

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**АХВОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



*Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии*

*Начальник отдела: М. Н. Аслонов*

*Редактор русского текста : О.А. Козлова*

*Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева*

*Редактор английского текста: А.Х. Жураев*

*Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева*

*Учредитель: Ташкентская медицинская академия*

*Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации*

*Регистрационное свидетельство 02-00128*

*Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года*

*реестром ВАК в раздел медицинских наук*

*Рукописи, оформленные в соответствии*

*с прилагаемыми правилами, просим направлять*

*по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,*

*Главный учебный корпус ТМА,*

*4-й этаж, комната 444.*

*Контактный телефон: 214 90 64*

*e-mail: rio-tma@mail.ru*

*rio@tma.uz*

*Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.*

*Гарнитура «Cambria».*

*Тираж 150.*

*Цена договорная.*

*Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА. 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

Вестник ТМА № 1, 2022

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

**Члены редакционноого совета**

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент) проф.

Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

# СОДЕРЖАНИЕ

# CONTENT

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
Raximov A.F. ARALASH TA'LIM - "BLENDED LEARNING" VA AG'DARILGAN TA'LIM - "FLIPPED CLASSROOM"	Rakhimov A.F. "BLENDED LEARNING" AND "FLIPPED CLASSROOM"	8
ОБЗОРЫ	REVIEWS	
Ахмедова М.Д., Султонова Г.Ю. МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	Akhmedova M.D., Sultonova G.Yu. INTESTINAL MICROFLORA AND LIVER CIRROSIS OF VIRAL ETIOLOGY	11
Иноятова Ф.Х., Рахматуллаева Г.К., Вахобова Н.А., Миркомиллов Э.М. РОЛЬ НЕЙРОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С COVID-19	Inoyatova F.Kh., Rakhmatullaeva G.K., Vahobova N.A., Mirkomilov El.M. THE ROLE OF NEUROTROPIC AUTOANTIBODIES IN THE DIAGNOSIS OF NERVOUS SYSTEM LESIONS ASSOCIATED WITH COVID-19	15
Lyan E.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Kevorkova M.A., Vosikov B.A. GENERALLASHGAN HAVOTIRLI KASALLIKLARDA KOGNITIV HULQ TERAPIYASIDAN FOYDALANISH	Lyan E.M., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Kevorkova M.A., Vosikov B.A. COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER	21
Najmutdinova D.K., Urinbayeva D.A., Sadikova N.G., Ergashov N.Sh. 2-TOIFA QANDLI DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA MIKROANGIOPATIK ASORATLARNING OLDINI OLISH VA DAVOLASHDA FENOFIBRATNING ROLI	Najmutdinova D.K., Urinbayeva D.A., Sadikova N.G., Ergashov N.Sh. THE ROLE OF FENOFIBRATE (TRICOR) IN THE COMPLEX TREATMENT OF MICROANGIOPATHIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES	25
Нуёзова Ш.Х., Камышов С.В., Баленков О.Ю., Кобиллов О.Р. ПРОТООНКОГЕНЫ КАК ПРЕДИКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ Niyozova Sh.Kh., Kamyshev S.V., Balenkov O.Yu. ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	Niyozova Sh.Kh., Kamyshev S.V., Balenkov O.Yu., Kobillov O.R. PROTOONCOGENS AS PREDICTIVE FACTORS OF THE EFFECTIVENESS OF ANTITUMOR THERAPY OF METASTATIC COLORECTAL CANCER	30
Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Ташматов Ш.Н. ДИАГНОСТИКА И МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА	Ruzikulov M.M., Kariev G.M., Tashmatov Sh.N. DIAGNOSTICS AND MICROSURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LARGE AND GIANT CEREBRAL VASCULAR ANEURYSMS	34
Сабиров У.Ю., Колдарова Э.В., Иноятова Н.Р. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	Sabirov U.Yu, Koldarova E.V., Inoyatova N.R. MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACNE	38
Туйчиев Л.Н., Ахмедова М.Д., Шокиров М.К., Анваров Ж.А. ФАСЦИОЛЁЗ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБЫТОГО ТРОПИЧЕСКОГО ПАРАЗИТОЗА	Tuychiev L.N., Akhmedova M.D., Shokirov M.K., Anvarov J.A. FASCIOLESI - EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF NEGLECTED TROPICAL PARASITOSIS	45
Хакимов М.Ш., Цай В.Э., Элмуродов И.У. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	Khakimov M.Sh., Tsai V.E., Elmurodov I.U. MODERN PROBLEMS OF TREATMENT ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION	48
Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Lyan Y.M., Rajapov M.Sh., Kholmuminov A.E., Vosikov B.A. INVOLUTSION DAVRDA DEPRESSIV BUZILISHLARNING RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI	Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Lyan Y.M., Rajapov M.Sh., Kholmuminov A.E., Vosikov B.A. DEPRESSIVE DISORDERS RISK FACTORS IN THE LATE-LIFE PERIOD	52
Шодмонов А.К., Шавахабов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р., Шодмонов Ж.А. РОЛЬ ЭКСТРАКТОВ РАСТЕНИЙ, НУТРИЕНТОВ И АНТИОКСИДАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	Shodmonov A.K., Shavakhabov Sh., Rikhsiboev J.R., Shodmonov J.A. THE ROLE OF PLANT EXTRACTS, NUTRIENTS AND ANTIOXIDANTS IN THE TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION AND MALE INFERTILITY.	56
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ БИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА	EXPERIMENTAL BIOLOGY AND MEDICINE	
Iriskulov B.U., Tadjibaeva R.B., Dustov F.A. CHANGES IN THE DYNAMIC BLOOD VISCOSITY AGAINST THE BACKGROUND OF THE INTRODUCTION OF THE DOMESTIC BIOSTIMULATING DRUG LACTOFLOL IN THE HYDRONEPHROTIC TRANSFORMATION OF THE KIDNEYS	Iriskulov B.U., Tadjibaeva R.B., Do'stov F.A. TAJRIBAVIY BUYRAK GIDRONEFROZIDA BIOSTIMULLOVCHI LAKTOFLOL PREPARATINI TERI OSTIGA QO'LLANILISHINI QON QOVUSHQOQLIGI DINAMIKASIGA TA'SIRI	61
Касимов Э.Р., Омонова М.Ж., Мусаев Х.А., Юнусалиева М.У. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЦИТКОРНИТ НА АНТИГИПОКСИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ И ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	Kasimov E.R., Omonova M.J., Musayev X.A., Yunusaliyeva M.U. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE NEW DOMESTIC DRUG CYTOKARTIN FOR ANTIHYPOXIC ACTIVITY AND ACUTE TOXICITY IN EXPERIMENTAL ANIMAL MODELS	64

