



«TIBBIY TA'LIM TRANSFORMATSIYASI: MEGATRENDLAR»

*mavzusidagi XVII xalqaro
o'quv-uslubiy konferensiya
materiallar tўplami*

Toshkent-2021, 29-30 dekabr



эритроциты-3,2, цветной показатель-0,8, количество гемоглобина в одном эритроците-26,2, тромбоциты 60% (192,0), лейкоциты-8,6, сегментоядерные-60, лимфоциты-38%, моноциты-2%, СОЭ-6мм\час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-71,5, мочевины-16,5, креатинин-0,18, АСТ-0,4, АЛТ-0,3, альбумин-33,2, общий билирубин-11,6, глюкоза-5,4, кальций-2,0, мочевины- 8,6 креатинин-0,32, калий- 4,5 Альбумин- 15,7, фосфор-2,0.

Общий анализ мочи: цвет-бледно желтый, белок-0,033%, эпителий-4-5, лейкоциты-5-6, эритроциты-0-1

Проба Ничепоренко: лейкоциты-2000, эритроциты-1000

УЗИ почек и мочевыводящих путей: почки-3,7×7,1 и 3,4×7,2 см, ТПП-1,1 мм, эхогенность-0-1 ст., ЧЛС-соли деформация, МВП не расширены, МП содержимое однородное.

Электрокардиограмма: синусовая тахикардия, ЧСС-100 уд/мин, ЭОС-не отклонен. Затруднение внутри желудочковой проводимости. Нарушение процессов реполяризации в миокарде задней стенки левого желудочка.

МРТ головного мозга - Мальформация Жубера. Аплазия нейрогоипофиза.

Диагноз офтальмолога - Врожденная катаракта. Сходящиеся косоглазие. Горизонтальный нистагм.

Заключение медико-генетического консультирования - Наследственно-генетическое заболевание. Синдром Лоу (окулоцереброренальный синдром). Тубулопатия. Врожденная катаракта. Аномалия Жубера. Гипоплазия червя мозжечка.

Клинический диагноз:

Основной: Синдром Жуберта (аплазия ножки мозжечка).

Конкурирующий: Синдром Лоу (окулоцереброренальный синдром).

С учетом характера заболевания, тяжести течения болезни, наличия осложнений, проведены курс антибактериальной терапии, гормонотерапии, витаминотерапии, нутритивной и посиндромной терапии.

Состояние больного стабилизировалось на 10 сутки.

Заключение. Синдром Лоу и синдром Жубера с патологией печени называется синдромом Арима. Прогноз синдрома Лоу и Жубера в отсутствие своевременной диагностики и адекватной терапии крайне неблагоприятен. Возможен летальный исход вследствие развития вторичных инфекционных осложнений, ацидемической комы, отека легких, мозга, терминальной почечной

Литература

1. Асанов А.Ю.. Основы генетики и наследственные нарушения развития у детей. — М, 2003. — С. с.147-157
2. Игнатова М.С., Длин В.В., Приходина Л.С., Шатохина О.В. Нефротический синдром у детей. Справочник нефролога. 2006г. стр 12-20
3. Ж.Г.Левиашвили, Н.Д.Савенкова. Справочник по наследственным синдромам с патологией почек у детей. — Санкт-Петербург, 2005.— С. 49
4. А.В.Папаян, Н.Д.Савенкова. Клиническая нефрология детского возраста. — Санкт-Петербург., 2008. - С.174
5. Туш Е.В.. Рахит и рахитоподобные заболевания. — Н.Новгород, 2007. — С. с.74-75.
6. Franssen C.F.M., Stegeman C.A., Kallenberg C.G.M. et al. // Kidney Intern. — 2000.— V.57. — P.2195—2206.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Закирходжаев Р.А., Агзамова Г.С.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. АГ в мире страдает около 1 миллиарда человек и более 7,1 миллиона смертельных исходов в год связано с повышенным артериальным давлением (АД) [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 20% взрослого населения мира имеют проблемы, связанные с повышением АД. К тому же, опубликованы тревожные прогнозы экспертов ВОЗ, согласно которым, к 2025 году ожидается пик роста АГ, заболеваемость которой достигнет 29% всего взрослого населения планеты [3, 10].

