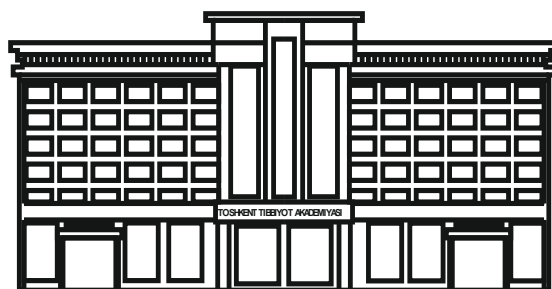


TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

***“Bosh va bo‘yin tug‘ma nuqsonlarini
davolashda innovatsion yondashuv”
mavzusidagi xalqaro anjumani
ilmiy maqolalari***

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

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, 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. Сабилов 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)

Доцент Жафаров М.М.

Herald TMA, 2022

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshae

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

A/Prof. Murod Jafarov (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30
of December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

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

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Нурматова Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Сурункали гепатит В (СГВ) билан оғриган 385та болаларни комплекс текшируви асосида ичак лямблиози 32,5% холатда кузатилди. СГВ клиник синдромининг яққоллашуви лямблиоз инфекцияси активлиги билан боғлиқлиги аниқланди. Лямблиоз ва ХГВ билан оғриган болаларда клиник таъхисотиға хос белгилари бўлиб, депигментациялар, гиперкератоз, бруксизм, тиклар ва энурез хисобланади. Етакчи биохимик синдромига эса эндотоксемия, цитолитик ва гепатоприв синдромлар хосдир. Лямблиоз инфекцияси лаборатор таъхисотида ахлатда полимераз занжирли реакция (ПЗР) усулида DNA G. Lamblia ва ИФА усули орқали специфик антигенни аниқлаш энг асосий усули бўлиб хисобланади. СГВ билан оғриган болаларда лямблиозни махсус давоси юқори самарадорлиги ва хавфсизлигини хисобга олиб, Макмирор препарати орқали олиб борилди.

Калит сўзлар: сурункали гепатит В, лямблиоз инфекцияси, таъхис, антипаразитар препаратлар, даволаш, болалар.

385 children with chronic hepatitis B (CHB) have been complex surveyed and incidence of intestinal giardiasis was established in 32,5% of cases. Prolongation of clinical syndromes of CHB correlated with giardian infection activity. Pathognomonic clinical features of giardiasis against the CHB background in children were depigmentation, hyperkeratosis, bruxism, ticks and enuresis. Leading biochemical syndromes were endotoxemia, cytolytic syndrome and impairment of the synthetic processes. Priorities in the laboratory diagnosis of giardian infection in children with CHB were PCR - detection of G. Lamblia DNA and specific antigen identifying by ELISA method in fecal culture. Specific treatment with Makmiror of giardiasis in children with CHB was administered basing on its high efficiency and safety.

Key words: chronic hepatitis B, giardiasis, diagnostics, antiparasitic drugs, treatment, children.

Цель исследования. Определить информативность современных методов диагностики G.Lamblia, установить клинические особенности течения лямблиоза и разработать подходы к лечению при ХГВ у детей. **Материалы и методы.** Под наблюдением были включены 385 детей, больных ХГВ в возрасте от 3 до 14 лет. Диагноз ХГВ основывался на данных анамнеза болезни, клинического обследования, биохимических и инструментальных исследований. Диагностика лямблиоза проводилась методами: ИФА- определение антигена G. Lamblia в фекалиях, ПЦР - определение DNA G. Lamblia в крови, слюне и фекалиях, ИФА - определение антител к G. Lamblia класса Ig M и Ig G в сыворотке крови, антител к G. Lamblia класса IgA в слюне, микроскопия фекалий. Эрадикация лямблиоза осуществлялась на фоне базисной терапии в качестве специфического препарата, 40 детей – Трихопол (I группа), 40 детей получили – Зентел (II группа) и 45 детей - Макмирор (III группа). Критериями оценки эффективности лечения явились: частота клинической, биохимической, и паразитологической элиминации, которая осуществлялась по окончании курса лечения. **Результаты.** В структуре ХГВ встречаемость G.Lamblia составило в 32,5% случаев. Характерными в клинической диагностике лямблиоза при ХГВ у детей являются сочетание депигментации, гиперкератоза с наличием бруксизма, тиков и энуреза. Ведущими биохимическими синдромами являются: эндотоксемия (85,6%), цитолитический (87,2%) и гепатопривный (79,2%). Приоритетом в лабораторной диагностике G.Lamblia у детей, больных ХГВ являются методы: ПЦР – выявление DNA G.Lamblia и ИФА – выявление специфического антигена в фекалиях. Другие лабораторные тесты, такие как микроскопия осадочных компонентов фекалий, ИФА выявления специфических антител IgM и IgG в сы-