## ФАСЦИОЛЁЗ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБЫТОГО ТРОПИЧЕСКОГО ПАРАЗИТОЗА

Тўйчиев Л.Н., Ахмедова М.Д., Шокиров М.К., Анваров Ж.А.

## ФАСЦИОЛЁЗ – УНУТИЛГАН ТРОПИК ПАРАЗИТОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Тўйчиев Л.Н., Ахмедова М.Д., Шокиров М.К., Анваров Ж.А.

## FASCIOSIS - EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF NEGLECTED TROPICAL PARASITOSIS

Tuychiev L.N., Akhmedova M.D., Shokirov M.K., Anvarov J.A.

Ташкентская медицинская академия, Ферганское областное управление санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти фасциолёз касаллигини эътибордан четда қолаётган тропик касалликлар рўйхатида киритган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳозирда 2,6 миллион киши ушбу паразит билан касалланган. Сўнгги йилларда глобал иқлим ўзгариши, антропоген омиллар ва халқаро туризмнинг ривожланиши натижасида фасциолёз билан касалланиш кўрсаткичининг ортишига олиб келди. Ушбу паразитознинг географик ва эпидемиологик тарқалишининг умумий қонуниятларини аниқлаш бўйича тадқиқот ишлари кам. Ўзбекистонда инсонларда фасциолёз касаллигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш бўйича маълумотлар жуда кам.

