

шение короны крючьев протосколекса свидетельствуют о необратимых деструктивных изменениях и гибели паразита, в этих случаях антипаразитарная обработка признается эффективной. Выявление даже незначительной двигательной активности, а так же сохранение формы, морфоструктуры паренхимы демонстрируют жизнеспособность протосколекса и свидетельствуют о неэффективной антипаразитарной обработке.

В проведенных микроскопических исследованиях проб с зародышами, признанными при аналоговом исследовании нежизнеспособными, при 1000-кратном увеличении отмечено

сохранение их жизнеспособности. В других препаратах, где зародыши с помощью традиционной методики были признаны жизнеспособными, при 1000-кратном увеличении обнаружено разрушение структуры паренхимы и короны крючьев у вывернутых протосколексов, свидетельствующие об их гибели. Использование видеомикроскопии нативного препарата с увеличением до 1000 раз является не только одним из наиболее объективных из существующих методов оценки их жизнеспособности, но также позволяет представить убедительное документальное подтверждение.

ВЛИЯНИЕ ГЕЛЬМИНТНО-ПРОТОЗОЙНОЙ ИНВАЗИИ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

И.А. Шарафова, З.Ф. Мавлянова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить электроэнцефалографические показатели у детей с гельминтно - протозойной инвазией.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 60 больных с глистной инвазией, разделенных в процессе исследования 2 на группы. Основную группу составили 45 детей с сочетанной гельминтно-протозойной инвазией в виде лямблиоза и гименолепидоза (карликовый цепень), группу сравнения составили 15 детей с изолированной формой лямблиоза. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей.

Результаты исследования. При визуальном анализе ЭЭГ детей основной группы и группы сравнения было установлено, что типология ЭЭГ отличалась от таковой среди здоровых детей. 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 и индексом 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, либо была представлена единичными колебаниями альфа-волн как в группе сравнения, так и в

основной. Всем детям со 2-типом ЭЭГ были присущи тикозные гиперкинезы. 3 тип ЭЭГ - десинхронный встречался в основной группе в 1,4% случаев, тогда как в группе сравнения в 3,1% и не имел статистической значимости. Он характеризовался низким индексом (30%) и амплитудой альфа ритма (39 мкВ), низким общим амплитудным уровнем ЭЭГ. 4 тип ЭЭГ - дезорганизованный регистрировался в большинстве случаев у обследованных детей. В основной группе он был зарегистрирован у 48,6% детей и в 59,4% группы сравнения. Он характеризовался доминированием 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. 5 тип ЭЭГ встречался только у 2,8% детей основной группы с судорожным синдромом. Данный тип является патологическим. Он 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 основной группы, тогда как в группе сравнения она регистрировалась у 76%.

Выводы. Таким образом, согласно системной классификации клинических заключений по электроэнцефалографии «ЭЭГ-Тезаурус» у всех обследованных детей основной группы и группы сравнения наблюдались умеренно и значительно выраженные диффузные изменения, характеризующиеся снижением порога

судорожной готовности с дисфункцией неспецифических срединных структур, что подтверждает функциональную природу изменений биоэлектрической активности головного мозга у детей с гельминтно-протозойной инвазией.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

К.Х. Юлдашева

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги кунда одамлар орасида энг кўп тарқалган касалликлардан бири бу паразитар касалликлардир. ЖССТ берган маълумотларга кўра дунё бўйича ичак гельминтозлари билан касалланган беморларнинг умумий сони ҳозирги кунда 1.5 млрд.га етган. Паразитар касалликлар деярли ҳамма мамлакатларда учрайди. Планетамизнинг аҳолиси учдан бир қисми паразитар касал-ликлари кўзгатувчилари билан зарарланган, шу жумладан 1269 млн. аскаридоз, 932 млн. анкилостомидозлар, 637 млн. Трихоцефалиозлар, 353 млн. энтеробиозлар, 77 млн. тениаринхозлар, 39 млн. гименолепидозлар, 15 млн. дифиллоботриозлар, 10 млн. ришта билан касалланганларни ташкил этади.(Джумаев М.Д.,1996; Абдиев Ф.Т., 2005).

Кўпчилик ҳудудларда гельминтозларнинг эндемиклиги ижтимоий иқтисодий, тарихий ва демографик жараёнлар билан боғлиқ. Шунинг учун ушбу касалликларга қарши кураш ҳам иқтисодий , ҳам сиёсий жихатдан долзарб ҳисобланади. Аҳолининг маданий ва турмуш даражасининг яхшиланганлиги кишлоқ хўжалиги тадбирларини амалга ошириш маданиятининг ошганлиги ҳамда гельминтозларга қарши режали профилактик чораларнинг олиб борилиши, республикамизда ушбу касалликлар

билан касалланиш кўрсаткичларининг сезиларли даражада пасайишига олиб келди. Шу билан бирга эришилган муваффақиятларга қарамай. Ўзбекистонда гельминтозларнинг 10-12 тури қайд этилмоқда. Этеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз, трихоцефалиоз каби гельминтозлар баъзи вилоятларда оммавий равишда тарқалган. Ўзбекистон шароитида гименолепидозлар асосан Наманган, Фарғона, Сирдарё ва Сурхондарё вилоятларининг тоғли ва тоғ олди туманларида қолган туманларга нисбатан кўпроқ қайд қилинмоқда.

Тошкент шаҳрида қайд этилаётган гельминтозлар йилнинг барча ойларида учрайди, аммо аскаридоз, тениаринхоз ва эхинококкозларга йилнинг иссиқ ойларида кўтарилиш ҳос бўлса, гименолепидоз билан касалланганлар ноябр-декабр ойларида бироз кўпроқ аниқланган.

Гименолепидозда касаллик манбаи одам ҳисобланиб, касаллик шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаганда юқади. Профилактик тадбирлар айнан гельминтлар тарқалишининг олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Гименолепидоз профилактикасида аҳолининг, айниқса, болаларнинг санитария маданиятини оширишнинг аҳамияти катта.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

К.Х. Юлдашева, Ш.М. Расулов

Тошкент тиббиёт академияси

Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Расмий маълумотларга кўра, ўткир юқумли касалликлари салмоғида паразитозлар ЎРВИ дан сўнг 2 ўринни эгаллайди.

Одам организмида 270 дан ортиқ гельминт турлари аниқланган. ЖССТ маълумотида кўра дунёда 5 млрд.га яқин одамлар гельминтлар билан касалланган. Гельминтозлар барча ҳудудларда тарқалган, лекин улар субтропик ва тропик мамлакатларда кўпроқ учрайди. Кўпчи-

лик ҳудудларда гельминтозларнинг эндемиклиги ижтимоий-иқтисодий, тарихий ва демографик жараёнлар билан боғлиқ. Шунинг учун ушбу касалликларга қарши кураш ҳам иқтисодий, ҳам сиёсий жихатдан долзарб ҳисобланади. Республикамизда паразитар касалликлар билан касалланиш кўрсаткич-ларининг сезиларли даражада пасайди. Шу билан бирга, Ўзбекистонда гельминтозлар бўйича эпидемиологик вазиятни барқарор деб бўлмайди. Ҳозирги кунда