

Ўзбекистон Республикаси

Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

Бухоро давлат тиббиёт институти

**Юқумли касалликлар, эпидемиология ва тери-таносил
касалликлари кафедраси**

МАЪРУЗА

Маъруза мавзуси:

**Умумий амалий шифокорлар тайёрлашда паразитар
касалликларни ўрганиш.**

Маърузачи: кафедра доценти Мирзаева М.Р.

БУХОРО- 2014

Умумий амалий шифокорлар тайёрлашда паразитар касалликларни ўрганиш.

1. 1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машгулот вакти- 2 соат	Талабалар сони: 18-36 та.
Машгулот шакли:	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси: Лямблиоз этиологияси, эпидемиологияси Лямблиоз патогенези Лямблиоз клиникаси, ташхисоти Лямблиоз давоси, профилактикаси- Гижжалар таснифи, организмга таъсири Гельминтозлар патогенези Гельминтозлар клиникаси, ташхисоти Гельминтозлар давоси, профилактикаси	- Паразитар касалликлари билан кечувчи юкумли касалликлар хақида умумий маълумот берилади, Касалликнинг этиологик омили, касаллик манбаси, юкиш механизми, йуллари ва омиллари, иммунитет, ахолини мойиллиги, аллергия, патологик узгаришларнинг юзага келиш омиллари, хақида тухталади. - Юкорида айтиб утилган касалликлар клиник таснифи, клиник белгилари, аъзо ва тизимлардаги узгаришлар, даволаш ва тиббий педагогика факультети талабаларига мос холда утилади. Касалликнинг ташхисот усуллари, даволаш меъзонлари, ҳамда касалликларни олдини олиш хақидаги маълумотлар берилади. - Шунингдек, паразитар касалликлар билан кечувчи юкумли касалликлар таъботда тутган урни, Республикамиз худудида касалланиш курсаткичлари ва уларнинг динамикаси тугрисида маълумот берилади. Касалликнинг этиологияси, эпидемиологияси, патогенез, патанатомияси, клиник кечиши хусусиятлари, касалликнинг ташхисот усуллари, даволаш меъзонлари ҳамда касалликнинг олдини олиш хақида маълумотлар ҳам тушунтирилади
Укув машгулотинг максоди: Паразитар касалликлар билан кечувчи юкумли касалликларни эрта ва қиёсий ташхисини ўрганиш, амалиёт ва назарияда қўллаш, уларга эрта ташхис қуйиш, даволаш услублари ва касаллик олдини олиш, даволаш ва таққослашда, айрим юкумли касалликларда учрайдиган тезкор холатларда ёрдам бериш, юкумли касалликларни олдини олиш чораларини ўргатиш	
Таълим бериш усуллари	Кургазмали, маъруза, суҳбат.

Таълим бериш шакллари	Оммавий, жамоавий.
Таълим бериш воситалари	Укув кулланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Таълим бериш шаройити	Методик жихатдан жихозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳоллаш	Огзаки назорат: савол-жавоб.

1.2. Маъруза машгулотининг технологик картаси.

Иш боскичлари ва вақти 2 соат	Укитувчи	Талаба
Тайёрлов боскичи (10 минут)	1.Маъруза матнини тайёрлайди 2.Такдимот слайдларни тайёрлайди 3.Мавзу буйича адабиётлар руйхатини тайёрлайди	
Кириш (15минут)	1.Маъруза мақсади ва вазифаси билан таништилади 2.Мавзу буйича саволлар беради	Тинглайди Талабалар уқитувчи томонидан берилган саволларга жавоб беради
Асосий боскич (55 минут)	1.Слайларни намоиш этиш билан мавзуни мазмунини тушунтиради. 2.Плакат, баннер ва жадваллардан фойдаланади	Тинглайди Тинглайди

Мавзу баёни:

Лямблиоз – болалар ва катталар орасида кенг тарқалган протозой-инфекцион касалликдир. Лямблиоз паразитар касалликлар жумласига кириб,

унинг кўзгатувчиси хўжайин (одам ва баъзи хайвонлар) ҳисобидан ҳаёт кечиради. **Этиологияси.** Лямблиоз кўзгатувчиси-Lamblia intestinalis (Giardia lamblia) 1681 й Левенгук томонидан топилган, биринчи марта касаллар нажасидан 1859 йилда олим Д.Ф.Лямбль томонидан аниқланганлиги учун унинг номи билан аталган. Ҳозирги пайтда L. Intestinalis дан ташқари L. muris ва L. Agilis турлари қайд этилган. L. intestinalis нинг 7 подтипи аниқланган.

Лямблийлар ривожланишида 2та босқич: вегетатив шакли ва циста кузатилади. Вегетатив шакли ноксимон формада бўлиб, ён томонидан кўрилганда кўштирноққа ўхшайди. Вегетатив шаклининг узунлиги 9-18мкм, эни-5-10мкм келади. Танасининг олдинги қисмидаги вентрал томонида сўрувчи диск бўлиб, у бўртиб туради. Шу бўртиб турган қисми билан ингичка ичак шиллиқ қаватига кириб олади ва ичак юзасида сақланиб туради. Ҳар бир трофозойда 4 жуфт хивчинлари бўлади. Хивчинлар ёрдамида улар ҳаракатланади. Марказий хивчинлари ҳаракатланганда насос ролини бажаради. Хивчинлар девор олди гидролизи маҳсулотларини сақлаган суюқликни сўриб олади. Шу суюқлик билан лямблийлар озиқланади. Озиқланиш трофозоит танасининг қаватлари орқали осмотик йўл билан амалга оширилади. Лямблийларда оғиз тешиги бўлмайди. Лямблийлар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди.

Лямблийнинг цисталари овал шаклда, рангсиз, узунлиги 10-14мкм, эни 6-10мкм, юзаси 2 контурли қаттиқ парда билан қопланган. Люголь эритмаси билан ишлов берилган препаратларда етилмаган цисталарда 2та, етилган цисталарда 4та ядро ва бошқа структурали элементлар кўринади. Цисталар 10-15 минутдан кейин лямблийнинг вегетатив шаклларига айланади. Лямблийнинг вегетатив шакллари ташқи муҳит шароитига чидамсиз ва 5-10 минутдан кейин ҳалок бўлади. Цисталари чидамли бўлади. Хона харорати 3-5 кундан 2 ҳафтагача сақланади, тупроқда-60 кун, сувда 35-80 кунгача сақланади. Қуритилганда ва юқори хароратда ҳалок бўлади. 70°Сда-30-40 секунд, қуритилганда-1-2 минут, қайнатилганда ўша заҳотиёқ ўлади. Хлорамин ва бошқа хлор сақловчи дезинфекция воситалари лямблий цисталарига таъсир қилмайди.