воротке крови, секреторного IgA в слюне необходимы в целях интерпретации лямблиозного процесса. Препаратом первого выбора с целью специфического лечения лямблиозной инфекции на фоне ХГВ у детей является Макмирор, учитывая его высокую эффективность и безопасность в применении.

В структуре хронических заболеваний печени значительное место занимает хронический гепатит В (ХГВ), который нередко является причиной инвалидности у детей [3;8;11]. В то же время, одной из тенденций развития патологических процессов, является увеличение числа заболеваемости паразитарными болезнями, среди которых все более значительное место (до 20-30%) занимает лямблиоз [2;7]. В частности, по данным экспертов ВОЗ в странах Азии, Африки и Латинской Америки ежегодно лямблиозом заражается около 200 млн. человек, клиническими формами страдает 500 тыс. больных в год. При этом, до 80% приходится на детей и подростков, с большей выявляемостью в возрастном периоде от 2-х до 8 лет (50%), а к 16 годам снижается до 7-10% [9;10]. Нередко, в гепатологической практике бывают случаи течения ХГВ не поддающегося базисному лечению, связанные с маскировкой заболевания клиническими формами лямблиоза и, в силу ряда причин (неправильный забор сред, неопытность микроскописта, интермиттирующий жизненный цикл паразита, множество технических затрат, низкая чувствительность тестов и др.), с определенными трудностями раннего выявления G.Lamblia стандартными методами диагностики [1;4;5;6;12;13;14]. Формирование порочного круга, обуславливающего развитие прогрессирующего течения сочетанной вирусно-паразитарной инфекции свидетельствует о необходимости совершенствования методов диагностики с использованием современных чувствительных тестов с целью ран-

него выявления лямблиоза и оказания специфической помощи с последующей оценкой эффективности противоямблиозных препаратов.

Цель работы – определить информативность современных методов диагностики *G.Lamblia*, установить клинические особенности течения лямблиоза и разработать подходы к лечению при ХГВ у детей.