**Калит сўзлар:** фасциолёз, *Fasciola hepatica*, паразитоз, эпидемиология.

The World Health Organization includes fascioliasis in the list of the Neglected Tropical Diseases. According to the World Health Organization, 2.4 million people in more than 70 countries are infected, and several million more at risk. Recently global climate changes, anthropogenic factors, development of international tourism have led to an increase in the incidence of fascioliasis in the world. There are very few studies on identifying general patterns of the geographical and epidemiological distribution of this parasitosis. Data on the study of epidemiology of human fascioliasis in Uzbekistan are very scarce.

**Key words:** fascioliasis, *Fasciola hepatica*, parasitosis, epidemiology.

Фасциолёз – зоонозный биогельминтоз, относящийся к группе трематодозов. В мире фасциолёз человека демонстрирует неоднородность эпидемиологической картины как в схемах передачи заболевания, так и в эпидемиологических сценариях, связанных со сложностью взаимосвязанных аспектов, что требует мультидисциплинарного подхода к решению этой проблемы [32].

Фасциолёз вызывают два вида трематод: *Fasciola hepatica* (Linnaeus, 1758) – печеночный сосальщик, распространенный в Европе, Африке, Азии, Океании и Америке, и *Fasciola gigantica* (Gobbold, 1855) – гигантский сосальщик, эндемичный для некоторых стран Африки и Азии [33]. Эти паразиты представляют собой червей листовидной формы, достаточно больших размеров: *F. hepatica* 20-30x13 мм; размеры взрослых *F. gigantica* – 2575x12 мм. У человека эти паразиты локализуются в желчевыводящих путях [7].

Окончательными хозяевами фасциол служит человек и многочисленные представители травоядных животных. Промежуточные хозяева – различные виды пресноводных моллюсков, прежде всего, малый прудовик (*Lymnaea truncatula*). Цикл развития фасциол сложен и происходит путем смены промежуточного и основного хозяев. В сутки одна особь откладывает в среднем до 5 тыс. яиц, которые с желчью поступают в двенадцатиперстную кишку, а затем вместе с калом выводятся во внешнюю среду. Яйца очень крупные, длиной 130-145 мкм, овальные, с хорошо выраженной оболочкой. Имеют кры-

шечку. Цвет желтый или коричневый. Яйца, попавшие в сухую почву, быстро погибают [4].

Лишь в тех, которые попадают в воду, развивается зародыш, дальнейшее развитие которого происходит в воде. При температуре 20-30°C через две недели в яйцах развиваются мирацидии. Мирацидий, свободно плавающий в воде, сохраняет жизнеспособность лишь в течение 1-3-х дней. Если в течение этого срока ему встретится моллюск рода *Limnaea* (облигатный промежуточный хозяин), он активно внедряется в тело моллюска, в котором происходит превращение в спороцисту, в которой развиваются редии. В редиях образуются либо второе поколение редий, либо церкарии. Они выходят из моллюска через 2-3 месяца после заражения и в течение 8 часов инцистируются, прикрепляясь к водным растениям, предметам и поверхностной пленке воды. Инцистированная личинка *F. hepatica* называется адолескарием. Она может сохранять жизнеспособность в воде до 5 месяцев. Попав в кишечник окончательного хозяина с пищей (околоводные и водные растения) или с водой, адолескарии эксцистируются в двенадцатиперстной кишке. Вышедшие личинки, проникая через стенку кишки, мигрируют в брюшную полость, а затем через капсулу и паренхиму печени – в желчные протоки. От момента попадания адолескарием в организм definitivoного хозяина до развития половозрелой стадии проходит 3-4 месяца. Срок жизни фасциол в организме человека составляет 5 лет и более [3,4,7].

Заболевание, как правило, протекает длительно, часто бессимптомно, но в ряде случаев может манифестировать с поражением гепатобилиарной системы, вплоть до острой обструкции желчных путей приводящих к развитию неотложных состояний. В зарубежной литературе имеются данные об атипичной локализации гельминтов, сопровождающейся специфическими клиническими проявлениями [29,31].

