New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2024, Accepted: 02.10.2024, Published: 10.10.2024

УДК 616.15-099:678.7:612.017.1-092.9

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

Байханова Насиба E-mail: BayxanovaN@mail.ru
Мирзоева Мехринисо Ризоевна, https://orcid.org/0000-0002-0662-5787,
Неъматова Мафтуна E-mail: NematovaM@mail.ru

[1]Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti
[2]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Приведенные данные показали, что удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах детей примерно одинаковый и варьирует от 19,0 ± 3,9 до 31,4 ± 7,8 %. При этом настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет (19,0 ± 3,9 %). Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имели выраженной возрастной приуроченности и варьировали от 21,5 ± 5,1 до 30,8 ± 5,7 %, при субклинической форме гименолепидоза варьировали от 12,3 ± 5,5 до 31,4 ± 7,8. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до 37,5°, реже до 38,0°), умеренно выраженная нормо- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей - от 65,7 ± 8,1 до 83,1 ± 4,7 %. При манифестной форме отмечаются эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей - от 67,7 ± ,8 до 87,7 ± 4,1 % случаев.

Ключевые слова: гименолепидоз, гельминтозы, дети

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS HYMENOLEPIASIS AMONG CHILDREN BUKHARA

Bayxanova Nasiba E-mail: BayxanovaN@mail.ru
Mirzoyeva Mexriniso Rizoyevna https://orcid.org/0000-0002-0662-5787,
Nematova Maftuna E-mail: NematovaM@mail.ru

[1]Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti
[2]Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Resume***

The data showed that the proportion of hymenolepiasis in different age groups of children about the same and vary from 19,0 ± 3,9 to 31,4 ± 7,8 %. In this rather alarming high rate among children aged less than 4 years (19,0 ± 3,9 %). Indicators symptomatic clinical form hymenolepiasis a^ had severe confinement and age ranged from 21,5 ± 5,1 to 30,8 ± 5,7 %, with subclinical form hymenolepiasis ranged from 12,3 ± 5,5 to 31,4 ± 7,8. Symptoms such as regular acute abdominal pain due to trauma of the mucous membrane of the intestinal wall hooks embedded parasite, subfebrile body temperature (usually marked increase to 37,5°, at least until 38,0°), moderately expressed normal and hypochromic anemia (marked reduction hemoglobin in the blood to 100 g / l or less), moderate enlargement of the liver pr., observed with high frequency in many children - up to 65,7 ± 8,1; 83,1 ± 4,7 %.

Key words: hymenolepiasis, helminthiasis, children

BUXORO AHOLISI BOLALARI O'RTASIDAGI GIMENOLEPIDOZ KASALLIGINING KLINIK VA EPIDEMIOLOGIK ASPEKTLARI

Bayxanova Nasiba E-mail: BayxanovaN@mail.ru
Mirzoyeva Mexriniso Rizoyevna https://orcid.org/0000-0002-0662-5787,
Nematova Maftuna E-mail: NematovaM@mail.ru

[1]Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60.
E.mail: info@adti
[2]Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Rezyume***

Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, bolalarning turli yosh guruhlarida gimenolepidozning nisbati taxminan bir xil va 19,0 ± 3,9 dan 31,4 ± 7,8% gacha. Shu bilan birga, 4 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida juda yuqori ko'rsatkich qo'rqinchli (19,0 ± 3,9%). Gimenolepidozning aniq klinik shakli ko'rsatkichlari ham aniq chegaralangan emas va 21,5 ± 5,1 dan 30,8 ± 5,7% gacha o'zgargan, gimenolepidozning subklinik shakli 12,3 ± 5,5 dan 31,4 ± 7,8 gacha. Ichki devorlarning shilliq qavatiga singib ketgan parazit ilgaklari, tana haroratining subfebrilligi (odatda 37,5 ° gacha ko'tariladi, kamdan-kam hollarda 38,0 ° gacha ko'tariladi) natijasida o'rtacha o'tkir qorin og'rig'i, o'rtacha normo- kabi belgilar. va gipoxromik anemiya (qonda gemoglobin darajasining 100 g / l ga kamayishi va undan kam), jigarda o'rtacha o'sish va boshqalar ko'p bolalarda yuqori chastotada kuzatilgan - 65,7 ± 8,1 dan. 83,1 ± 4,7%. Manifest shaklda epileptik tutilishlar, ko'pincha qonda aralashgan diareya, disbiyoz, aksariyat bolalarda qayd etilgan - 67,7 ± .8 dan 87,7 ± 4,1% gacha.