Материалы и методы

В клиническое обследование были включены 385 детей, больных ХГВ в возрасте от 3 до 14 лет, 74,6% мальчиков и 25,4% девочек. При этом, лямблиозная инвазия была обнаружена в 32,5% случаев (125 пациента). Распределение больных детей по активности ХГВ показало, что заболевание на фоне лямблиоза протекало в прогрессирующей форме. Так, подавляющее большинство (80,0%) больных имели умеренную (49,4%) и выраженную (30,6%) активность болезни. Диагноз ХГВ основывался на данных анамнеза болезни, клинического обследования, биохимических и инструментальных исследований. Этиологический диагноз подтверждался обнаружением HBSAg, HBSAb, HBeAg, HBeAb, HBsOrAb методом ИФА и HBV-ДНК методом ПЦР. Диагностика лямблиоза проводилась методами: ИФА- определение антигена *G. Lamblia* в фекалиях («Биотек», США), ПЦР качественного анализа - определение DNA *G. Lamblia* в крови, слюне и фекалиях («Master-Cycler», Германия), ИФА - определение антител к *G. Lamblia* класса Ig M и Ig G в сыворотке крови («PLATE SCREEN», Италия), антител к *G. Lamblia* класса IgA в слюне («секреторный IgA-ИФА», Германия), трехкратное микроскопическое обследование осадочных компонентов фекалий. Вычислялся коэффициент позитивности по отношению оптической плотности к критической. Эрадикация лямблиоза осуществлялась на фоне базисной терапии в качестве специфического препарата, 40 детей – Трихопол в дозе 20 мг/кг/сутки в течении 10 дней (I группа), 40 детей получили – Зентел в дозе 10 мг/кг/сутки в течении 7 дней (II группа) и 45 детей - Макмирор в дозе 15 мг/кг/сутки в течении 10 дней (III группа). Критериями оценки эффективности лечения явились: частота клинической, биохимической, и паразитологической элиминации, которая осуществлялась по окончании курса лечения. Статистическая обработка проводилась методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента по специальной программе Excel-2000. Различия считали достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Клинико-биохимические проявления ХГВ на фоне лямблиоза у детей имели разнообразный, более выраженный характер течения, зависели от вирусной активности, патологического процесса в печени и в целом, укладывались в рамки классического течения ХГВ. Так, среди клинических синдромов, наиболее статистически значимыми ($p < 0,05-0,001$) оказались: астеновегетативный (92,8%) в виде слабости, быстрой утомляемости, нарушения

сна и головных болей; диспепсический (81,6%) – тошнота, рвота, боли в животе, снижение аппетита и нарушение стула; холестатический (86,4%) – иктеричность кожи и склер, превалирование больших (свыше 5см) размеров печени (50,4%) и спленомегалии (75,2%). Частота внепеченочных признаков в виде пальмарной эритемы, сосудистых “звездочек” и венозных коллатералей на животе, также как и геморрагического синдрома в виде носовых кровотечений и экхимозов не зависели от наличия лямблиоза, но их выраженность несколько превалировала среди детей с лямблиозом. Наряду с этим, у детей, больных ХГВ выявлены характерные для лямблиоза (рис.1), симптомы невротического характера, такие как бруксизм (ночной скрежет зубами), появление тиков (подергивание отдельных участков мышц), гиперкинезов в виде вредных привычек: грызть ногти, сосания пальца и других предметов, покусывание губ. Другой особенностью явилось развитие энуреза в 40,8% случаев.

Характерная симптоматика обнаружена со стороны кожных проявлений, которую с определенной долей достоверности можно использовать как основание для целенаправленного лабораторного исследования на *G.Lamblia*: наличие депигментированных участков кожи, располагающиеся в основном на щеках и плечах (100%); гиперкератоза в виде буровато-иктеричной окраски кожи с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности рук, ног, боковых поверхностях живота, и в отдельных случаях (12,8%) в виде фолликулярного точечного кератоза, клинически проявляющийся фолликулярными папулами на фоне нарастающей общей сухости кожи и создающей впечатление «гусиной кожи»; поражения губ в виде сухости, шелушения и заедов вокруг рта. Изучение биохимических синдромов показало, превалирование таких синдромов как эндотоксемии (85,6%), цитолитического (88,0%) и гепатопривного (79,2%). Вместе с тем, эозинофилия не была характерна для данного контингента больных и отмечалась только в трети (31,2%) случаев, что исключает возможность рассматривать её как дополнительный критерий диагностики лямблиоза при ХГВ у детей.

Серологическое выявление IgM и IgG в сыворотке крови подтвердило мнение большинства авторов [2;4;6;7] - о низкой чувствительности и специфичности данного диагностического метода в обнаружении *G.Lamblia*, которые определялись в 31,2% и 33,6% случаев, соответственно (рис.2). При этом, КП находился в низких титражных пределах (< 2), показатели IgM соответствовали колебаниям 1,0 – 1,2 и IgG - 1,1 – 1,9. Низкий уровень ОП антител IgG свидетельствовал о наличии хронической, не выраженной лямблиозной инвазии. Из них в 5,1% случаев Ig G выявлялся в сочетании с Ig M – такой вариант расценивался нами как обострение хронической формы лямблиоза при невысокой степени инвазии.

