

сложности, связанные с ликвидацией ОП и наличия цистобилиарного свища. Поэтому операцию продолжили через минилапаротомный доступ. 133 (51,7%) больным произведена видеоассистированная эхинококкэктомия из печени. Вначале производилась диагностическая лапароскопия во время которой устанавливали точную локализацию кисты. Для доступа использовали транс- параректальные разрезы в эпигастрии до 5 см. Для создания адекватного доступа - использовали комплект хирургических инструментов «Мини-ассист». Показанием к проведению видеоассистированной эхинококкэктомии являлись одиночные кисты в диаметре до 10 см во II,III,IV,V,VI сегментах печени. Интра- и послеоперационных осложнений при выполнении ВАЭЭ мы не отмечали. Конверсия при вышеуказанных операциях проведена в 4 случаях. В 2 наблюдениях при выполнении видеолaparоскопической эхинококкэктомии потребовался переход к минилапаротомии, в 2 – от минилапаротомии к традиционной лапаротомии. Продолжительность пребывания больных в стационаре после видеолaparоско-

пической эхинококкэктомии составила $4,3 \pm 1,2$, а после видеоассистированной эхинококкэктомии – $5,1 \pm 1,3$ дней.

Всем больным в послеоперационном периоде рекомендовалась химиотерапия (2-3 курса) в виде антигельминтных препаратов зависимости от состояния и количества кист, а также повторности поражения. Нами отмечено, что при приеме Вермокса в дозе 12 мг/кг число рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза печени уменьшилось. А при применении Вейрмоза 400 случаев рецидивных и резидуальных форм заболевания за 5 летний период наблюдения не наблюдали.

Вывод. Таким образом, малая травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность и снижение сроков реабилитации больных с эхинококкозом печени позволило применять малоинвазивные вмешательства при данном гельминтозе. Послеоперационная химиотерапия эхинококкоза является эффективным мероприятием, которая обеспечивает профилактику рецидива заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ СЕРОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА

С.Э. Мамараджабов, Т.А. Абдиев, У.Б. Беркинов

*Ташкенская Медицинская Академия
НИИ медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Эхинококкоз – повсеместно распространенное паразитарное заболевание, частота которого, к сожалению, устойчиво растет и в нашей Республике.

С целью ранней диагностики заболевания и установления серопозитивности населения Самаркандской области и г.Самарканда на эхинококкоз нами совместно с сотрудниками НИИ медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева МЗ РУз проводилось сероэпидемиологическое обследование с использованием РНГА элюата высушенной капли крови. Для установления серопозитивности населения на эхинококкоз подвергнуты сероэпидемиологическому обследованию всего 2022 жители Нурабадского (1-зона, n=509), Ургутского (2-зона, n=512) и Тайлякского (3-зона, n=503) районов Самаркандской области и г. Самарканда (4- зона, n=498).

Данное обследование вышеуказанных районов производилось методом случайной выборки путем опроса лиц анкетированием. В основу разделения обследованного населения на отдельные профессиональные и социальные группы, нами был положен принцип выбора лиц,

наиболее часто контактирующие собаками или подвергающие риску заражения из природных очагов (студенты колледжей, лица занимающиеся скотоводством, земледелием, технические работники, работники сферы обслуживания, служащие, домохозяйки и пенсионеры). Мужчин было 872 (43,1%), женщин – 1150 (56,9%).

Важным эпидемиологическим показателем, характеризующим степень контакта хозяина с инвазионным материалом, является доля лиц с титром антител 1:320 и выше. После постановки РНГА и выявления серопозитивности обследованных, все лица с диагностическими титрами были подвергнуты на дальнейшее инструментальное обследование – УЗИ органов брюшной полости и рентгенологическое исследование (рентгеноскопию, при необходимости рентгенографию) органов грудной клетки по месту жительства.

Сравнительный анализ комплексного обследования серопозитивных лиц всех зон показал, что наибольшее количество серопозитивных жителей (n=45) и соответственно пораженных с эхинококкозом больных (n=8) выявлен в 3-ей зоне (17,7%) (Тайлякский район).