Огромная распространённость АГ определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этого состояния для населения большинства стран мира. В результате целенаправленной политики в области здравоохранения во второй половине прошлого века было достигнуто значительное снижение смертности от ССЗ в странах Северной Америки, Западной Европы, Японии и Австралии [1,21]. Так в 1976-1980 гг. в американской популяции количество пациентов, получавших лечение, составляло 31% от всех пациентов с гипертонией, а в 2004-2009 гг. уже 59%. Контроль АД (на уровне ниже 140/90 мм.рт.ст.) за тот же период составлял 10% и 34% соответственно [22].

В странах СНГ эпидемиологическая обстановка коррелирует с общемировыми данными. В частности, исследования, проведенные в разных регионах России в течение последних 20 лет, свидетельствуют о том, что АГ остается одним из самых распространенных заболеваний. Ею страдает около 30 млн. человек, что составляет 20% всего населения [10]. По оценкам ряда европейских стран, АГ наблюдается у 30% населения, а 60% могли бы уменьшить показатели своего АД, поддерживая здоровый образ жизни.

В системе здравоохранения Узбекистана АГ также является актуальной проблемой. Согласно результатам популяционных исследований (Махмудов Б.Х. и соавт., Мамутов Р.Ш. и соавт., Турсунов С.Ю. и соавт.), выполненных с использованием стандартизированных методов и унифицированных критериев оценки результатов (ВОЗ) более 26% населения Республики в возрасте старше 40 лет страдают АГ [11]. По данным Республиканского Института здоровья, на конец 2013 г. в Узбекистане было зарегистрировано 343536 пациентов (1,4% населения) с повышенным АД (выше 140/90 мм.рт.ст.), из них на диспансерном учёте состояло 227831 пациентов [11, 12].

В Узбекистане ССЗ, являющиеся наиболее частой причиной смертности (56%) и инвалидности (25%), наносят ощутимый вред здоровью нации и бюджету государства. Проводимые реформы здравоохранения в Республике, в частности организация семейных поликлиник (СП) и сельских врачебных пунктов (СВП) создали реальную возможность для проведения первичной, вторичной и третичной профилактики ССЗ (Приказ №422 Минздрав РУз). Важнейшими проводниками этой идеи становятся медицинские работники первичного звена здравоохранения (ПЗЗ), в частности, врачи общей практики (ВОП).

Диагностика АГ направлена на всестороннее обследование больных в целях: подтверждения стабильности повышения АД; исключения вторичного характера АГ; установления управляемых и неуправляемых факторов риска ССЗ; оценки наличия поражения органов-мишеней, ССЗ и других сопутствующих заболеваний; оценки индивидуальной степени риска ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО)[4, электронный ресурс]. Информированность о профилактике АГ является тем самым «ключиком к успеху» лечения больных. Мотивированность пациента на исключение факторов риска надежно предотвращает

новые случаи АГ. Лишь сочетание медикаментозной терапии и контроль факторов риска дает стойкую нормализацию АД [7, 8,9].

Основной целью лечения больных АГ является максимальное снижение общего риска ССО и летальности. Принадлежность к определенной группе риска, а не степень повышения АД, является основным критерием для назначения медикаментозной терапии [6,13].Целесообразным признано достижение целевого уровня АД ниже 140/90 мм рт. ст. [2].У пациентов молодого и среднего возраста, а также у больных сахарным диабетом (СД) установлены безопасность и дополнительная польза для дальнейшего снижения ССЗ, достижения уровня АД ниже 130/85 мм рт. ст. [23, 24].