Kalit so'zlar: gimenolepidoz, gelmintozlar, bolalar

Актуальность

Гименолепидоз относится к наиболее широко распространенным гельминтозам человека, представляет собой одну из актуальных проблем для практического здравоохранения, в связи с несовершенством комплекса оздоровительных мероприятий. В настоящее время отсутствуют научно обоснованные мероприятия по его профилактике [1, 2, 3,9]. Особенности механизма передачи гименолепидоза (контагиозный гельминтоз) делают его трудно контролируемым заболеванием. Он даже в сравнительно благополучной гигиенической обстановке распро странен весьма широко. Повсеместное снижение иммунного статуса среди детей, с одной стороны, и приобретение возбудителями резистентности к антигельминтикам, с другой стороны, способствует тому, что клиническая карти на гименолепидоза претерпевает изменения [4, 5, 6, 7, 8]. Одни симптомы ослабевают или вовсе затухают, вместо них возникают другие симптомы. [11]. В результате этого своевременная и достоверная клиническая диагностика гименолепидоза и особенно дифференциация его основных форм со стороны практических врачей осложняется [10]. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение клинических форм гименолепидоза среди детского населения г. Бухары [12].

Цель исследования: Изучит эпидемиологические аспекты гименолепидоза среди детского населения города Бухары.

Материал и методы

Работу проводили среди 65 детей с манифестной и 35 детей с субклиническими формами гименолепидоза в возрасте 4-15 лет, выявленных при паразитологическом обследовании в детских дошкольных учреждениях город Бухары. В результате не однократных наблюдений и обследований, подробных расспросов детей и их родителей фиксировали клинические симптомы разных форм гименолепидоза.

Диагностику гименолепидоза проводили методом копроовоскопии. Забор испражнений осуществляли 3-кратно с интервалом 2-3 недели из-за особенностей цикла развития возбудителя гименолепидоза - карликового цепня. Причем необходимо исследовать свежий материал (утренний забор кала). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью

программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

Результат и обсуждение

Принято для суждения о состоянии оказания квалифицированной медицинской помощи при паразитарных инвазиях судить по возрастному распределению заболеваний среди детей. Мы также воспользовались этим способом и выявленных детей с гименолепидозом распределили по возрастным группам (табл. 1).

Одновременно с этим статистические данные (амбулаторные карты) недостаточно информативны, так как по ним нельзя судить об истинной распространенности гименолепидоза среди детей. Анализ объективных клинических симптомов гименолепидоза, выявленных путем тщательного клинико-паразитологического обследования детей, приведен в табл. 2.

Таблица №1
Удельный вес разных форм гименолепидоза на основании проведенного анализа

Возрастные группы, лет	Гименолепидоз					
	Всего *(n* = 100)		Манифестная форма (п = 65)		Субклиническая форма (п = 35)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 4	19	19,0 ± 3,9	14	21,5 ± 5,1	5	12,3 ± 5,5
4-7	26	26,0 ± 4,4	18	27,7 ± 5,6	8	22,9 ± 7,1
8-11	24	24,0 ± 4,3	13	20,0 ± 4,9	11	31,4 ± 7,8
12-15	31	31,0 ± 4,6	20	30,8 ± 5,7	11	31,4 ± 7,8
Всего	100	100,0	65	65,0 ± 4,7	35	35,0 ± 4,7

Определенной закономерности в приведенных в таблице данных не прослеживается. Так, удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах примерно одинаковый и варьирует от 19,0 ± 3,9 до 31,4 ± 7,8 % (C^2 = 2,50; p> 0,05). Однако настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет (19,0 ± 3,9 %), что связано с контактным механизмом передачи.

Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имеют выраженной возрастной приуроченности и варьируют от 21,5 ± 5,1 до 30,8 ± 5,7 % ($\%^2$ = 3,36; p > 0,05). Хотя данная форма, по мере увеличения возраста детей должна повышаться в связи с накоплением возбудителей, кроме того, при данной форме слишком высок показатель среди детей в возрасте до 4 лет (21,5 ± 5,1 %). Сказанное в полной мере относится к субклинической форме гименолепидоза, варьирующей от 12,3 ± 5,5 до 31,4 ± 7,8 (c^2 = 0,36; p > 0,05). Отсюда очевиден факт имеющихся изъянов в диагностировании гименолепидоза, особенно в дифференциации их клинических форм. На основании этого состояние оказания гельминтологической помощи детей в целом можно оценить, как удовлетворительное. Однако более низкая обращаемость населения в медицинские учреждения и предпочтение лечения в домашних условиях должно серьезно насторожить и поэтому необходимо выявить причины этой ситуации. Еще более неприглядным является то, что участились случаи самостоятельного лечения родителями детей с гельминтозами. И только после неоднократных безуспешных попыток, со слов поликлинических. Объективная клиническая симптоматика, как и субъективная, также весьма информативна в диагностировании гименолепидоза. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до 37,5° С, реже до 38,0° С), умеренно выраженная нормо- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей - от 65,7 ± 8,1 до 83,1 ± 4,7 % (c^2 = 3,87; p < 0,05). Кроме того, эта симптоматика доступна для врачей паразитологической службы и при внимательном обследовании детей диагностирование гельминтозов не сопряжено с большими

сложностями и не должно приводить к ошибочным результатам. Кроме того, в табл. 2 приведены показатели симптомов, которые, наряду с диагностированием гименолепидоза, позволяют также дифференцировать его клинические формы.