По нашим данным, по пораженности за ним следует 4-я зона -14,3% (г.Самарканд, n=3) и 2-я зона – 10,5% (Ургутский район, n=4). Несмотря на то, что в первой зоне (Нурабадский район) почти в каждом домовладении есть собака, и содержится в частном пользовании крупный и мелкий рогатый скот, нередко бродячие собаки, при анализе серопозитивность (n=28) и пораженность (n=7,1) данной зоны оказался самым низким по отношению других зон.

Основываясь на проведенное серо-эпидемиологическое обследования и анкетирования можно сделать заключение, что заражение жителей города Самарканда может происходить разными путями: при употреблении растительных продуктов питания, контактах с

почвой, загрязненной фекалиями собак, редко при общении с собаками. Действительно этот факт подтверждается тем, что домохозяйки в городских условиях могут часто контактировать с окружающей средой, загрязненной фекалиями собак, что связано с приобретением на рынках растительных продуктов питания и их очисткой. Также можно полагать, что высокий титр антител в крови у лиц городского населения обусловлен традиционным отсутствием тесного контакта населения, особенно взрослого, с собаками, вследствие чего заражение зачастую происходит не от собак непосредственно, а через загрязненные фекалиями элементы окружающей среды.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ

З.Ф. Мавлянова, А.Т. Джурабекова, К.В. Шмырина, Н.Ф. Вязикова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить клинико-неврологические аспекты энтеробиоза у детей.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 47 детей с диагностированным энтеробиозом с сопутствующей неврологической симптоматикой в возрасте от 4 мес до 14 лет. Из них мальчиков - 20 (42,55%), девочек - 27 (57,45%).

Результаты: У 14 девочек (29,79%) была выявлена мастурбация - самостимуляция эрогенных зон (чаще половых органов). Наиболее типичный возраст дебюта соответствовал 15-19 месяцам, однако проявления мастурбации отмечались и в более раннем возрасте - 5-6 месяцев. Были характерны приступообразные состояния, сопровождающиеся тоническим напряжением, подергиваниями мышц, тахипноэ, гиперемией кожи лица и криком. Сознание во время приступов было всегда сохранено. В неврологическом статусе, а также на ЭЭГ не обнаруживалось отклонений от нормы. Непрекращающийся зуд у детей раннего школьного возраста являлся частой причиной бессонницы, беспокойного сна (21,3%), скрежетания зубами по ночам (19,15%), общей слабости (55,3%), головных болей, головокружения (25,5%) и других проявлений астено-невротического синдрома, который приводил к повышенной раздражительности, рассеянности, снижению успеваемости в школе, умственной и физической работоспособности, формированию вредных привычек, а иногда - к возникновению эпилептиформных припадков (5 детей – 10,6%). Взаимосвязь эпилептических припадков и гельминтозов

является одним из вопросов, которые вызывают наиболее горячие дискуссии. Роль энтеробиоза в возникновении эпилептического синдрома определяется в целом в виде прямого эпилептогенного фактора, который приводит к нарушению процессов возбуждения и торможения в ЦНС; провоцирующего фактора, который осуществляет пуск уже существующего эпилептогенного механизма; отягощающего фактора, который усугубляет течение имеющегося эпилептического процесса. На ЭЭГ у этих детей регистрировались феномены общемозгового характера и выраженные изменения биоэлектрической активности, а именно: дизритмия, дезорганизация фоновой активности, появление острых единичных волн, пиков и их групп, медленноволновой активности. Реакция на световой раздражитель и гипервентиляцию у детей этой группы характеризовалась усилением синхронизации, генерализованным типом усвоения ритма, более выраженной пароксизмальной, высокоамплитудной и островолновой активностью. Изменения биоэлектрической активности по результатам ЭЭГ объяснялись преимущественно функциональным воздействием энтеробиоза на нервную систему больного. Эти изменения были вызваны дисфункцией надсегментарного аппарата вегетативной нервной системы, развившейся в результате паразитарной интоксикации. После успешной дегельминтизации все вышеперечисленные симптомы исчезали или становились значительно менее выраженными, что