Смена тактики антигипертензивной терапии при условии хорошей переносимости рекомендуется не ранее чем через 4-6 недель. Продолжительность периода достижения целевого АД составляет 6-12 недель [16]. Что касается преимуществ, какого-либо класса гипотензивных препаратов, в отношении степени снижения АД, то завершившиеся рандомизированные исследования их не выявили [18].Главным критерием выбора гипотензивного препарата в настоящее время является его способность не только максимально снижать цифры АД до индивидуально переносимого уровня и способствовать предупреждению прогрессирования поражения органов-мишеней, но и уменьшать ССО и смертность при сохранении хорошего качества жизни [18,19].

Кроме того, экспериментальные и клинические исследования последних лет вновь показывают, что электролитный дисбаланс имеет важнейшее значение в возникновении и прогрессировании сердечно-сосудистой патологии, доказана роль латентного и явного дефицита магния в патогенезе сердечно-сосудистых и некоторых метаболических заболеваний [14].Многочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что уровень магния в сыворотке обратно связан с факторами риска ССЗ, таких как АГ, СД 2-го типа, метаболический синдром, а также с наличием ИБС.Другие данные, полученные в ходе экологических клинических исследований аутопсий, свидетельствуют о том, что повышение содержания уровня магния потенциально защищает от ССЗ [14].АГ закономерно приводит к гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). В тоже время, генетически детерминированная ГЛЖ, также приводит к развитию АГ. Поэтому в настоящее время ГЛЖ является сильным независимым фактором риска внезапной смерти, инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ) и других ССО [20]. В ряде исследований показано, что у больных перенесших ИМ, значительно чаще выявляется дефицит магния, однако при этом неизвестно, был он причиной или следствием заболевания. Несколько исследований показали улучшение выживаемости пациентов с ИМ на фоне терапии магнием. Исследования по оценке корреляции уровня магния и внезапной коронарной смерти выявило значительное снижение риска внезапной сердечной смерти при повышении уровня сывороточного магния, причем независимо от других факторов, таких как, АГ, СД, уровень калия, частота сердечных сокращений, наличие ИБС в анамнезе. В настоящее время существуют доказательства взаимосвязи дефицита магния и атеросклероза. Установлено, что дефицит магния ассоциируется с повышением уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) [14].

Вместе с тем, в ряде отечественных и зарубежных исследований убедительно показано, что, несмотря на наличие медикаментозных средств, позволяющих эффективно снижать АД и предупреждать развитие осложнений, приверженность больных к лечению остается низкой [5,15,17]. В этой связи изучение роли информированности населения о факторах риска, методах контроля и профилактики осложнений ГВ в улучшении приверженности пациентов к лечению приобретает особую актуальность.

В 7 докладе Объединенного национального комитета США рекомендации по изменению образа жизни с целью профилактики и контроля АГ следующие: поддержание ИМТ 18,5-24,9 кг/ м² способствует снижению систолического АД (САД) на 5-20 мм.рт.ст.;

соблюдение диеты богатой овощами, фруктами и молочными продуктами способствует снижению САД на 8-14 мм.рт.ст.; снижение потребления поваренной соли до 5г/сутки, способствует снижению АД на 2-8 мм.рт.ст.; регулярные аэробные физические нагрузки снижают САД на 4-9 мм.рт.ст.; отказ от курения; ограничение алкоголя снижает САД на 2-4 мм.рт. ст. Первичная профилактика заключается в снижении до минимума всех перечисленных факторов риска, что позволит предупредить или отсрочить развитие АГ, а своевременное лечение снизит риск развития осложнений АГ.

Цель исследования: повышение эффективности профилактики, лечения и диспансерного наблюдения ГБ в условиях первичного звена путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

Материалы и методы: Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

Результаты и обсуждение: Таким образом, среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций. Как видно из таблицы 1 у пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% (p<0,001); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% (p<0,001). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения (p<0,001); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% (p<0,001); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) (p<0,001). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% (p<0,001) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии. *Таблица 1*

Сравнительные результаты динамики управляемых факторов риска за 2 года наблюдения у пациентов основной и группы сравнения

Факторы риска ССЗ	Основная группа до обучения (n=122)		Основная группа после обучения (n=122)		p	Группа сравнения исходные данные (n=114)		Через 2 года наблюдения (n=112)		p
	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	

