



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

6 (80) 2025

**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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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 (Азербайджан)
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (80)

2025

июнь

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

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 616.5-003.829.85.

PARAZITAR INVAZIYALAR FONIDA KECHUVCHI DERMATITLAR VA ULARNI DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Mirzoyeva Mexriniso Rizoyevna <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.
A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Maqolada Pityriasis alba bilan kasallangan 108 bemorni parazitologik tekshirish natijalari va ushbu bemorlarda antiparazitar preparatlarni qo'llashning klinik samaradorligi keltirilgan. Bemorlarni klinik kuzatuv davri 14 haftani tashkil qilgan. Natijalar Pityriasis alba etiopatogenezida ichak parazitozlarining rolini mavjudligini ko'rsatdi. Pityriasis alba bilan kasallangan barcha bemorlarda parazitologik diagnostikani o'tkazish va agar ular aniqlansa antiparazitar davolash tavsiya etiladi

Kalit so'zlar: Pityriasis alba, ichak parazitlari, gelmintlar, antiparazitar davo

ТРАНЗИТОРНЫЕ ДЕРМАТИТЫ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПАРАЗИТАРНЫМИ ИНВАЗИЯМИ

Мирзоева Мехринисо Ризоевна

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

Представлены результаты паразитологического исследования 180 больных Pityriasis alba (PA). Установлена достоверно более высокая заражененность больных PA кишечными паразитами по сравнению с контролем ($P<0.001$) и больными витилиго и Pityriasis versicolor. Доказана клиническая эффективность противопаразитарных препаратов у больных PA. Срок клинического наблюдения больных составлял 14 недель. Показана роль кишечных паразитозов в этиопатогенезе PA. Рекомендуется проводить паразитологическую диагностику у всех больных PA и при их выявлении назначать противопаразитарную терапию

Ключевые слова: Pityriasis alba, кишечные паразиты, противопаразитарная терапия

TRANSIENT DERMATITIS AND THEIR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH PARASITIC INVASIONS

Mirzoyeva Mexriniso Rizoyevna

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

Results of parasitological examination of 180 Pityriasis alba (PA) patients. Prevalence of intestinal parasites in PA patients was much higher than in the control group and patients with vitiligo and Pityriasis versicolor ($P<0.001$). Clinical efficiency of antiparasitic drugs in PA patients has been demonstrated: complete disappearance of hypopigmentation patches, reduction of hypopigmentation intensity, their size or./and amount. , PA patients were observed for 14 weeks. Role of intestinal parasites in PA etiopathogenesis was shown. Parasitological diagnosis is recommended for all PA patients and if parasites were detected antiparasitic therapy should be prescribed

Key words: Pityriasis alba, intestinal parasites, antiparasitic therapy

Актуальность

Pityriasis alba (PA) – широко распространенное заболевание в странах с тропическим и субтропическим климатом [1] и характеризуется нечетко очерченными участками гипопигментации (УГ), обычно овальной или округлой формы, преимущественно локализующимися на лице, руках и верхней части торса, иногда у больных отмечается легкий зуд. Этиопатогенез PA не выяснен. Единственной работой, анализирующей возможные механизмы развития PA, является исследование [3] показавших, что гистологическая картина кожи в УГ больных PA аналогична изменениям, типичным для атопического дерматита. В последнее время была охарактеризована динамика меланоцитов в коже больных PA в зависимости от срока заболевания. [4] В течение первого месяца гистологическая картина характеризовалась скоплением крупных меланоцитов, часто сцепленных друг с другом. Позднее обнаружено прогрессирующее снижение числа меланоцитов, уменьшение их размера и менее заметные изменения дендритных клеток. Со временем отмечалось множество меланосом между меланоцитами, что может отражать нарушения в переносе меланосом в кератиноциты [5]. Основной жалобой больных PA является косметический дефект, но, несмотря на это, сами больные и их родители, как правило, дают острую негативную эмоциональную реакцию на манифестацию заболевания. [7]

Отсутствие четкого представления об этиопатогенезе PA отражается на лечении, как правило, малоэффективном и бессистемном. Основой лечения являются стремление успокоить больного, местное применение кортикостероидов низкой активности и смягчающих средств [6].