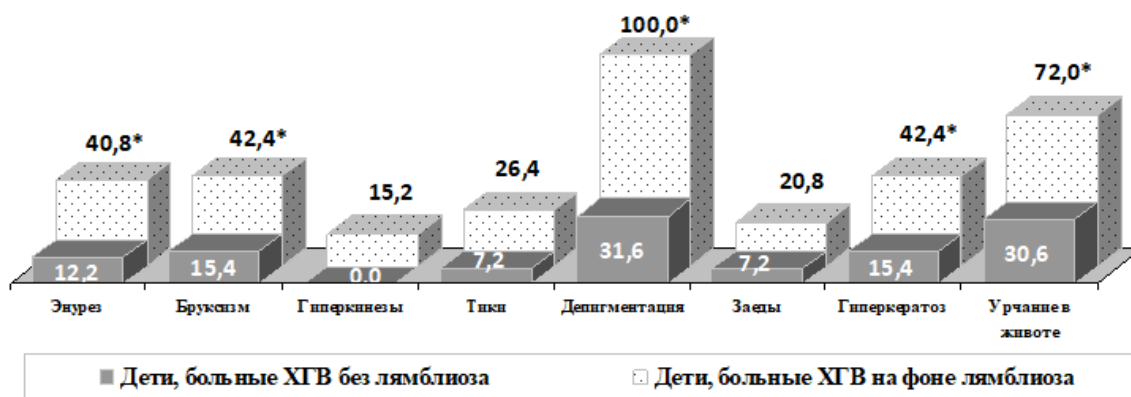


Рисунок 1. Патогномичные симптомы для лямблиозной инвазии у детей, больных ХГВ (% , p<0,05-0,001).

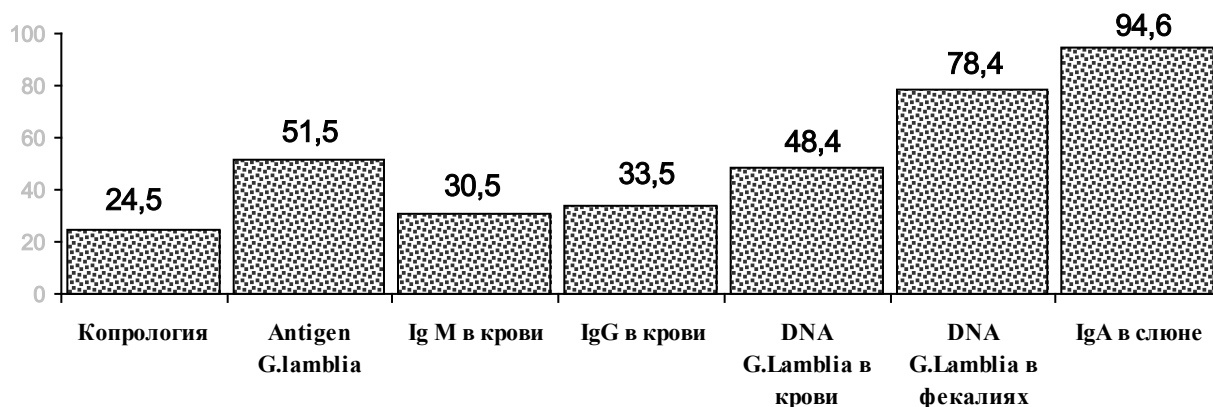


Рисунок 2. Результаты паразитологического, ИФА и ПЦР исследований детей, больных ХГВ с лямблиозом

Причем, только у одного больного IgM и у 12,0% детей IgG сочетались с обнаружением цист лямблий в копрограмме на фоне их общей выявляемости в 24,8% случаев. Объяснение низкой чувствительности и малой специфичности антител, по-видимому, можно усмотреть в неэффективности механизмов гуморальной защиты в условиях иммунодефицита, характерного для ХГВ. В связи с этим, полагаться только на результаты серологического исследования лямблиозной инвазии при ХГВ, на наш взгляд, преждевременно.