<i>Избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут</i>	10	8,1	3	2,4	p<0,001	8	7	8	7,1	p>0,05
<i>Курение</i>	13	10,6	5	4,0	p<0,001	11	9,6	11	9,8	p>0,05
<i>Злоупотребление алкоголем</i>	11	9,0	-	-	p<0,001	8	7	6	5,3	p<0,001
<i>ТГ >2,0 ммоль/л</i>	24	19,6	14	11,4	p<0,001	20	17,5	22	19,6	p>0,05
<i>ХС ЛПНП >3,0 ммоль/л</i>	69	56,5	33	27,0	p<0,001	65	57	71	63,3	p>0,05
<i>ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л</i>	42	34,4	24	19,6	p<0,001	36	31,5	36	32,1	p>0,05
<i>Нарушение толерантности к глюкозе</i>	12	9,8	2	1,6	p<0,001	10	8,7	11	9,8	p>0,05
<i>Малоподвижный образ жизни</i>	85	69,6	37	30,3	p<0,001	80	70,1	82	73,2	p>0,05

Заключение: Результаты исследования показали, необходимым условием эффективного лечения больных АГ с позиции хронофармакологии являются их активное участие в лечебно-диагностическом процессе. Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни способствует повышению информированности пациентов и степени соблюдения схемы антигипертензивной терапии, достижению целевых уровней АД, обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы:

1. Андреев А.Н. и др. «Школа здоровья» для пациентов с АГ: итоги работы в условиях районной поликлиники //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. - №5(3). - С.15-21.
2. Бакшеев, В.И, Коломоец Н.М. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца – проблема врача и пациента.- Москва: Изд-во БИНОМ, 2015. - 488 с.
3. Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска развития неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз: научное издание //Терапевтический архив. - 2017. - Том 89, №1. - С. 5-13.
4. ВОЗ. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Исполнительное резюме. [Электронный ресурс]. Доступ: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_2010/r_u/index.html (дата обращения 26.09.2017).
5. Гаврилюк Е.В., Конопля А.И., Караулов А.В. Роль иммунных нарушений в патогенезе артериальной гипертонии //Иммунология. - 2016. - №1. - С. 29-35.
6. Драпкина О.М. Особенности течения и лечения артериальной гипертонии у пожилых пациентов с метаболическим синдромом //Фарматека. - 2010. - №8. - С. 39–44.
7. Ерина А. М. Предгипертензия и кардиометаболические факторы риска (по материалам исследования ЭССЕ-РФ): научное издание //Артериальная гипертония. – СП, 2017. - Том 23,№3. - С. 243-252.
8. Зинатуллина Д., Садреева С. Модифицированные факторы риска артериальной гипертонии у сельских жителей: научное издание // Врач. – М., 2017. - №3. - С. 79-82.