Таким образом, информация о PA весьма скудна. При анализе эпидемиологии PA обращает внимание преимущественное распространение заболевания в странах с тропическим и субтропическим климатом [8] с высоким уровнем распространения кишечных паразитозов. Работ по зараженности больных PA кишечными паразитами нет, так же, как и информации о влиянии противопаразитарной терапии на течение заболевания. [2]

Цель исследования: определить зараженность кишечными паразитами больных PA и влияние противопаразитарной терапии на клиническое течение заболевания.

Материал и метод исследования

Исследования проводили на базе НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз и Бухарского медицинского института (2018-2020 гг.).

Обследовано на кишечные паразиты 180 больных PA в возрасте от 5 до 28 лет. Из них кишечные паразиты диагностированы у 108 больных PA (основная группа). Среди больных PA в Ташкенте и Бухаре преобладали мальчики: соответственно 70% и 65%. Группы сравнения включали 30 больных витилиго в возрасте от 7 до 18 лет, 12 мальчиков и 18 девочек, 20 человек из Ташкента и 10 из Бухары, и 20, больных Pityriasis versicolor (PV) (все из Бухары). Контрольная группа включала 100 лиц без кожных заболеваний и жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. Диагноз PA, витилиго и PV был основан на результатах клинического обследования, у больных PV проводили также идентификацию дрожжевых грибов *Malassezia* в соскобах кожи.

Паразитологическую диагностику у лиц, входящих в основную и контрольную группы, а также группы сравнения, проводили методом трехкратной копроскопии. Пробы стула собирали с интервалом в 3-4 дня, в отдельные контейнеры с консервантом Турдыева, включающего 80 мл 0,2% водного раствора нитрита натрия, 10 мл формальдегида, 2 мл глицерина, 8 мл раствора Люголя и 250 мл дистиллированной воды. Консервант обеспечивает сохранение цист простейших и яиц гельминтов в течение года. В случае необходимости однократно исследовали теплые фекалии. Кроме того, у больных PA с паразитозами были взяты образцы стула через 2 и 6 недель после завершения лечения для подтверждения элиминации паразитов. Если паразиты не выявлялись, использовали модифицированный концентрационный метод I.S. Ritchie et al. (1952) (замена эфира на этилацетат), повышающий эффективность выявления паразитов приблизительно в 2 раза. Интенсивность инфекции, вызываемой *Blastocystis sp.*, определяли по числу простейших в поле зрения, окуляр 10, объектив 40, в мазках образцов стула, окрашенных йодом до применения формалин-этилацетат концентрационного метода.

После получения информированного согласия на терапию больные PA (n=108), витилиго (n=30) и PV (n=20) с кишечными паразитами, получали одну из следующих видов

противопаразитарной терапии: больные, с энтеробиозом (*Enterobius vermicularis*) получали мебендазол (однократная доза 100 мг, повторяющаяся через две недели); (2) больные с гименолепидозом (*Hymenolepis nana*) получали празиквантел (однократная доза 25 мг/кг, повторяемая через 4 дня); (3) больные РА, с аскаридозом (*Ascaris lumbricoides*), получали альбендазол (однократная доза 400 мг); (4) больные с лямблиозом (*G. lamblia*), получали метронидазол (доза и продолжительность приема препарата составляли 15-22,5 мг/кг/день в течение 10 дней); (5) 14 больных РА со смешанной инфекцией *E. vermicularis* + *G. lamblia* лечили мебендазолом (однократная доза 100 мг, повторяемая через 2 недели), затем не менее, чем через 3 дня метронидазолом (доза и продолжительность приема препарата составляли 15-22,5 мг/кг/день в течение 10 дней). Интервал между приемом препаратов обусловлен опасностью возникновения синдрома Стивенса–Джонсона при одновременном приеме метронидазола и мебендазола.