При исследовании образцов фекалий методом иммунофлуоресценции, у 51,5% больных детей был обнаружен лямблиозный антиген. Причем, в 43,2% случаев из общего количества детей с лямблиозом, ОП антигена была высокой: с колебанием в пределах выше 1,00 (1,540 – 1,919) у 16,8% детей, выше 2,00 (2,433 – 2,629) у 19,2% больных и выше 3,00 (3,202 – 3,879) у 8,0% детей. Соответственно КП у данной категории больных был очень высокий: в первом случае КП>6,7; во втором - КП >10,6 и в третьем - КП>14,0, что свидетельствовало о выраженной лямблиозной инвазии. При этом, только у 9,6% детей выявление антигена сочеталось с по-

ложительными антителами IgG. В остальных случаях (56,8% серопозитивных больных) титражная ОП антигена в фекалиях была ниже единицы с предельными колебаниями 0,171 - 0,435, что соответствовало КП от 1,1 до 1,9 и свидетельствовало о вялотекущем процессе лямблиозной инфекции.

Метод ПЦР в различных биологических средах показал наиболее высокий результат – 78,4% положительных случаев. При этом, у 42,4% детей положительный результат DNA-G.Lamblia в фекалиях сочетался со специфическим антигеном с высоким КП>12,3 и у 24,0% с относительно низким КП>8,8, в других случаях антиген G.Lamblia выявлялся изолированно. В крови выявляемость DNA-G.Lamblia составила 48,0%, из них 23,2% сочетались с положительными результатами специфического антигена. Только в 8,8% случаев DNA-G.Lamblia выявлялись одновременно в крови и фекалиях. Важно отметить, что ПЦР диагностика G.Lamblia в слюне не выявила положительного результата.

Результаты исследования методом ИФА секреторного IgA в слюне свидетельствовали о характерном выявлении высоких титров у большинства (94,4%) больных с лямблиозом, коэффициент ва-

риации которых находился в пределах 410,0 – 715,0 мкг/мл при нормальных предельных величинах 57 – 260 мкг/мл. По-видимому, объяснение резко повышенным титрам IgA, можно усмотреть в реакциях местного иммунитета на проникновение не только лямблий, но и других бактерий, а также нейтрализации вирусов, персистирующих в организме больных детей, в данном случае это HBV-инфекция. При сопоставительном анализе всех изучаемых параметров, у 24,8% детей положительный анализ IgA в слюне сочетался с позитивным результатом DNA-G. *Lambliа* в фекалиях и у 9,6% с DNA-G. *Lambliа* в крови. Диагностически значимый титр в первом случае составил, в среднем, 550,0±12,2 мкг/мл; во втором – 626,0±23,2 мкг/мл. Причем, у всех указанных больных выявлялась высокая ОП специфического антигена в фекалиях с КП>14,0, что свидетельствовало о генерализации лямблиозной инфекции.

По итогам терапии наибольшую эффективность в эрадикации *G.Lambliа* (отсутствие DNA-G. *Lambliа* и специфического антигена в фекалиях) показал Макмирор (93,3%), промежуточное место занял Трихопол (60,0%) и наименьшую – Зентел (32,5%). В то же время, больные клинически различно отвечали на применение этих препаратов. Клинико-биохимическая ремиссия в группе детей, получивших Макмирор, наблюдалась у всех (100%) больных и в 72,5% случаев получивших Зентел, что нашло отражение в улучшении самочувствия детей, прекращались жалобы на слабость, тошноту, боли в животе, урчание, восстанавливался аппетит. Нивелировались явления метеоризма, расстройства стула. Отчетливо уменьшалась выраженность гепатоспленомегалии ($p<0,05$). Значений нормы достигали биохимические показатели (АЛАТ, общий билирубин, СМП, ЦИК и т.д.). Наряду с этим, из симптомов патогномичных для лямблиоза при ХВГ у детей, получивших Макмирор, достоверно чаще исчезали проявления в виде бруксизма, тиков и таких гиперкинезов, как погрызание ногтей, сосание пальца и покусывание губ ($p<0,05$ к группам сравнения). Энурез не наблюдался ни у одного ребенка (против 4,4% и 17,5% соответственно детям, получившим Зентел и Трихопол, $p<0,05$). Кожные проявления в виде депигментации и гиперкератоза нивелировались у 77,7% детей. В группах сравнения кожные специфические симптомы встречались значительно чаще, особенно среди детей, получивших Трихопол (47,5%). В тоже время среди последних на 25% увеличилось количество детей с гиперферментемией и гепатомегалией, что свидетельствовало о его гепатотоксичности и исключало возможность рекомендовать его в лечении лямблиозной инфекции у данной категории детей. В итоге это позволило достичь клинико-биохимической ремиссии ХВГ у 96,7%, 76,6% и 53,3% случаев.