Эпидемиология. Лямблиоз инвазиясисининг манбаи лямблий ташиб юрувчилар ва лямблиоз билан касалланган бемор ҳисобланади. Лямблийнинг юқиш йўли оғиз орқали лямблий цисталари тушгач, келиб чиқади. R.Dekelbaum маълумотларига кўра турли гуруҳ болаларда лямблий билан зарарланиш 2-30% ни, диарея билан кечадиган касалликларни 3-7% ни ташкил қилади. Смиян И. С. ўз тадқиқотларида 3056 нафар жигарнинг сурункали касалликлари билан оғриган беморларнинг 30,5% дуоденал сақланмасида лямблий ажратган.

Лямблиоз билан зарарланган одамдан ташқи муҳитга кўп миқдорда лямблий цисталари ажралади. Жумладан, боланинг 1гр нажасидан 241.800та, катталарда эса 12млн гача (суткасида 18млрд дан ортиқ) цисталар чиқади. Цисталар организмдан узлуксиз ва узлукли чиқиши мумкин. Илмий адабиётдаги маълумотларга кўра, зарарланган одамнинг 4,7% ида доимий, 95% ида даврий тарзда циста ажралиши кузатилади (12,22). Бунда циста ажралмайдиган оралиқлар давомийлиги ўртача 8-14 кун. Бунинг сабаби организм иммунореактив ҳолатининг ўзгаришидир. Баъзи олимлар цисталарнинг циклик тарзда ажралишини мавсумийлик ва овқатланиш характери (асосан углевод сақлаган озиқ-овқатлар лямблийнинг кўпа йишига олиб келади) га боғлашади. Цисталар 2 ойгача тупроқда, 1-3 ой сувда тирик сақланади.

Лямблиоз маиший-мулоқот йўли ва сув орқали тарқалади. Ифлосланган пуллар, уй жиҳозлари, болалар ўйинчоқлари, мева ва сабзавотлар тарқалиш омили ҳисобланади. Маиший-мулоқот йўли орқали тарқалишида катталар орасида лямблиоз инвазиясининг спорадик ҳоллари келиб чиқади, ҳатто оилавий ўчоқлар пайдо бўлади. Болалар боғчаларида маиший-мулоқот йўли билан тарқалишида санитар-гигиеник режимни ҳисобга олганда, 18-20%дан 60-75%гача касаллик учрайди.

Сув орқали тарқалишида лямблиознинг эпидемиялари юзага келади. АҚШ да 1965 й. 23та лямблиоз эпидемиялар бўлган ва бунда 7009 нафар одам зарарланган (ВОЗ, 1983).

Эпидемиянинг келиб чиқишига сабаб очик сув ҳавзаларидан сувнинг етарлича, тозаланмасдан юборилиши ёки фақат хлорланган сувни истеъмол қилиш ҳисобланади (хлорлантириш лямблий цисталарига таъсир қилмайди).

Патогенез ва иммунитет. Ҳозирги кунда ВОЗ томонидан лямблийларнинг патогенлиги кўриб чиқилмоқда. Лямблийларнинг патогенлиги И.Лалова (1976й.) тажрибасида исботланган. У 650та лямблий цисталарни ўзига юқтиради. Натижада соғлом 35 ёшли аёлда қоринда оғриқ ва қулдираш, ич кетиш, астеник белгилар, ўт ишлаб чиқарувчи система томонидан дискинезиялар келиб чиқади. Касаллик ярим йилдан ортиқ давом этади. Соғайиш специфик лямблиозга қарши даволангандан кейин юзага келади.

Лямблийларнинг ингичка ичак шиллиқ қавати муҳитига мослашганлиги учун шу ерда девор олди ҳазм бўлган маҳсулотларнинг гидролизатлари билан озиқланадилар ва кўпаядилар. Бошқа аъзоларда лямблийлар кўпаймайди. Лямблийларнинг мембранада паразитлик қилиши девор олди ҳазм жараёнини ингичка ичакнинг сўрилиш ҳамда ҳаракат фаолиятларини издан чиқаради. Натижада стеаторея, ферментатив ва витамин етишмовчилиги келиб чиқади.

Сўрилишнинг бузилиши лямблийнинг ингичка ичакдаги гликокаликсга таъсиридан келиб чиқади ва бу оғир синдром бўлиб ҳисобланади (ВОЗ, 1983). Лямблиозда диареянинг механизми ҳозиргача ноаниқлигича қолмоқда.

Ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг юқори қисмларидаги морфо логик ўзгаришлар лямблиознинг субклиник кечишида ҳам юзага келади. Бу ўзгаришлар ўчоқли гиперемия, шиши, контакт қон кетишлар, шиллиқ қаватдаги эрозиялар кўринишида бўлади.

Ўзгаришга учраган шиллиқ қаватлардан биоптатларни гистологик текшир ганда дуоденит ва еюнитга хос белгилар топилди.

Агар лямблий маълум миқдорда бўлиб, ичакда тез кўпайса, айниқса, нора ционал овқатланиш фонида кузатилса, ичакдаги микрофлора манзараси кескин ўзгаради. 1-вариантда ичакда одатдаги шароитда меъёрида бўлмайдиган микроорганизм, замбуруғлар пайдо бўлади ва улар ўз навбатида содда жониворларнинг ичакда кўпайишини кучайтиради. 2-вариантда ичакда меъёрий ҳазм бўлиш ва сўрилишни таъминлайдиган ичак таёқчалари, бифидумбактерия, лактобактерия лар миқдори кескин камаяди. 1-вариант эрта ёшдаги (3ёшгача) болаларда, 2-вариант эса катта ёшдаги болаларда устунлик қилади.

Клиник-инструментал текшириш маълумотларига кўра, лямблий ўт йўллари, ўт пуфагида яшаб, бевосита унинг шиллиқ қаватига таъсир этади. Лямблиоз гепатобилиар шаклининг патологик кўриниши: жигар тўқимасида яллиғланиш инфильтратив ўчоқлар, майда абсцесслар, холангит, ўт пуфаги деворининг яллиғланишли ва деструктив ўзгаришлари билан характерланади. Сурункали гепатитда лямблийнинг борлиги жараённинг циррозга ўтишига олиб келади.