Бластоцистоз лечили метронидазолом, суточная доза 22,5 мг/кг, длительность курса 2 недели.

Побочных эффектов у больных, получавших перечисленные препараты, не наблюдали. Исключение представляли 4 (13,3%) из 30 больных бластоцистозом, отмечавших тошноту в первые 2 дня приема метронидазола.

Все пациенты были обследованы при первом посещении и через 2 и 6 недель после окончания курса лечения. При необходимости пациенты связываются с врачом по телефону. Целью наблюдения была оценка ответа на противопаразитарную терапию, регистрация побочных эффектов препаратов.

Критериями эффективности противопаразитарной терапии были: элиминация кишечных паразитов и клинический ответ на терапию (полное исчезновение УГ; снижение интенсивности, размера и/или количества УГ; отсутствие визуальных изменений УГ; увеличение размера и/или количества УГ через 2 и 6 недель после завершения курса терапии).

Статистический анализ данных проводили с помощью программы Origin 8 (OriginLab, Northampton, MA). Результаты выражены в виде среднего значения ± стандартная ошибка (SEM) для непрерывных переменных и числа (в процентах) для категориальных данных. Значение $P < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результат и обсуждение

Изучение возможной роли патогенных гельминтов кишечника (*E. vermicularis*, *H. nana*, *A. lumbricoides*) и простейших (*G. lamblia*, *Blastocystis sp.*) в этиопатогенезе РА было начато с определения зараженности кишечными паразитами обследуемых групп (табл. 1). Достоверных отличий по зараженности отдельными видами паразитов у больных РА, контрольной группе и группах сравнения не обнаружено: во всех случаях $P > 0,05$. Суммарная зараженность *A. lumbricoides*, *E. vermicularis*, *H. nana* и *G. lamblia* была достоверно выше у больных РА, чем в контроле: 108 (80±3,6%) и 32 (32±4,6%), OR: 3.1875; CI: 1.19041-5.336; $P < 0,001$) и у больных витилиго 10 (33,3±8,6%) ($P < 0,05$) и PV 5 (25,0±9,6%) ($P < 0,05$).

Таблица 1

Кишечные патогенные паразитозы у больных РА

Обследованная группа	Зараженность патогенными паразитами n(M/%)				
	<i>A.lumbricoides</i>	<i>E.vermicularis</i>	<i>H. nana</i>	<i>G. lamblia</i>	<i>G. lamblia</i> + <i>E. vermicularis</i>
Больные РА (n=180)	2 (1,1±0,7)	33 (18,3±2,8)	20(11,1±2,3)	39 (21±3,0)	14 (7,8±1,9)
Больные витилиго (n=30)	abs	4 (12,6±6)	1 (3,3±3,2)	5 (16,6±6,7)	abs
Больные PV (n=20)	abs	1 (15,0±7,9)	1 (5,0±4,8)	3 (15,0±7,9)	abs
Контрольная группа (n=100)	2(2±1.4)	14 (14±3.4)	4 (4±1.9)	12 (12±3.2)	abs

Достоверно более высокий уровень зараженности кишечными паразитами больных РА, чем в контрольной группе и группах сравнения, легла в основу определения влияния противопаразитарной терапии на течение РА.

В табл. 2 представлены результаты влияния противопаразитарной терапии на клиническое течение РА и групп сравнения, общий срок наблюдения 14 недель. Эффект оценивали, используя суммарную заболеваемость патогенными паразитами. Таблица демонстрирует, что максимальный эффект (полное исчезновение УГ) наблюдали через 6 недель после завершения противопаразитарной терапии. Результаты, полученные через 6 нед., носили стабильный характер на протяжении дальнейшего 3-х месячного наблюдения.