Выводы

1. Комплексное обследование позволило установить в структуре хронического гепатита В встречаемость лямблиозной инфекции в 32,5% случаев.

2. У детей пролонгирование клинических синдромов ХВГ, взаимосвязано с активностью лямблиозной инфекции. Характерными в клинической диагностике лямблиоза при ХВГ у детей являются такие симптомы, как сочетание депигментации, гиперкератоза с наличием бруксизма, тиков и энуреза. Ведущими биохимическими синдромами являются: эндотоксемия (85,6%), цитолитический (87,2%) и гепатопривный (79,2%).

3. Приоритетом в лабораторной диагностике лямблиозной инфекции у детей, больных ХВГ являются методы: ПЦР – выявление DNA *G.Lambliа* и ИФА – выявление специфического антигена в фекалиях. Другие лабораторные тесты, такие как микроскопия осадочных компонентов фекалий, ИФА выявления специфических антител IgM и IgG в сыворотке крови, секреторного IgA в слюне необходимы в целях интерпретации лямблиозного процесса.

4. Препаратом первого выбора с целью специфического лечения лямблиозной инфекции на фоне ХВГ у детей является Макмирор, учитывая его высокую эффективность и безопасность в применении.

Литература

1. Абидов А.Б. Клинико-патогенетическая характеристика реконвалесценции острого вирусного гепатита В на фоне лямблиоза и некоторые аспекты фармакокорректирующей терапии. // Автореф. дис. канд. мед. наук. - 2008. - Ташкент. - 23с.
2. Бронштейн А.М., Токмалаев К.М. Паразитарные болезни человека: протозы и гельминтозы. – М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2012.
3. Иноятлова Ф.И. Хронические вирусные гепатиты у детей – монография - изд. Ибн Сино, 1997, 102 с.
4. Иноятлова Ф.И., Нурматова Н.Ф., и др. Состояние микрофлоры кишечника у детей с хроническим гепатитом В и лямблиозом // Детские инфекции. 2012. №1. С.20-23.
5. Иноятлова Ф.И., Абдумаджидова Ш.У., Иногамова Г.З. и др. Роль лямблиозной инвазии в течении хронической вирусной патологии у детей. Совершенствование диагностики и лечения // Методические рекомендации, 2011.
6. Иноятлова Ф.И., НФ Нурматова, ДМ Мирзамухамедов. Дифференцированный подход к выбору биопрепарата для коррекции дисбактериоза кишечника при хроническом гепатите в на фоне лямблиоза у детей // Детские инфекции. 2015. Том 14. №2. С.58-63
7. Лямблиоз у детей. Методические рекомендации /Н.И. Зрячкин, Ю.С. Цека, Т.Ю. Гроздова и соавт. – мет. рек. Саратов, 2012. – 24 С.
8. Учайкин В.Ф. Хронические вирусные гепатиты // Рукво по инф-ным болезням у детей. ГЭОТАР.- Мед.- Москва. 2001.-С.143-158.
9. Caccio S.M., Ryan U. Molecular epidemiology of giardiasis // Mol. Biochem. Parasitol. – 2018. – Vol.160, N2. – P. 75-80.
10. Guimaraes S., Sogayar M.I. Detection of anti-Giardia lamblia serum antibody among children day care centers // Rev. Saud. Publica.- 2012.- Vol.36, N1. – P. 63-68.
11. Liberek A., Gora-Gebka M., Luczak G. et al. Chronic hepatitis B in children – is it still a real problem? // Med. Wieku Rozwoj.- 2017.- Vol.11, N4.- P. 359-366.
12. Inoyatova Flora Ilyasovna Nurmatova Nargiza Fatkhullayevna. Efficacy of Macmiror in ther therapy of Giardiasis invasion in children with Chronic hepatitis B// European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 2020. T.7. Issue 03. P. 3596-3607
13. FI Inoyatova, NF Nurmatova, DM Mirzamukhamedov.