Лямблиозда гепатобилиар тизим ва ичак дискинезияси тез-тез учрайди. Лямблиоз ўт пуфаги дискинезияси, сфинктер-папилляр соҳанинг спазм атония сига сабаб бўлиб, касалликнинг биринчи йилларидаёқ холестазга олиб келади.

Охирги 10 йил ичида олиб борилган текширишларга биноан, айниқса, Урал ва Ғарбдаги Сибир зоналарида доимий яшаш шароитининг ноқулай омиллари ҳам да юқори радиацион фон таъсирида организм реактивлиги, қаршилиги кескин ўзгариб, организм барча тизимларига лямблийнинг патоген таъсири кучаяди (14). Илгари лямблий ташувчанлик, яъни организмнинг паразитга мослашиши (симбиоз ҳолда яшаш) фикри баён этилган бўлса, ҳозирги вақтда эса лямблийга турли хил клиник, метаболик ва иммун патология билан кечадиган эндоген интоксикациянинг шаклланишига олиб келувчи зарарли омил сифатида қаралади.

Лямблиоз билан оғриган беморларда иммунитетни ўрганишда специфик иммунитет борлиги аниқланган.

Лямблиоз касаллиги ичак, гепатобилиар, аралаш шакллари патогенезида асосий гуруҳларнинг ривожланиш кетма-кетлиги қуйидагича:

1. Ичак ва ўт йўллари шиллиқ қаватининг лямблий билан жароҳатланиши;
2. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг зарарланган тўқимасида хужайра биохимизмининг ўзгариши, оқсил, углевод, липид алмашинувининг бузилиши билан;
3. 12 бармоқли ичак, ингичка ичак, ўт йўллари, жигар тўқимасининг зарарланиши, шиллиқ қаватлар атрофияси, микроабсцесслар шаклланиши ва б. билан;
4. Ичакда микрофлора манзарасининг ўзгариши;
5. Ферментатив етишмовчиликнинг чуқурлашиб, оқсил, ёғ, углевод метаболизмининг бузилиши;
6. Мальабсорбция жараёнининг ривожланиши;
7. Билиар тизимда ва ичакда ҳаракат-эвакуатор вазифаларнинг бузилиши, турғун дискинезиялар ривожланиши;
8. Секретор альфа-иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилишининг пасайиши, иммунитетнинг ўта сусайиши;
9. Содда жониворлар ҳаёт фаолиятининг парчаланиш маҳсулотлари ҳисобига дисметаболизм маҳсулотларининг тўпланиши.

Лямблийнинг организмда узоқ муддат яшаши натижасида иммун механизмлар сусайиб, сурункали эндоген интоксикация ривожланиши туфайли барча аъзо ва тизимлар зарарланади

Клиникаси. Лямблиоз инвазиясининг қуйидаги клиник-патогенетик шакллари мавжуд:

А) Лямблиоз ташиб юрувчилар (соғлом);

Б) Лямблиознинг ичак шакли:

а) субклиник лямблиоз; б) 12 бармоқли ичакнинг лямблиозли дискинезияси; в) лямблиозли дуоденит; г) ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси; д) лямб лиозли энтерит; е) лямблиозли энтероколит;

В) Лямблиоз билиар шакли:

а) ўт чиқариш йўллари дискинезияси; б) ўткир холецистит; в) сурункали холецистит; г) сурункали холангиогепатит;

Г) Асоратлари:

а) ошқозон томонидан бўладиган функционал бузилишлар; б) гастрит;

в) ошқозон ости беи томонидан бўладиган функционал бузилишлар;

е) панкреатит.

Д) Лямблиоз қўшилиб келган касаллик сифатида (микстинфекция).

Лямблиоз ташиб юрувчиларга (соғлом) қисқа вақт (1-2 ҳафта) лямбллийлар нинг ингичка ичакнинг юқори қисмида туриши киради. Бунда ҳеч қандай функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар кузатилмайди. Бемор ўзини яхши ҳис қилади. Бу ҳол паразитликнинг компенсацион шакли дейилади ва даво ланишни талаб қилмайди.

Субклиник лямблиоз-функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар нинг бўлиши, касалликда яққол симптоматиканинг намоён бўлмаслиги ва бемор ўзини яхши ҳис қилиши билан характерланади. Функционал бузилишлар жумласи га ингичка ичакда углеводлар, ёғлар, айрим витамин (А,В12,С)нинг сўрилишнинг бузилиши киради. Иммунологик ўзгаришларга периферик қонда Т-лимфоцитлар нинг пасайиши, зардобда Т-лимфоцитлар сонининг, лямблиоз антигени билан қон зардобини имунофлюоресцент, имунофермент, радиоиммун методлар ёрдами -да текширганда ижобий натижа бериши киради. Беморнинг дуоденал суюқлигида С-реактив оксил топилади. Эндоскопия, аспирацион биопсия ва биоптатларни гис тологик текширганда юза дуоденит ва еюнитга характерли ўзгаришлар топилади.

12 бармоқли ичак лямблиозли дискинезияси-беморларни симилловчи оғриқ лар ва эпигастрал соҳасида нохуш сезгилар безовта қилади. Қулдирашлар қорин нинг юқори қисмида бўлади. Пайпаслаганда эпигастрияда доимий бўлмаган оғриқ аниқланади. Рентгенологик текширишда кўп беморларда 12 бармоқли ичак тонус ва моторикасининг бузилишлари қайд қилинади. Эндоскопияда дуоденал рефлюкс аниқланади.

Лямблиозли дуоденит- юқоридаги симптомлар ва доимий, бир оз кучли эпи гастриядаги оғриқга хос. Оғриқлар симилловчи характерда бўлиб, асосан кечаси, кўпроқ эрталабга яқин вақтда беморларни безовта қилади. Беморларда ошқозон секретор функциясининг пасайганлиги аниқланади. Рентгенологик текширганда 12 бармоқли ичак тонуси ва моторикасининг бузилиши билан бирга унинг шил лик каватининг рельефи ўзгарган бўлади. Эндоскопияда визуал, биопатларда гистологик текширганда 12 бармоқли ичак шиллик қаватининг чуқур диффуз ўзгаришлари ва атрофияси аниқланади. Кўпинча дуоденал рефлюкс регистрация қилинади.

Ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси - метеоризм, қориннинг ҳар хил қисмларида оғриқларнинг борлиги, қулдираш бўлади. Суткада 1-2 марта бўтқасимон стул аниқланади. Рентгенда ингичка ичак тонуснинг бузилиши,

барий пассажининг тезлашиши кузатилади. Лямблиознинг бу шакли дуоденит симптома тикаси ва юқоридаги функционал ўзгаришлар бўлади.