Таблица 2

Результаты противопаразитарной терапии больных РА через 2 и 6 недель после ее окончания

Клинический результат	Количество больных РА (n=108) (n(M±m))	
	Через 2 нед.	Через 6 нед.
Полное исчезновение участков гипопигментации (УГ)	11 (10,1±2,8)	43 (39,7±4,7)
Уменьшение интенсивности, размера и/ или числа УГ	49 (45,3±4,7)	22 (20,3±3,8)
Отсутствие видимых изменений	37 (34,2±4,5)	27 (25,0±4,1)
Увеличение размера и /или количества УГ	11 (10,1±2,8)	16 (14,9±3,4)

Полное выздоровление, инициированное противопаразитарной терапией, вызвавшей элиминацию паразитов, было достигнуто у 43 (Полное исчезновение участков гипопигментации - 39.7% больных, улучшение – 20.3%) из 108 случаев. В целом положительные сдвиги отмечали в 60%, отсутствие видимых изменений - в 25%, а прогрессирование заболевания – в 14.9% случаев.

Следующим этапом явилось определение ассоциации положительного эффекта противопаразитарной терапии с видом паразита. Результаты представлены в табл. 3. Из таблицы видно, что лучший эффект на течение РА оказала элиминация *H. nana* – в 65% случаев отмечали полное исчезновение УГ, и в 35% - уменьшение интенсивности/размера или числа УГ.. Меньший, но четко выраженный эффект наблюдали после элиминации *G. lamblia*: полное исчезновение УГ и уменьшение интенсивности/ размера и/или числа УГ соответственно в 48.7 и 38.7% случаев при отсутствии видимых изменений у 12.8% больных. Элиминация *E. vermicularis* вызывала полное выздоровление у 33.4% больных РА, у такого же количества больных отмечали отсутствие видимых изменений. Вполне удовлетворительные результаты лечения у больных РА лямблиоза и энтеробиоза, представленных моноинфекциями, ставят вопрос о причинах отсутствия положительного влияния противопаразитарной терапии у больных микст-инфекциями. Подробный анализ показал, что в эту группу входили лица с низким уровнем санитарной культуры и неблагоприятными бытовыми условиями. Начав лечение против энтеробиоза, они, как правило, отмечали его неэффективность (возобновление перианального зуда и др. симптомов), бессистемно без консультации с врачами повторяли прием препаратов без строгого соблюдения санитарно-гигиенического режима, что приводило к кратковременной элиминации паразитов с последующей реинвазией.

Данные о влиянии элиминации *Blastocystis sp.* на течение РА, приводятся отдельно, т.к. официально этот возбудитель не входит в число патогенных простейших. Отбирали больных со средней и высокой интенсивностью инфекции: соответственно 12 и 18 человек. Результаты применения антибластоцистного препарата метронидазол приведены в табл. 4. Из таблицы видна высокая эффективность антибластоцистной терапии, через 2 нед. после завершения лечения составившая в сумме 72.3%.

Вместе с тем, в отличие от динамики, полученной при апробации терапии патогенных паразитов, через 6 недель эти показатели снизились: количество больных с полным исчезновением УГ и уменьшением интенсивности, размера и/ или числа УГ соответственно

снизились на 9% и 3.3%. Число больных без видимых изменений увеличилось на 20%. Количество больных с увеличением размера и /или количества УГ снизилось на 8.3%. Паразитологическое обследование больных через 6 нед. после окончания антибластоцистной терапии обнаружило *Blastocystis sp.* в группе с негативными сдвигами в эффективности лечения. По-видимому, это может быть связано с повторным заражением и повышенной восприимчивостью к *Blastocystis sp.* В любом случае применение антибластоцистной терапии оправдано ввиду его высокой эффективности.

Отсутствие достоверных сдвигов в суммарной зараженности патогенными паразитами больных витилиго и *P. Versicolor*, а также в видовом составе паразитов кишечника указывает на различную роль паразитов в этиопатогенезе этих заболеваний- известно, что в патогенезе витилиго основную роль играют аутоиммунные механизмы [5], а *P. versicolor* является инфекционным дерматозом грибковой этиологии [Gupta et al., 2002], Отсутствие влияния противопаразитарной терапии на УГ при этих заболеваниях предполагает механизмы гипопигментации, отличающиеся от характерных для РА.