При манифестной форме к таким симптомам относятся эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей - от 67,7 ± ,8 до 87,7 ± 4,1 % случаев (c^2 = 7,50; p < 0,01). Встречаемость этих симптомов при субклинической форме намного меньше (c^2 = 7,16; p < 0,01), и поэтому значимость их в диагностическом отношении невелика - от 8,6 ± 4,8 до 40,0 ± 8,4 % (C^2 = 9,40; p < 0,01).

Таблица 2

Анализ объективной клинической симптоматики среди детей с разными формами гименолепидоза

Симптом	Клинические формы				Достоверность различия	
	Манифестная форма *(n* = 65)		Субклиническая форма (п = 35)			
	абс.	%	абс.	%	c^2	p
Субфебрильная температура тела	53	81,5 ± 4,9	26	74,3 ± 7,5	0,53	> 0,05
Диспептические проявления:						
тошнота, рвота	10	15,4 ± 4,5	3	8,6 ± 4,8	0,93	> 0,05
диарея с примесью крови	44	67,7 ± 5,8	10	28,6 ± 7,7	14,02	< 0,01
потеря аппетита, жажда	21	32,3 ± 5,8	22	62,9 ± 8,3	8,66	< 0,01
Астеноневротический синдром:						
астения, раздражительность	31	47,7 ± 6,2	6	17,1 ± 6,5	9,11	< 0,01
головная боль	27	41,5 ± 6,2	10	28,6 ± 7,7	1,64	> 0,05
головокружение	7	10,8 ± 3,9	19	54,3 ± 8,5	22,39	< 0,01
Аллергические проявления:						
уртикарная сыпь	23	35,4 ± 6,0	12	5,7 ± 4,0	10,68	< 0,01
вазомоторный ринит	36	55,4 ± 6,2	21	34,3 ± 8,1	4,06	< 0,05
кожный зуд	6	9,2 ± 3,6	2	60,0 ± 8,4	29,75	< 0,01
Дисбактериоз	53	81,5 ± 4,9	3	8,6 ± 4,8	49,16	< 0,01
Неустойчивый стул	12	18,5 ± 4,9	32	91,4 ± 4,8	49,16	< 0,01
Травматизация кишечника	54	83,1 ± 4,7	29	82,9 ± 6,5	0,01	> 0,05
Умеренно выраженная анемия	52	80,0 ± 5,0	27	77,1 ± 7,2	0,36	> 0,05
Эпилептиформные судороги	57	87,7 ± 4,1	14	40,0 ± 8,4	25,13	< 0,01
Снижение веса	21	32,3 ± 5,8	29	82,9 ± 6,5	23,25	< 0,01
Спазмы в животе	3	4,6 ± 2,6	33	94,3 ± 4,0	79,40	< 0,01
Умеренное увеличение печени	47	72,3 ± 5,6	23	65,7 ± 8,1	0,74	> 0,05

Достоверно часты при манифестной форме и следующие симптомы астеноневротический синдром: общая астения, головная боль, головокружение - от 41,5 ± 6,2 до 55,4 ± 6,2 % *(c^2* = 2,49; p > 0,05). Он заметно меньше при субклинической форме (c^2 = 0,86; p > 0,05) - от 17,1 ± 6,5 до 34,3 ± 8,1 % (c^2 = 1,14; p > 0,05).

Специфичные, диагностически значимые симптомы характерны и для субклинической формы гименолепидоза. Так, среди детей очень часты симптомы - наличие снижения веса, кожный зуд, потеря аппетита, неустойчивый стул - от 60,0 ± 8,4 до 91,4 ± 4,8 % (c^2 = 9,40; p < 0,01). Частота этих симптомов при манифестной форме была меньшей, и поэтому они в диагностическом отношении мало пригодны (c^2 = 7,16; p < 0,01) - от 9,2 ± 3,6 до 32,3 ± 5,8 % (c^2 = 10,52; p < 0,01). На остальных симптомах субклинической формы, менее встречаемых, мы уже останавливались. Особенно следует остановиться на наиболее часто встречаемом объективном симптоме этой формы - спазмы в животе, представляющие собой острые приступы с перерывами в несколько дней или постоянная тупая ноющая боль, которая встречается у 94,3 ± 4,0 % детей.