Лямблиозли энтерит -кулдираш, метеоризм ва қориндаги оғриқлардан таш қари диарея ривожланади. Нажас суюқ, кўп миқдорда, сувли ва кўпикли, патологик аралашмасиз, ҳиди одатдагидек, суткада 2-3 мартадан 4-5 мартагача бўлади. Копроцитограммада лямблийнинг вегетатив шакллари топилади, шаклланган нажасда цисталар бўлади. Беморда умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, қорин дамлаши, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши бўлади. Иш қобилияти пасаяди. Касаллик узоқ кечганда беморнинг уйқуси бузилади, салга жаҳли чиқадиган бўлади. Умумий заҳарланиш белгилари, яъни қайд қилиш, тана ҳароратини кўтарилиши, калтираш бўлмайди. Специфик даво олиб борилмаса касаллик сурункалига ўтади, ремиссия даврлари қўзиш даврлари билан алмашилиб туради. Қўзиш даври 2-3 кундан 6-7 кунгача чўзилади.

Лямблиозли энтероколит-йўғон ичакда оғриқ, нажас шиллик аралаш бўлади. Копроцитограммада-лейкоцитарнинг 12-18 та гача ошиши кузатилади. Ректорема носкопияда ҳар 3-беморда йўғон ичак дистал қисми шиллик қаватида гиперемия кузатилади. Эрозия ва яралар кузатилмайди. Сигмасимон ичак спазми, тенезмлар ва нажас қон бўлмайди. Қўзиш ва ремиссия даврлари алмашилиб туради, энтерит дан фарқи ремиссия даврида беморда қориндаги оғриқ ва метеоризм сақланиб келади.

Лямблиоз ичак шаклининг ташхисот мезонлари

- уйқусида тиш қайраши (бруксизм), оғиздан сўлак оқиши;
- терида аллергик тошмалар тошиши;
- терида қичиш аломатлари;
- қорин қапчиши, ичак қулдираши, ичнинг ўзгарувчан кетиши;
- киндик атрофи, эпигастрияда оғриқ;
- қонда анемия, эозинофилия кузатилиши;
- нажасда лямблийларнинг вегетатив шакли аниқланиши;
- юқоридаги белгилар қайд қилиниб, лямблийларнинг спораси топилиши.

Лямблиознинг билиар шакли сурункали эндоген интоксикация белгилари (умумий ҳолсизлик, чарчаш, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, иштаҳа пастлиги, субфебрил ҳарорат), диспептик синдром: ўнг қовурға соҳаси ва эпигастрияда даврий оғриқ қайд қилиниши мумкин.

Объектив кўрганда тили оқ караш билан қопланган, қорин қапчиган, ичак қулдираши, пайпаслаганда эпигастрияда, ўнг қовурға соҳасида оғриқ, гепатоспленомегалия, Ортнер-Греков белгиси каби белгилар аниқланади. Беморларнинг бир қисмида тери ва кўринарли шиллиқ қаватлари сариқлиги, сийдик қизариши тафовут қилинади.

Касаллик сурункали тус олганда меъда-ичак тизими яллиғланишига хос бўлмаган белгилар: тошмалар, аллергодерматит, терида оқимтир доғлар ҳосил бўлиши, соч тўкилиши, уйқуда тиш қайраши, уйқуда оғиздан сўлак оқиши каби белгилар қайд қилиниши мумкин.

Асоратлари. Дуоденогастрал рефлюкс-дуоденал суюқлик ошқозондан пилорик қисмига ўтиши. Бу гастритнинг сабабларидан бири ҳисобланади. Ўт ишлаб чиқариш системасида дискинетик бузилишлар ўт пуфаги ва ўт йўларида ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ўз навбатда ичакдаги бактериал флоранинг шу органларга ўтишини ва яллиғланиши жараёнини келтириб чиқаради. Лямблиознинг ҳар хил шаклларида гастритнинг келиб чиқиши оғриқ синдромининг доимий бўлишига, кечки ва оч оғриқларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Лямблиозга қарши даво олиб борилса, оғриқ синдроми ва кўнгил айланиши сезгиси ўтиб кетади.

Панкреатит-оғриқ белгиси кузатилади, яхши сифатли кечади, лямблиозга қарши даво қилинганда тезда ўтиб кетади.

Сурункали лямблиозга характерли симптомлар:

1. Ошқозон-ичак тракти томонидан персистенцияловчи диарея, ич кетиши ва қабзиятнинг алмашилиб туриши, қоринда тўлғоқсимон оғриқ, кўнгил айланиши, иштаҳанинг пасайиши;
2. Умумий аҳволи томонидан – жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, тана вазнининг камайиши, умумий ҳолсизлик, гипотрофия;
3. Тери томонидан – юқорида айтилганлардан ташқари, эшакем, строфулюс, қичима.

Ташхисоти ва қиёсий ташхисоти. Лямблиознинг лаборатор ташхислаш усуллари хилма -хил ва қийин. Лямблиознинг ҳар бир клиник шаклини лямббийнинг вегетатив шакллариининг топилиши (дуоденал суюқликда, суюқ

нажас) ёки шаклланган нажас цисталарнинг топилиши тасдиқлаши керак. Қайта текшириш ўтказиб туриш керак.

Лямблиоз клиник белгилари бор, лекин капрологик текширувда манфий натижа олинганда, 12 бармоқли ичак ёки ингичка ичак юқори бўлимининг биопати ишлатилади. Одатда, унда кўп микдорда лямблий, шунингдек, трофозоит (суртмада)лар аниқланади.

Лямблиозни ташхислашнинг энг ишончли усули дуоденал биопсия. Дуоденал биопсияни ўтказишга кўрсатмалар: лямблиознинг типик клиникаси фонида капрологик текширишнинг манфий натижаси ва патологик симптомларидан бири: эндоскопик текширганда ингичка ичакнинг шиши ва сегментацияси, патологик лактозотолерант тест, секретор IgA йўқлиги, гипогаммаглобулинемия, ахлоргидрия.

Лямблиозни сальмоннеллёз, эшерихиоз, дизентериянинг енгил шакллари, амёбиаз, рота вирусли гастроэнтерит, гельминтозлардан қиёслаш керак.

Даволаш. Лямблиознинг специфик даволашда ҳозирги кунда метронидазол (трихопол, клион, флагил), тинидазол (фасижин), энтамизол, фуразолидон, аминохинол, макмирор, тиберал, экдистен, интетрекс, зентел, мератин препаратларидан фойдаланилади.