Approaches to the choice of biopreparations in the correction of intestinal dysbacteriosis in children with chronic hepatitis B associated with lambliasis. // Children infections. T.14/ №2. P.58-63.

14.Nargiza F Nurmatova, Flora I Inoyatova.The choice of biopreparation for the correction of intestinal dysbacteriosis in children with chronic HBV infection and giardiasis//Central Asian Journal of Pediatrics. 2020. №2. P.15-22.



Зокирходжаев Р.А., Камилов Х.М., Билалов Э.Н., Асрорхужаева И.Р. КЎРУВ НЕРВИ ТУҒМА ГИПОПЛАЗИЯСИНИНГ КЛИНИК-ТАШҲИСИЙ МЕЗОНЛАРИ	132
Икрамов А.Ф., Умарова Б.З., Икрамов Д.А., Икрамов О.А. ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ	137
Набиев А.М., Захидов О.У. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «АРТИФАКИЧНОЙ» ГЛАУКОМА ПОСЛЕ ФЭК	141
Рустамбекова Ш.И., Икромов А.Ф., Икромов Д.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИФРОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В НОРМЕ И ПРИ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ	143
Абдирашидова Г.А., Гаффаров Г.К. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ЖЕНЩИН КАШКАДАРЙИНСКОЙ ОБЛАСТИ	146
Ташматов С.А. СЛУЧАЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ ПРАВОГО ГЛАЗА	150
Yangiyeva N.R., Agzatova S.S., Hikmatov M.N. TRAVMATIK OPTIK NEYROPATIYADA TO'R PARDA NERV TOLALARI VA GANGLIOZ HUYAYRALAR MAJMUASINING PROGRESSIV YURQALASHISHI: 2 TA KLINIK HOLAT	152
Профилактика ва лаборатория текширувлари	
Туймачев У.А., Ашуров Т.А. ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ	155
Боборахимова У.М. СЕМИЗЛИКНИ АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ	157
Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Шоахмедова К.Н., Махкамова О.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА	160
Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М. 15 ЁШЛИ БОЛАДА АЛПОРТ СИНДРОМИ ПОЛИДИСЭМБРИОГЕНЕЗ СТИГМЛАРИ	165
Садикова Д.И., Косимхожиев М.И. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА	167
Бобомуратов Т.А., Самадов А.А., Даниелова Е.А. СОСТОЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	170
Нурматова Н.Ф. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	174
Ганиева Ш.Ш., Наврузова Ш.И., Эргашева М.У. САЛИВАТОРНАЯ ЦИТОКИНОДИАГНОСТИКА ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	179
Наврузова Ш.И., Ганиева Ш.Ш., Эргашева М.У. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	181
Ташматов С.А., Абдуллаев Д.Э. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ ТКАНЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	186
Akbarov A.N., Zakirova Kh.X., Ibragimov A.X. DETERMINATION OF ALLERGIC REACTION TO DENTURE BASIS MATERIALS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA	189
Алимухамедова М.Р., Тажиева З.Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	191
Shayxova G. I., Xolmatova B.T., Tajiyeva Z.B. MAKTAB YOSHIDAGI BOLALARDA SIYDIK SHIQARISH TIZIMI KASALLIKLARI SHAKLLANISHINING HOZIRGI TENDENTLARI VA ULARNING KECHISH XUSUSIYATLARI.	193