Всемирная организация здравоохранения включает фасциолез в список забытых тропических болезней (Neglected Tropical Diseases) [41]. Несмотря на то, что в различных странах мира фасциолез широко распространен у домашнего скота, человеческому фасциолезу до 1990 года уделяли мало внимания из-за редкой спорадической заболеваемости [16]. Количество регистрируемых случаев заболеваний человека этим трематодозом в течение последних 20 лет увеличилось [30].

В настоящее время фасциолез человека является глобальной проблемой. По оценкам ВОЗ, в мире трематодозами инфицировано не менее 40 млн человек в 70 странах, однако наиболее пораженными районами являются Восточная Азия и Южная Америка. Из них 2,6 млн человек инфицированы фасциолёзом [29].

Яйца *Fasciola hepatica* были обнаружены в египетских мумиях, что свидетельствует о инфицировании еще во времена фараонов [19]. Француз Жан де Бри (франц. *Jehan de Bry*) впервые упомянул паразита и точно определил источник инфекции в своей публикации по овцеводству, написанной по просьбе короля Франции Карла V и опубликованной в 1379 году в «*Le Bon Berger*» («Добрый пастырь»). С того времени во французском языке прочно закрепилось название «баранья печеночная двуустка», или просто «печеночная двуустка» [36]. Упоминания о печеночной двуустке овец появляются в текстах о животноводстве в течение следующих нескольких столетий. В 1758 году Карл Линней дал ей латинское название – *Fasciola hepatica*. В конце XIX века немецкий ученый Рудольф Лейкарт (*Rudolf Leuckart, 1822-1898*) впервые изучил биологию фасциолы и описал её в своей работе «*Zur Entwicklungsgeschichte des Leberegels*» («*Archiv f. Naturgeschichte*», 1882).

Впервые фасциолёз у человека был изучен итальянским биологом и врачом Марчелло Мальпиги (*Marcello Malpighi; 1628-1694*) и немецким натуралистом Пётром Симоном Палласом (*Peter Simon Pallas, 1741-1811*) [7].

J.G. Esteban и соавт. (1998) в своем обзоре литературы приводит данные за последние 25 лет о 7071 случае заболевания фасциолезом у людей, которые были зарегистрированы в 51 стране мира: в Африке – 487 случаев, в Америке – 3267, в Азии – 354, Европе – 2951, в Океании – 12 [18].

Случаи вспышек фасциолёза среди населения находят свое отражение в научной литературе [14,27,38]. Самая крупная вспышка была зафиксирована в Иране в 1988 году, когда в течение 18 месяцев были инвазированы более 10 тыс. человек, из них 4 тыс. дети [25].

Человек заражается при питье сырой воды из водоемов, которые подвергаются фекальному загрязнению во время водопоя сельскохозяйственных животных, а также при употреблении в пищу сырых овощей и зелени с огородов, поливаемых водой из таких водоемов, либо поедая сырые дикорастущие водные растения (кресс-салат и др.) [3,8]. Имеются также риски, связанные с употреблением традиционных, термически не обработанных, местных блюд [26].

Туристы, посещающие страны, эндемичные по фасциолезу, также входят в группу риска заражения этим паразитом [2].

Заболевания человека фасциолезом после употребления в пищу кресс-салата были зарегистрированы во многих странах мира: во Франции [28], Испании [12], Турции [22], Аргентине [35], Мексике [42], Венесуэле [10], Великобритании [23], Австралии [17].

В последние двадцать лет в некоторых странах участились случаи заболевания. Например, во Вьетнаме с 1997 до 2000 года было зарегистрировано 500 случаев заболевания [39], а в 2011 году в центральных провинциях Вьетнама официально выявлено 20 тыс. случаев заражения [13].

В последние годы отмечается рост пораженности людей как в развивающихся, так и в развитых странах, в частности в Китае и ряде других стран [15,20]. Некоторые авторы связывают рост заболеваемости с глобальными изменениями климата, а именно с потеплением и увеличением количества осадков, а также с развитием ирригационных систем и международного туризма [11].

В Европе наиболее неблагоприятными по фасциолезу человека считаются: Франция, Португалия, Испания [21,24,40].