Метронидазол катталарга 0,25г кунига 2-3 марта 5-7 кун давомида, болаларга 2-4 ёшдагиларга 0,1-0,15г дан суткада, 5-10 ёш - 0,2-0,25г, 11-15 ёш – 0,25-0,3г суткада берилади. Болаларга суткалик доза 2-3 мартага овқатдан кейин берилади. Ножўя таъсирлари-бош оғриғи, кўнгил айланиши, бош айланиши, қорин соҳасида оғриқ кам кузатилади.

Тинидазол катталарга суткасига 2г дан овқатдан кейин ёки 0,15г суткада 2 марта 7 кун мобайнида берилади. Болаларга 5-60мг/кг овқатдан сўнг берилади. Қарши кўрсатма метронидазолникидек. Энтамизол-комбинирланган препарат, 1 таблеткасида 0,2г метронидазол ва 0,25г фурамид бўлади. Катталарга 1тх3 марта кунига 5 кун мобайнида берилади.

Фуразолидон-катталарга 0,1гх4 марта суткага, овқатдан сўнг 5 кун мобайнида, болаларга 10мг/кг кунига 3-4 марта 5 кун берилади. Ўт ишлаб чиқариш тизимида асоратлар бўлганда препарат берилмайди. Аминохинол-0,15гх3 марта кунига овқатдан кейин 5 кун берилади.

Тиберал беморларнинг ёши, вазнига эътибор берган ҳолда буюрилади. Унинг бир неча даволаш тизмаси мавжуд бўлиб, амалиётда уч кунлик кечки пайтда буюрилиши юқори самара бермокда.

Интетрекс бўлса катталарга 2 капсуладан кунига 2 маҳал 7-10 кун мобайнида берилади. Болаларда учрайдиган ичак лямблиозини даволашда макмирорнинг салмоғи юқоридир. Препарат 1таблеткадан 3 маҳал 7 кун мобайнида буюрилади.

Мератин (орнидазол) болаларга 35 кг вазнгача 40 мг/кг, 35 кгдан юқориларга кунига 1,5 гр (3 таб) 1 маҳал 1-2 кун давомида буюрилса, 95-100% самара олинади (22).

Мусабаев Э.И. ва бошқалар (2004) беморларга зентел препаратини қўллаб юқори натижа олдилар. Улар препаратни 2 ёшдан катта болалар ва катталарга кунига 200-400 мг дан бир маҳал 5 кун буюришни тавсия этишади.

Патогенетик даво ўз ичига парҳез, кўпроқ суюқликлар истеъмоли ва дори-дармон билан даволашни ўз ичига олади. Лямблиозда юзага келадиган ов қат-ҳазм қилишнинг бузилишини бартараф қилиш мақсадида таркибидан амилаза сақлаган препаратлар (панкреатин, мезим-форте, панзинорм ва креон) буюрилади.

Касаллик туфайли юзага келадиган ичак дисбиозини тиклаш мақсадида эубиотиклар (бифидумбактерин, колибактерин, хилак-форте) буюрилади.

Этиотроп даво воситалари таъсирида лямбллийларни оммавий парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган метаболитларни ичакдан қонга сўрилиб юзага келтирадиган Яриш-Гейксгеймер реакциясини бартараф қилиш мақсадида **дюфалак** буюрилиши мақсадга мувофиқдир.

ГИЖЖА КАСАЛЛИКЛАРИ (ГЕЛЬМИНТОЗЛАР)

Ҳозир одам организмида паразит бўлиб яшайдиган гижжаларнинг 250 хили маълум. Гижжалар Скрябин классификацияси бўйича 4 гуруҳга бўлинади:

1. Нематодлар (узун юмалоқ шаклидаги гижжалар)
2. Цестодлар (узун лента шаклидаги гижжалар)
3. Трематодлар (сўрувчи гижжалар)
4. Онкоцерклар (боши тиканга ўхшаш гижжалар)

Республикамиз ҳудудида биринчи 3 гуруҳга кирадиган гижжалар: нематодлар, цестодлар ва трематодлар кўп учрайди. Гижжа

личинкасининг қандай шароитда ривожланишига қараб, улар қўзғатадиган касалликларнинг икки хили тафовут қилинади:

1. Геогельментлар
2. Биогельментлар
3. Маиший мулоқот йўли билан юқувчи гельментлар.

Геогельментозлар ичида нематодалар кенг тарқалган. ВОЗ маълумотларга кўра дунё бўйича ҳар куни 1, 2млрд киши аскаридоз билан, 900 млн киши анкилостомидоз билан, 700 млн киши трихоцефалёз билан зарарланади.

Ле Ришелье маълумотларига кўра 60 – йилларда африкалик ҳар бир фуқарога ўртача 2 турдаги гельминт, Осиё ва Лотин Америкасида 1 турдаги, Европада ҳар 3 кишидан 1 киши зарарланган. 20 – йилларга келиб бизнинг мамлакатимизда гельминтозларга қарши кураш бошланди, бунинг натижасида аҳоли ўртасида касалланиш даражасининг пасайишига олиб келди. Сўнгги йилларда айрим гельминтлар билан зарарланиш ўсиб бормоқда, бунга мисол қилиб нематодалар (энтеробиоз ва аскаридоз), токсокароз, трихинеллёзларни келтириш мумкин. Биогельминтозлардан описторхоз, дифиллоботриоз, тенидиоз, эхинококкознинг тарқалиш ўчоқларида эпидемик ҳолат яхши эмас.

Геогельминтозларда касаллик манбаи бўлиб, касал одамлар ҳисобланади. Гижжа тухумлари манбаа нажаси орқали тупроққа тушади ва одам организмига термик ишлов берилмаган сабзавотлар орқали тушади. Геогельминтозларни қўзғатадиган гижжаларнинг личинкалари тупроқда ривожланади (аскарида, қилбош гижжа) ва сўнгра одам организмида балоғатга етади ва кўпаяди.

Биогельминтозларда касаллик манбаи тирик организмлар (қора мол, чўчка, ит, мушуклар) бўлиб, гижжалар одам организмига гўшт ва гўшт маҳсулотлари орқали, баъзан сийдиги ва нажаси билан ифлосланган озиқ-овқатлар орқали юқади. Паразитнинг ривожланиши ва кўпайиши бир неча организмда рўй беради. Бунда оралик хўжайин ва охирги, асосий хўжайин ажратилади. Оралик хўжайин организмда ривожланишнинг дастлабки даври ўтади. Асосий хўжайин организмда гижжалар ўсиб балоғатга етади.