Таблица 3

Клинические результаты антипаразитарной терапии больных РА в зависимости от вида паразита

Клинический Результат	Количество больных РА с паразитами (n(M±m))				
	<i>H. nana</i> (n=20)	<i>E. vermicularis</i> (n=33)	<i>A. lumbricoides</i> (n=2)	<i>G. lamblia</i> (n=39)	<i>G. lamblia</i> + <i>E. vermicularis</i> (n=14)
Полное исчезновение участков гипопигментации (УГ)	13(65,0 ±10,6)	11 (33,3±8,2)	abs	19 (48,7±8,0)	abs
Уменьшение интенсивности/ размера или числа УГ	7(35,0±10,6)	-	-	15 (38,4±7,7)	-
Отсутствие видимых изменений	-	11 (33,3±8,2)	2 (100)	5 (12,8±5,3)	9 (64,3±12,8)
Увеличение размера и /или количества УГ	-	11 (33,3±8,2)	-	-	5 (35,7±12,8)

Таблица 4

Результаты антибластоцистной терапии больных РА через 2 и 6 недель после ее окончания

Клинический результат	Количество больных РА, инфицированных <i>Blastocystis sp.</i> (n=60), n(M±m)	
	Через 2 нед.	Через 6 нед.
Полное исчезновение УГ	32 (54,0±6,4)	27 (45,0±6,4)
Уменьшение интенсивности, размер и/или УГ	11 (18,3±4,9)	9 (15,0±4,6)
Отсутствие видимых изменений	9 (15,0±4,6)	21 (35,0±6,1)
Увеличение размера и /или количества УГ	8 (13,3±4,3)	3 (5,0±2,8)

Заключение

Позитивное влияние антипаразитарной терапии на течение РА с использованием модифицированных методов традиционной паразитологической диагностики и доступных препаратов с низкой частотой побочных эффектов создает основание для идентификации механизмов, лежащих в основе как этиопатогенеза РА, так и наблюдаемого терапевтического эффекта. Рекомендуется проводить диагностику кишечных паразитов у всех больных РА как

первый этап обследования с последующим назначением противопаразитарной терапии при выявлении кишечных паразитов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. El-Khateeb EA, Khafagy NH, Abd Elaziz KM, Shedid AM. Acne vulgaris: prevalence, beliefs, patients' attitudes, severity and impact on quality of life in Egypt. *Public Health*. 2014 Jun;128(6):576-8. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.009. Epub 2014 Jun 7. PMID: 24916426.
2. Мирзоева М.Р., Хамидова Н.К., Нарзуллаев Н.У/ Болаларда гименолепидознинг клиник ва эпидемиологик хусусиятлари. Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. №5.2020 йил. 6.104-106.
3. Givler DN, Basit H, Givler A. Pityriasis Alba. [Updated 2021 Jan 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431061/>
4. Mirzoeva M.R., Khamidova N.K., 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. ISSN:1583-6258,Vol25,ISSUE4,2021,Pages.1900-1908.
5. Rodrigues M, Ezzedine K, Hamzavi I, Pandya AG, Harris JE; Vitiligo Working Group. Current and emerging treatments for vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Jul;77(1):17-29. doi: 10.1016/j.jaad.2016.11.010. PMID: 28619557.
6. Karanfilian KM, Valentin MN, Kapila R, Bhate C, Fatahzadeh M, Micali G, Schwartz RA. Cervicofacial actinomycosis. *Int J Dermatol*. 2020 Oct;59(10):1185-1190. doi: 10.1111/ijd.14833. Epub 2020 Mar 11. PMID: 32162331.
7. Mirzoeva M.R. Khamidova N.K // Clinical and Epidemiological characteristic of hymenolepidosisin children // International Multidisciplinary Research Journal ISSN (online): 2249-7137: 169-1735.
8. Mirzoeva M. Tuychiev A. Davis N. Islomova J. Osipova S. Pityriasis alba: Possible associations with intestinal helminthes and pathogenic protozoa // *Clinical Practice wiley*.

Поступила 20.05.2025