Заключение

Выявленная симптоматика гименолепидоза является ярким свидетельством того, насколько эта инвазия носит системный характер, оказывает патогенное воздействие на органы и системы организма. Нетрудно догадаться (и последние данные литературы свидетельствуют об этом), что столь высокая заболеваемость гименолепидозом и его выраженное патогенное воздействие на организм возможно при ослабленной иммунной системе детей, слабости неспецифичных защитных функций их организма.

Общеизвестно важное значение своевременного и достоверного диагностирования гельминтозов, в том числе и гименолепидоза, так как чем раньше проводится его квалифицированно е лечение, тем выше достигаемый лечебный эффект. Еще важнее своевременная дифференциация клинических форм этой инвазии. Дело в том, что если запущенные стадии субклинической формы инвазии вполне можно излечить при правильном специфичном подборе специфичных антигельминтных средств, то запущенные формы ее манифестной формы трудно поддаются лечению, создают серьезную угрозу для здоровья детей. В связи с этим, практические врачи-паразитологи должны быть вооружены доступными и объективными кадастровыми показателями, позволяющими при обследовании детей, как в амбулаторных, так и домашних условиях, диагностировать у них не только сам вид гельминтоза, но и его клинические формы и не замедлительно приступать к лечению инвазии, а при ее тяжелых случаях направлять детей в специализированные детские лечебные учреждения. Следует добавить к сказанному, что работа паразитологов поликлинического уровня должна носить активный превентивный характер, т.е. по мере обращаемости больных детей за медицинской помощью или вызова врачей на дом. Наш опыт показывает, что при периодическом посещении территориально приуроченных детских учреждений можно выявить значительное число детей с гельминтозами, которые по разным причинам на текущий момент не обращаются за медицинской помощью. Эффективность такой постановки работы обуславливается тем, что большинство детей до 7 лет посещают дошкольные детские учреждения и практически все дети в возрасте 7-15 лет - школы. Кроме того, при посещениях территориальных детских учреждений можно охватить соответствующей санитарно-просветительной работой и родителей детей, которые охотно идут на контакт и в последующем сами приводят на паразитологическое обследование даже здоровых детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимова Н.М. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза и лямблиоза у детей с интоксикацией ЦНС //Сборник тезисов 4-го съезда неврологов Узбекистана. - Ташкент, 2012; С. 167.
2. Поляков В.Е.. Лысенко А.Я.. Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Гименолепидозы у детей и подростков //Медицинская помощь. 2015;5:43-48.
3. Oblokulov A.R., Elmuradova A.A., Khadieva D.I., Pondina A.I. (2020) Improved methods of treatment of patients with chronic giardiasis using "Diform" //New Day in Medicine. 2020:4(32):560-562.
4. Хамидова Н.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика гименолипедоза у детей //Новый день медицине. Ташкент 2020; с.441-443.
5. Oblokulov A. R., Niyazov G. E., Oblokulov A. A., Narziev B. I. (1999) Features of the course of giardiasis in adults // Infection, immunity and pharmacology. 1999; p.151-156.
6. Kilincel O., Ozturk C.E., Gun E., Uzun H. A rare case of Hymenolepis diminuta infection in a small child //Mikrobi - yol Bul. - 2015 Jan;49(1):135-8.
7. Khamidova N.K., Mirzoeva M.R., Narzullaev N.U. Clinical and immunological study of the effect of different types of therapy on the course of allergic rhinitis in children with hymenolepiasis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology.- 30.03.2021; P. 1900-1908.
8. Khamidova N.K. (2021). Clinical and Immunological Study of the Effect of Different types of Therapy on the Course of Allergic Rhinitis in Children with Hymenolepiasis. //Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021; p. 1900-1908.
9. Lin R.J., Chen C.Y., Lu C.M., Ma Y.H. Anthelmintic constituents from ginger (Zingiber officinale) against Hymenolepis nana //Acta Trop. 2014 Dec;140:50-60.
10. Mirzoeva M.R., Khamidova N.K. (2020). Clinical and epidemiological characteristic of hymenolepidosis children //Academicia An International Multidisciplinary Research Journal. 2020; P. 169-173.
11. Аслонова М.Р. Возникновение Случаев Гиповитаминоза Из-За Гельминтозов //Central asian journal of medical and natural sciences. 2021; С. 46-50.
12. Khamidova N.K. Clinical and immunological study of the effect of various types of therapy on the course of allergic rhinitis in children with hymenolepiasis //World Medicine Journal 2021;1(1):387-391.

Поступила 20.09.2024