Контагиоз гельментозларда касаллик манбаи бўлиб, касал одамлар ҳисобланиб, гижжа тухумлари нажас орқали ташқарига чиқади. Гижжа тухумлари ифлос қўллар ҳамда ифлосланган у ёки бу предметлар орқали соғлом одам организмига тушади.

Ниҳоят гельминтозлар инвазия манбаига қараб икки хилга бўлинади:

1. Гельминтоз антропонозлар
2. Гельминтозоонозлар

I

Гельминтоантропонозларда балоғатга етган гижжалар одам организмида паразит бўлиб яшайди. Бундай одам гижжа тухуми ва личинкасини нажас орқали чиқаради (аскаридоз , трихоцефалез, тениоз, тениаринхоз).

Гельминтозоонозларда балоғатга етган гижжалар фақат турли ҳайвонлар организмида (эхинококкоз, альвеококкоз) ёки одам ва ҳайвон организмида паразит бўлиб яшайди (дифиллоботриоз, фасциолез, описторхоз).

Гижжалар личинкалари қайси йўл билан одам организмига киришига қараб иккига бўлинади: личинкаси одам оғзи орқали кирадиган гижжалар перорал гижжалар, тери орқали кирадиганлари перкутан гижжалар дейилади.

Гижжаларнинг одам организмига таъсир қилиш механизми

1.Аввало гижжаларнинг одам организмига таъсири натижасида тўқима ва ҳужайралар ўта сезувчан бўлиб қоладилар(сенсibiliзация). Гижжаларнинг ҳаёт фаолияти натижасида ва уларнинг парчаланиши оқибатида ҳосил бўладиган турли моддалар одам организми ўта сезувчан бўлиб қолишига ва ҳар турли аллергия касалликлар пайдо бўлишига сабаб бўлади (харорат кўтарилади,эшакеми тошади, тери қичийди, астмаид бронхит безовта қилади).Бундай ҳолат аскаридоз, анкилостомидоз ва эхинококкозда учрайди.

2.Гижжаларнинг механик таъсири қуйидагича тасаввур қилса бўлади: Цестодлар ва трематодлар сўрғичлари билан, анкилостомида тишлари билан ва бошқалари шунга ўхшаш мосламалари билан одам организмида шиллиқ пардаларга ёпишиб оладилар ва уларнинг бутунлигига путур етказадилар. Шиллиқ парданинг шилинган жойидан қон оқиши мумкин. Гижжалар одам ичи органларинда жуда кўп нерв охирилари (интерорецепторни) изтироблайди. Импульслар марказий асаб тизими ва кейин рефлектор йўл билан бутун организмга таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, гижжа бирорта аъзода жойлашган бўлса ҳам одамнинг бошқа аъзо ва тизимларининг фаолияти бузилади.

3. Гижжалар одам организмда паразит бўлиб тайёр озуқа моддалари ҳисобига яшайди ва хўжайини саломатлигига зарар келтиради. Лентасимон гижжалар одамнинг ичагида яшайди, жуда тез ривожланади. (бир кунда 7 – 10 см бўйи чўзилади) ва организмда озиқ – овқат етишмаслигига сабаб бўлади. Натижада кам қонлик ва авитаминоз пайдо бўлади. Гижжалар юқорида қайд қилганимиздек, ҳар – хил инфекцияларнинг ривожланишига, турли касалликларнинг оғир ўтишига сабаб бўлади.

Гельминтозларга касалликнинг секин ривожланиши сурункали кечиши, айрим ҳолларда давомли компенсация ҳолати хос. Гельментлар натижасидаги патологик ўзгаришлар унинг личинкали ривожланиш босқичига тўғри келади.

Қўзғатувчи локализациясига кўра:

-ичак гельминтозлар;

-тўқима гельминтозлари фарқланади.

Тўқима гельминтозларига шистосомоз, филяриоз, эхинококкоз, парагонимоз, цистицеркоз мисол бўлади. Айрим ичак гельминтозларида тўқима фазаси касалликнинг миграцион даври бошланишига тўғри келади (аскаридоз, анкилостомидозлар).

Касалликнинг кечиш фазалари:

Касаллик клиникаси ва патогенезида 2 фаза кузатилади:

- ўткир фаза – юққандан сўнг 2-3 ҳафта (оғир кечганда 2 ойгача ва ундан кўп);

- сурункали фаза – давомлилиги 1 неча ойдан 1 неча йилгача.

Ўткир фазада –патологик ўзгаришларнинг юзага чиқиши миграцияланувчи личинка антигенига нисбатан умум аллергик реакциясига асосланган. Бу даврдаги бошланғич синдромлар қўзғатувчи турига боғлиқ бўлмай, унинг локализациясин ва личинка миграцияланиш йўлига боғлиқ. Бунда иситма, шиш, терида қипиқланиш, миалгия, артралгия, лимфоаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар, гепатоспленомегалия, қонда эозинофилия, диспротеинемия кузатилади. Асосий ва муҳим органлар системаси зарарланади: аллергик миокардит, пневмония, менингоэнцефалит, гепатит, гемостазнинг бузилиши.

Сурункали фаза – бунда ўзгаришлар ва сезирарли клиниканинг юзага чиқиши, қўзғатувчи локализацияси, унинг сони, овқатланиш тарзи билан боғлиқ. Кўпгина гельментларнинг патоген таъсири паразитни юқтирган орган ва тўқиманинг механик шикастлаш эффектига асосланган, бунда ҳаёт учун зарур

органлар зарарланади (жигарда эхинококк кистаси, бош мия ва кўз цистицерклари).

Гельментлар модда алмашинув жараёнига таъсир этиб, озиқ маҳсулотларнинг қиймати пасайиши, нейрогуморал регуляциянинг бузилиши, ичакларда сўрилишнинг бузилишига сабаб бўлади. Баъзи ҳолларда анемия ва витамин етишмовчилиги олиб келади (анкилостомидоз, дифиллоботриоз, трихоцефаллёз, шистосомоз). Бу фазада кўзгатувчининг хўжайин иммун системасига таъсири асосий роль ўйнайди. Бунда орган ва системалардаги тўқима гельминтозларида иммун комплекслар шаклланади. Иммун системага гельментларнинг стимуляцияси натижасида иммуносупрессив жавоб ривожланади. Бунда одамда бактерия ва вирусли инфекцияларга қарши резистентлик ва профилактик эмлаш эффективлиги пасаяди. Ҳозирда гельментлардан энтеровирус, шигеллалар, вибрионлар ва бошқа инфекцион антигенларнинг трансфазал ва трансовал йўл билан ўтиш ҳақида маълумотлар бор. Бирқанча гельментлар органларда пролифератив ўзгаришларни келтириб чиқариб, уларнинг канцерогенлик хусусиятини оширади. Уларда иммуносупрессия натижасида иммунологик толерантлик феномени аниқланади. Клиник кечишида ўткир фаза, субклиник ва енгил кечиш кузатилмайди. Личинка организмга тушганда иммун жавоб ўзгаради. Тез тузалиш ёки дегельминтизация жараёнидан сўнг специфик антителилар 6-12 ой давомида йўқолади. Бизнинг мамлакатимизда маълум гельментлар орасида кучли иммунитет характериға эға бўлгани бу трихинеллёздир. Унинг личинкалари маскулларда ривожланади.