9. Калинина А.М. Школа здоровья для больных как фактор в повышении эффективности контроля артериальной гипертензии //Трудный пациент. -2006.-№8.
10. Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. //В кн.: Клиническая кардиология. Глава 16. - Ташкент, 2007. - С. 438.
11. Курбанов Р.Д., Митропольская И.О., Мамутов Р.Ш., Ярмухамедова Г.Х. Распространенность артериальной гипертензии, факторов риска и их связь со смертностью (проспективное исследование). //Совершенствование профилактики, диагностики и лечения основных сердечно-сосудистых заболеваний. Оптимизация работы кардиослужбы (23-24 мая 2003г.). - Ташкент, 2003. - 104 с. – С. 53-55.
12. Мамутов Р.Ш., Мамараджапова Д.А. Прогностическая значимость факторов риска и анамнестических данных на смертность больных стабильной стенокардии при 5-летнем проспективном наблюдении (фрагмент регистра окс/оим). Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан //Евразийский кардиологический журнал. - 2017. – С.43-48.
13. Орлов А.В. Связь принципов пищевого поведения и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // А.В. Орлов, О.П. Ротарь, Е.П. Колесова [и др.] //Российский национальный конгресс кардиологов. Кардиология: от науки - к практике. Материалы конгресса. - 2013. - С.413.
14. Тулабоева Г.М. Эффективность препарата магния при ишемической болезни сердца: научное издание //Тулабоева Г.М., Нуралиева Д.М.// Терапевтический вестник Узбекистана. - Ташкент, 2017. -№2. - С. 64-68.
15. Ушаков А.В., Иванченко В. С., Гагарина А. А. Особенности суточного профиля артериального давления и вариабельности сердечного ритма у больных артериальной гипертензией в зависимости от уровня физической активности и психоэмоционального напряжения: научное издание // Российский кардиологический журнал. - М., 2017. - Том 144, №4. - С. 23-28.
16. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. [и др.]. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией. //Кардиология. – 2014. - Т. 54, № 10.
17. Шилов А.М. Артериальная гипертензия в условиях первичного звена здравоохранения: курс на эффективное лечение комбинированными антигипертензивными препаратами //Фарматека. — 2013. - №13. — С. 54–60.
18. Bondanelly M. Pathogenesis and prevalence of hypertension in acromegaly / M.Bondanelly, M.R. Ambrosio, E.C. Degli-Uberti // Pituitary. – 2001. – Vol.4. –P.239-249.
19. Circulating vascular growth factors and central hemodynamic load in the community / J.P. Zachariah [et al.] // Hypertension. – 2012. – Vol.59. – P.773-779.
20. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial / P.J. Elmer [et al.] //Ann. Intern. Med. – 2006. – Vol.144. – P.485-495.
21. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD – Summary. The Task Force on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) //European Heart Journal. – 2013. – Suppl. –P.1-32.
22. Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. III.Reduction in stroke incidence among persons with high blood pressure / Foster R.R. The importance of cellular VEGF bioactivity in the development of glomerular disease / R.R. Foster //Nephron Exp. Nephrol. – 2009. – Vol.113. - P.8-15.284.
23. Identification of polymorphisms within the vascular endothelial growth factor (VEGF) gene: correlation with variation in VEGF protein production / C.J. Watson, Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive

treatments / B. Pérez-Escamilla [et al.] //Patient Prefer. Adherence. – 2015. – Vol. 9. – P.569-578.

24. Mazón P. Hypertension in Spanish women: analysis of data collected by the Spanish society of cardiology section of arterial hypertension / P. Mazón, V. Bertomeu //Rev. Esp. Cardiol. – 2010. – Vol.8. – Suppl.D. – P.30-37.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА И ГИМЕНОЛЕПИДОЗА

К.м.н., доц. Ниязова Тажигуль Ахметовна, К.м.н., доц. Магзумов Хамидулло Баширович, К.м.н. доц. Каримова Мавлуда Тураджановна, К.м.н., асс. Имамова Ильмира Абдуллаевна, Асс. Бобожонов Шухрат Жуманазарович
Ташкентская медицинская академия

Резюме. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что начало болезни, как при лямблиозе, так и при гименолепидозе было подострым. У больных гименолепидозом, достоверно чаще наблюдали аллергодерматозы, диарею и склонность к запорам. Только у больных гименолепидозом обнаруживали кровь в стуле, следствием чего были более выраженные проявления анемии. Функциональные изменения нервной системы чаще регистрировались у больных гименолепидозом, а органические - у больных лямблиозом.

Клинический полиморфизм неврологических расстройств при гименолепидозе характеризуется преобладанием астено-невротического синдрома и синдрома вегетативной дистонии, а при лямблиозе - полинейропатического и энцефалопатического синдромов. Цефалгический синдром чаще встречается и более выражен у больных лямблиозом. Представленные данные позволяют сделать заключение об обоснованности и целесообразности проведения обследования больных с цефалгическим синдромом, больных с наличием депрессивного фона на наличие паразитарной инфекции, для своевременного назначения этиотропного лечения.

Актуальность проблемы. На современном этапе паразитарные болезни широко распространены во всем мире. Кишечные паразиты, по данным ВОЗ, по распространенности стоят после туберкулеза [3,4].

