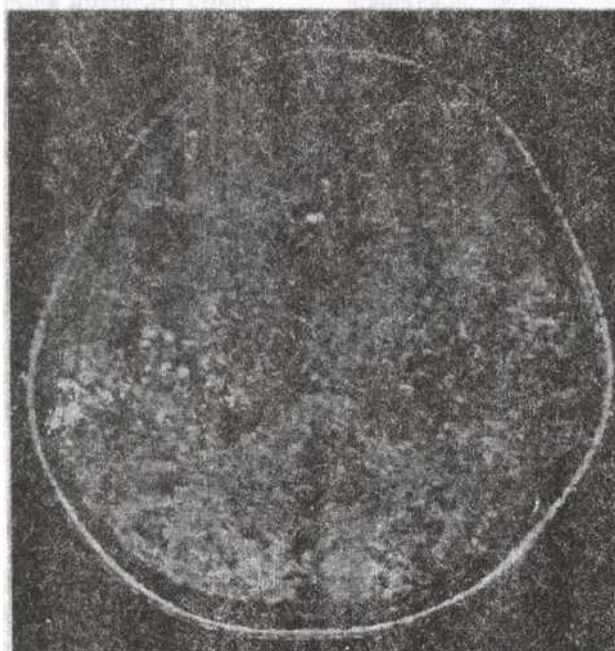
роды.

Эпилептиформная активность регистрировалась только у детей с сочетанной гельминтно-протозойной инвазией и в большинстве случаев характеризовалась патологической активностью в срединных структурах головного мозга и в 24,3% другой локализации (височная, затылочная, теменная). При этом гипервентиляция вызывала появление билатерально-синхронной активности в виде всплесков (пароксизмов) тета и дельта волн, появления комплексов острая волна - медленная волна, а также в некоторых случаях спайк- волн из срединных структур головного мозга.

Эти изменения могли быть вызваны дисфункцией надсегментарного аппарата вегетативной нервной системы, развившейся в результате паразитарной интоксикации, что подтверждается полученными данными.

Согласно системной классификации клинических заключений по электроэнцефалографии «ЭЭГ- Тезариус» у всех обследованных детей основной, сравнения и контрольной групп наблюдались норма либо умеренно и значительно выраженные диффузные изменения, характеризуются снижением порога судорожной готовности с дисфункцией неспецифических срединных структур, что подтверждает функциональную природу изменений биоэлектрической активности головного мозга в исследуемых группах.

Дальнейшее исследование заключалось в проведении нейровизуализационных методов исследований головного мозга (МРТ и КТ) у 37 детей с судорожным синдром с целью установления характера структурных изменений мозговой ткани (органические или функциональные изменения).



Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у всех детей кора и белое вещество головного мозга были развиты правильно, наличие структурных, очаговых и патологических

изменений головного мозга и мозжечка не выявлено. У 24,3% детей выявлялась гиперплазия аденоидной ткани носоглотки. В 29,7% регистрировались легкие признаки проявления сосудистой энцефалопатии.

Литература

1. Абдурахманова Н.А. Разработка антигельминтного препарата «Гелрем» на основе природного сырья. //Актуальные проблемы диагностики лечения и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний. Сборник тезисов. Ташкент - 2009. С.93.
2. Иванхин О.Н., Кузнецова И.Г. Суточный ритм артериального давления и показателей вариационной рит- мопульсометрии при выполнении клиноортостатической пробы у детей и подростков с синдромом вегетативной дистонии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. №1. с. 83-86.
3. Нетребенко О.К. Обзор новых статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей // Педиатрия. Москва, 2009. №2. С. 130-135.
4. Усачева Е. Л., Клинические особенности неэпилептических приступов у детей. // Неврологический журнал - 2009. - Т. 14.-№ 1.-С. 18-25
5. Jasmina I. Ivanova , Howard G., Bimbaunm. Economic burden of epilepsy among the privately insured in the US. Pharmacoeconomics 2010;28:8:675-685.
6. Jennun P., Gyllenborg J. The social and economical consequences of epilepsy. A controlled national study. Epilepsia 2011; 52: 5: 949-956
7. Pato Palo F., Cebrian Perez E., Cimas H., Lorenzo Gonzales J.R., Rodriguez Constenla, Gude Sampredro F. Health and non health care recourse use in the management adult patients with drug-resistant epilepsy in Spain: a cost-of-illness study (LINCE study) Neurologia 2011; 26: 1: 32-38