Клиникаси: - **ўткир фаза** — гельминтозлар билан зарарлангандан кейин белгилар ҳар хил намоён бўлади. Масалан, аскаридозларда 23 – кундан кейин бўлса, бошқа гельментларда 23 ҳафтадан сўнг. Бунда умумий аллергик характердаги белгилардан: титраш, иситма, теридаги рецидивлунувчи қичишиш, шишлар (локал ва генерализацияланган), лимфа тугунларининг катталашиши, миалгия, артралгия, периферик қонда лейкоцитоз ва гиперэозинофилия кузатилади. Бундан ташқари ўпка синдроми (астматик ҳолат, пневмония, плеврит), абдоминал синдром (қоринда оғриқ, диспептик ўзгаришлар) кузатилади. Жигар ва талоқ катталашади. МНС фаолияти турли даражада ўзгаради.бу фазада ҳар хил гельментлар бир – бириға ўхшаш белгиларни намоён қилади, булар: иситма, тошма тошиши, лимфаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар.

Лекин бу касалликнинг специфик белгилари ҳам мавжуд. Трихинеллёз билан зарарланганда касалликнинг 1-кунлари иситма, мускулларда оғриқ, қовоқ ва юзларда шиш кузатилади. Жигар трематодозасида жигар ва талоқ катталашиши,

саркайиш кузатилади. Аскаридозларда – ўпка ва абдоминал синдром кузатилади.

Сурункали фаза – клиник кечиши кўзгатувчи интенсивлиги, жойлашган ўрни ва ўлчамига боғлиқ. Ичак гельментларни кўп ҳолларда симптомсиз кечади, фақат катта ўлчамдагилари (тасмасимон, тениидилар) қандайдир белгини намоён қилади. Гельментларнинг сонига кўра касаллик клиник белгилари юзага чиқади. Бу фазада кўзгатувчи паразитлиги ва патоген факторлар натижасида орган ва системалар функцияси бузилиши, симптом ва синдромлар юзага келади.

Ичак гельминтозларида - асосан диспептик, оғриқ ва камдан кам ҳолларда астеноневротик синдромлар болаларда кўпроқ кузатилади. **Энтеробиозда** – кечки пайтда анал тешиги атрофида кичишиши, **трихоцефаллёзда** геморрагик колит белгилари билан бирга, болаларда тўғри ичак тушишини кўриш мумкин. **Аскаридозда** – паразит сони кўпайганда, ичак тутилиши, механик сариклик, панкреатит кузатилади. Жигар трематодозасида(описторхоз, клонорхоз, фасциолёз) – сурункали холецистохолангит, гепатит, панкреатит, ошқозон – ичак трактида ва нерв системасида бир қанча ўзгаришлар кузатилади.

Ичак цестозиди (дифиллоботриоз, териаринхоз, тениоз, гименолипидоз) – кўп ҳолларда симптомсиз кечиб, етилган гельментлар мустақил ёки дефекация актида ажратилади. Бунда беморда диспептик ўзгаришлар ва оғриқ бўлиб, дифиллоботриозда анемия, витамин В12 етишмовчилиги кузатилади. Гельминтозлар ўртасида ларваль цестодозлар алоҳида ўрин эгаллайди (эхинококкоз, альвеококкоз, цистицеркоз) – йўғон киста ҳосил қилган ҳолда ҳам симптомсиз кечиши мумкин. Лекин унча катта бўлмаган эхинококк пуфагининг ёрилиши ёки йиринглаши оғир ўзгаришларга: анафилактик шок, йирингли перитонит, плевритга олиб келиши мумкин. Альвеококк ва пуфак ўсиши натижасида томирлар сиқилиб портал гипертензия ривожланади. **Цистицеркоз** ЦНС церебрал, спинал хилма хил симптоматика билан намоён бўлиб, гельментнинг мия қоринчасига локализацияси натижасида мия ичи гипертензияси ривожланади.

ЛАБОРАТОР ТАШХИСОТИ

Биологик материал бўлиб гельмент фрагментлари, личинкалари, ахлатдаги тухумлари, сийдик, дуоденал суюқлик, ўт суюқлиги, балғам, ректал ва перианал шиллиқ, қон, мушак тўқимаси хизмат қилади. Кўпинча ахлат текширилади. **Микроскопик усуллар:** микроскопик татқиқот мақсади гельмент ва унинг фракциялари личинка ва тухумларини аниқлаш.

Като усули - бунда ахлотдаги гельмент тухумларини глицерин ва малахит таъсирида яшил рангга киришига асосланади. Дала шароитида қўллаш мумкин.

Энтеробиоз ташхиси перианаль бурмалардан тампон, шпатель, ёпшқоқ лентага қўйилган издан фойдаланиб материални татқиқ қилиш натижасида қўйилади.

Бойитиш усули – гельмент тухумларини ҳар хил концентрацияли эритмалар ёрдамида нисбий зичлигини ўрганишига асосланган. Бизнинг мамлакатимизда Калантарян ва Фюллеборн флотацион методидан фойдаланилади. Ахлатдаги шистосом ва тухумларни аниқлашда Ритчи усули бирмунча эффектив. Стронгилид, анкилостомид гельмент личинкалари махсус усулда аниқланади. Стронгилоидоз ташхисида Берман ва Брунт усулидан, анкилостом ва некатор личинкаларини аниқлашда Харада – Мори усулидан фойдаланилади. Гельмент тухуми ва личинкалари (жигардаги) ўт йўлида, ошқозон ости беzi ва 12 бармоқ ичакда, ўт суюқлиги ва дуоденал аралашмада аниқлаш мумкин.

Ўткир фазада тўқима гельментлари ва личинкалик босқичини (эхинококкоз, цистецеркоз, трихенеллёз, токсокароз) аниқлашда РНГА, РСК, РАЛ, РИФ, ИФА серологик усуллари кенг қўлланилади. Топик диагностикада органларни ультратовуш текшириш, компьютер томографияси, эндоскопия ва эндобопсиядан фойдаланилади.