В бывшем СССР информация о данном заболевании у человека впервые была опубликована в 1924 году, когда было описано два случая фасциолеза, подтвержденные патологоанатомически [6].

В России фасциолёз у животных регистрируется повсеместно в зонах развитого выпасного животноводства, наиболее часто на Северном Кавказе, в Поволжье и в Астраханской области. В Российской Федерации и странах ближнего зарубежья *F. hepatica* встречается повсеместно, а *F. gigantica* – лишь в южных регионах [5].

По данным ВОЗ, там, где фасциолез распространяется спорадически, гельминтом поражаются люди всех возрастных групп, особой группы риска не существует. А в странах, где фасциолёз эндемичен, распространенность инфекции, как правило, пика достигают у детей школьного возраста. Люди, живущие в сельской местности, обычно более подвержены заражению [33,41].

А. Mohamed и соавт. (2015) в своем исследовании выявили, что в Египте уровень заражения среди мужчин выше, чем среди женщин, среди взрослых выше, чем среди детей, а также среди тех, кто приехал из сельской местности и имел сельскохозяйственных животных выше, чем у приехавших из городских районов без сельскохозяйственных жи-

вотных. Авторы связывают это с факторами образа жизни мужчин, поскольку мужчины обычно несут ответственность за кормление животных и работу на полях в сельских районах [34].

Эпидемиологическая картина фасциолёза довольно разнообразна: инфекция обычно имеет гипондемический характер с низкими и стабильными уровнями распространенности среди определенной группы населения. Среди таких популяций могут возникать спорадические вспышки: обычно связанные с внезапными изменениями климатических условий, которые способствуют массовому размножению паразита в моллюсках и последующему обсеменению водоемов личинками паразита. Показано, что эпидемиология фасциолёза имеет тесную зависимость от географических и экологических характеристик определенного района, где происходит передача инвазии, а также способность возбудителя адаптироваться к различным экологическим нишам [32,41].

Узбекистан – страна с развитым животноводством, на территории которого фасциолёз имеет широкое распространение [9]. При этом данные о случаях заболевания этим гельминтозом человека носят фрагментарный характер. В 1988 году В.М. Садиков опубликовал результаты 13287 патологоанатомических исследований печени людей, умерших в Самаркандской области. В 81 случае в печени были обнаружены фасциолы (0,61%), интенсивность инвазии варьировала от 1 до 14 паразитов [37].

А.А. Абдушукуров и соавт. (2016) сообщили о клиническом случае фасциолёза у 6-летней девочки из Ферганской области, у которой заболевание протекало с обструкцией желчевыводящих путей и образованием множественных кист во вне- и внутрипеченочных желчных протоках. Диагноз был

установлен во время операции при обнаружении *F. hepatica* [1].

В регионе Центральной Азии, и в частности в Узбекистане, недостаточно данных об эпидемиологии и уровне заболеваемости этой инфекцией, не известны эндемические районы и соответственно не разработаны меры профилактики. На сегодняшний день необходимо широкомасштабное изучение всех показателей фасциолёза в Узбекистане, включая его распространенность и возможные очаги инфекции для разработки планов по взаимодействию медицинской, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб.

*Со списком литературы можно ознакомиться в редакции*

### **ФАСЦИОЛЁЗ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБЫТОГО ТРОПИЧЕСКОГО ПАРАЗИТОЗА**

Туйчиев Л.Н., Ахмедова М.Д.,  
Шокиров М.К., Анваров Ж.А.

*Всемирная организация здравоохранения включает фасциолёз в список забытых тропических болезней. По данным ВЦЗ, в настоящее время этим паразитом инфицированы 2,6 млн человек. К росту заболеваемости фасциолёзом в мире в последние годы привели глобальные изменения климата, антропогенные факторы, развитие международного туризма привело. Однако работ по выявлению общих закономерностей географического и эпидемиологического распространения данного паразитоза мало, а данные по изучению эпидемиологии фасциолёза человека в Узбекистане весьма скудны.*

**Ключевые слова:** фасциолёз, *Fasciola hepatica*, паразитоз, эпидемиология.