При этом более 270 видов гельминтов и 18 видов простейших вызывают заболевания людей во всех частях света. В связи с этим, паразитозам уделяется большое внимание, их профилактика и лечение включены в национальные программы здравоохранения большинства стран [3,4]. Так, лямблиоз считается эндемичным для многих стран и регионов [2]. Инфицированность взрослого населения лямблиями достигает от 20 до 50%, и как правило у детей она еще выше [3,6]. К группам риска инфицирования лямблиями относят не только дети, но и женщины, туристы, лица, получающие недостаточное количество белков с пищей. В структуре желудочно-кишечных заболеваний лямблиоз составляет до 35,5% [2,7]. Гименолепидоз распространен в меньшей степени, пораженность к которому растет не только среди детей, но и среди взрослых [5].

В Узбекистане паразитозы имеют значительный удельный вес в краевой патологии человека [1]. В республике ежегодно регистрируется более 200 тыс. больных паразитозами с высоким уровнем заболеваемости гименолепидозом. Среди кишечных протозоозов в Республике Узбекистан особое место занимает лямблиоз. Пораженность лямблиозом в республике достигает около 34,3%. Узбекистан относится к зонам, эндемичным по гименолепидозу, уровень зараженности достаточно высок; группы риска включают детей и лиц с низким уровнем санитарной культуры [1].

Махмудов Л.Ю. ОЛИЙ ТИББИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДА КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШДА ИЖТИМОЙ ФАНЛАРНИНГ РОЛИ ВА АҲАМИЯТИ.....	150
Миршарапов У.М., Ниёзов Н.Қ., Толмасов Р.Т. АНАТОМИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРНИ ЎТИШДА УЧГА ТЎРТ УСУЛИНИНГ ЮТУҚЛАРИ ВА АҲАМИЯТИ.....	152
Шокирова Ф., Бердиева Х. РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ.....	153
Авезова Г.С., Шарипова С.Н. МАСОФАВИЙ ТАЪЛИМ: УНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ, САМАРАДОРЛИГИ ВА АФЗАЛЛИКЛАРИ.....	154
Yakubov A.V., Musayeva L. J., Pulatova N.I., Komolova F.D., Saifieva N.H. PECULIARITIES AND PROBLEMS OF DISTANCE LEARNING IN HIGHER MEDICAL UNIVERSITIES.....	156
Rahmatshoyev M.N. IMPORTANCE OF PREPARATION AND USE OF MULTIMEDIA IN TEACHING HYGIENE.....	157
Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Зуфаров П.С., Пулатова Д.Б., Арипджанова Ш.С. РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.....	158
Шукурова Ф., Парпибаева Д. ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	159
II. TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARI.....	162
Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Якубов А.В., Саидова Ш.А., Абдусаматова Д.З. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....	163
Kurbonova Z.Ch., Abdixatov Sh.Z. NANOTEKNOLOGIYA BILAN DAVOLASH IMKONIYATLARI.....	166
Рахманова Л.К., Рахманова А.М. ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ.....	169
Каримджанов И.А., Динмухаммадиева Д.Р., Каримова У.Н., Холтаева Ф. Ф., Юсупова Г.А. СИНДРОМ АРИМА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	174
Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Закирходжаев Р.А., Агзамова Г.С. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	177
Ниязова Т.А. Магзумов Х.Б., Каримова М.Т., Имамова И.А., Бобожонов Ш. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА И ГИМЕНОЛЕПИДОЗА.....	182
Бобоев Х.Н. УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ТМА.....	188
Nazarova N., Jabbarov O., Mirzayeva G., Madazimova D., Buvamuxamedova N. LYUPUS NEFRIT RIVOJLANISHIDA MOSHEVINA VA KREATININNI KLINIK PATOGENETIK BAXOLASH.....	190
Nazarova N., Jabbarov A., Madazimova D., Mirzayeva G., Buvamuhamedova N. ROLE OF LIPIDS IN THE PROGRESSION OF RENAL DISEASE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS.....	193