Даволаш: ўткир даврида даво асосан десенсибилизацияловчи ва дeзтoксикацияловчи воситаларга асосланган.

Баъзи гельминтозлар оғир кечишида (трихинеллёз, шистосомоз, жигар трематодозиди) кўрсатмага асосан, ёки химиотерапиядаги аллергия асоратларни олдини олиш мақсадида глюкокортикоидлар қўлланилади. Одамда кўп миқдорда гельминтоз бўлганда специфик даво ўтказилади. Охириги 20 йиллар ичида токсиклиги кам ва юқори активликка эга гельментларга қарши препаратлар левомизол, тиабендазол, мебендазол, албендазол, медалин, пирантел каби дори воситалари амалиётга татбиқ этилган. Нематодаларни даволашида кенг қўлланилган левализол, охириги йилларда аскаридозда 1 кг тана массасига 2,5 мгдан қўллқнилади. Бу доимий эффектив препарат ҳисобланган. Мебендазол катталарга 100 мгдан кунига 2 маҳал 12 кун мобайнида аскаридоз ва энтеробиозда қўлланилади, анкилостомидоз ва трихоцефаллёзда 3 кун, болаларга эса 2,5 – 5 мг 1 кг тана массасига нисбатан. Медамин – юқоридаги гельментозларга суткалик доза 1 кг тана массасига 10 мгдан 3 маҳал овқатдан 30 мин кейин. Пирантел памоат – аскаридоз ва энтеробиозда 1 кг тана массасига 10 мгдан 1 марта, анкилостомидозда худди шу миқдорда 2-3 кун мобайнида. Таъсир доираси кенг бўлган албендазол 200 мгдан 2 марта ёки 400 мгдан 1 марта анкилостомидоз ва трихоцефаллёзда қўлланилади, аскаридоз ва энтеробиоз юқори интенсивликка эга бўлмаса 200 мг

етарли доза ҳисобланади. Энтеробиоз билан касалларган беморларни муваффақиятли дегельментизациясида бир вақтнинг ўзида ҳамма оила аъзоларини ва реинвазияни олдини учун гигиена қоидаларига қаттиқ риоя этиш керак. Бундан ташқари кўпгина ҳолларда қайта даволаш 10 кун интервал билан ўтказилади. Стронгилоидоз билан оғриган беморларни даволашда медалин ва албиндазол препаратлари қўлланилади.

Трихинеллёзни специфик даволашда мебендазол 7 – 10 кун мобайнида 100 мгдан кунига 3 маҳал, шу мақсадда албендазол ҳам қўлланилади. Трематодоз ва цестодозларда призиквантел кенг қўлланилади. Описторхоз, клонорхоз, парагонимозларда суткалик дозада 1 кг тана вазнига 75 мгдан 1 кун, шистосомозларда шаклига кўра 1 кг тана вазнига 40 мгдан 1 маҳал 60 мг 2 маҳал қўлланилади. Фасциолёзда препарат эффективлиги пастлиги сабаб триклабендазол тавсия этилади.

Ичак цестодозларида (дифиллоботриоз, тенидиоз) дегельментизациялаш празиквантелни 1 кг тана вазнига 20 мг, гименалипидозда эса худди шу доза 2 маҳал 10 кун интервал билан, церебрал цистецеркозда шу препарат суткалик дозаси ҳар кг тана вазнига 50 мгдан 3 маҳал 14 кун мобайнида. Ҳозиргача ларваль цестодоз, эхинококкоз, альвеококкозни специфик даво ишлаб чиқилмаган. Қўзғатувчини аниқлаган ҳолда комплекс даво чоралари қўлланилади.

Профилактика – гельминтозлар профилактикасида беморда касалликнинг юзага чиқишига кўра комплекс чора – тадбирлар: уларни даволаш, ҳаёт тарзани яхшилаш, маиший хизматни яхшилаш, касаллик тарқалишининг олдини олиш, атроф – муҳитдаги қўзғатувчилардан сақланиш муҳим аҳамиятга эга.

Қўлланилган чора - тадбирлар натижасида касалликнинг тарқалиши россия федерацияси аҳолиси ўртасида геогельментозлар билан (аскаридоз, трихоцефаллёз) касалланиш даражаси камайган. Трихинеллёз, тениаринхоз, тениз профилактикаси асосида гўшт маҳсулотларидан зарарланишининг олдини олиш етади. Эхинококкоз ва альвеококкоз профилактикасида қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари, итлар (чўпонлар, овчинларни) кундалик медицина кўригидан ўтказиш керак. Контакт йўли билан юқувчи гельминтозлар (энтеробиоз, гименолипидоз) профилактикасида қўзғатувчини ўтиш йўлини йўқотиш муҳим аҳамиятга эга, чунки бу икки гельмент болаларда ички органлар зарарланиши ва уларнинг иммун қобиляти пасайишига олиб келади.

Мавзу бўйича назорат саволлари:

1. Лямблиоз этиологияси, эпидемиологияси
2. Лямблиоз патогенези
3. Лямблиоз клиникаси.
4. Лямблиоз давоси, профилактикаси
5. Лямблиоз таъхисоти
6. Гижжалар таснифи, организмга таъсири
7. Гельминтозлар патогенези
8. Гельминтозлар таъхисоти.
9. Гельминтозлар давоси, профилактикаси
10. Гельминтозлар клиникаси.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Зубик Т.М и др. «Дифференциальная диагностика инфекционных болезни» Медицина 1991г.
2. Лобзин Б.А. «Руководство по инфекционным болезням» С.Петербург 2001г.
3. Самарина В.Н, Сорокина О.А. «Детские инфекционные болезни» Для врачей всех специальностей С.Петербург 2001г.
4. Басанова Ц.М «Инфекционные заболевания профилактика и лечения» Москва 2000г.
5. Тимченко В.Н, Леванович В.В, Михайлов И.Б «Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций» С.Петербург 2004г.
6. Мусабаев И.К., Руководство по кишечным инфекциям. Тошкент-1980г
7. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Н.У.Таджиева Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики Тошкент-2007.
8. Даминов Т.А. Инфекционные болезни с детскими инфекциями.1-2 часть. Тошкент 2011.
9. Зокирхўжаев Юқумли касалликлар. Тошкент 2011.
- 10.Облокулов А.Р. ва бошқалар. Гельминтозлар. 2010
11. Интернет маълумотлари.