TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
19 20
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Google scholar

PubMed MEDLINE

NIH U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health | Advancing Health Through Knowledge



- 14.00.00 - Tibbiyot fanlari;
- 14.00.01 - Akusherlik va ginekologiya;
- 14.00.02 - Morfologiya;
- 14.00.03 - Endokrinologiya;
- 14.00.04 - Otorinolaringologiya;
- 14.00.05 - Ichki kasalliklar;
- 14.00.06 - Kardiologiya;
- 14.00.07 - Gigiena;
- 14.00.08 - Oftal'mologiya;
- 14.00.09 - Pediatriya;
- 14.00.10 - Yuqumli kasalliklar;
- 14.00.11 - Dermatologiya va venerologiya;
- 14.00.12 - Tibbiy reabilitologiya;
- 14.00.13 - Nevrologiya;
- 14.00.14 - Onkologiya;
- 14.00.15 - Patologik anatomiya;
- 14.00.16 - Normal va patologik fiziologiya;
- 14.00.17 - Farmakologiya va klinik farmakologiya;
- 14.00.18 - Psixiatriya va narkologiya;
- 14.00.19 - Klinik radiologiya;
- 14.00.20 - Tibbiy genetika;
- 14.00.21 - Stomatologiya;
- 14.00.22 - Travmatologiya va ortopediya;
- 14.00.23 - Hamshiralik ishini tashkil etish;
- 14.00.24 - Sud tibbiyoti;
- 14.00.27 - Xirurgiya;
- 14.00.28 - Neyroxirurgiya;
- 14.00.41 - Xalq tabobati;
- 14.00.35 - Bolalar xirurgiyasi;
- 14.00.34 - Yurak-qon tomir xirurgiyasi

№10-SON

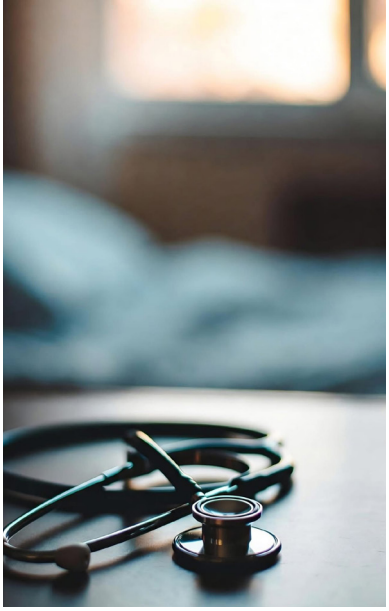
2026-yil, oktabr

tibbiyot-talimi-va-innovatsiyalari.uz

https://t.me/tibbbiyot_2100

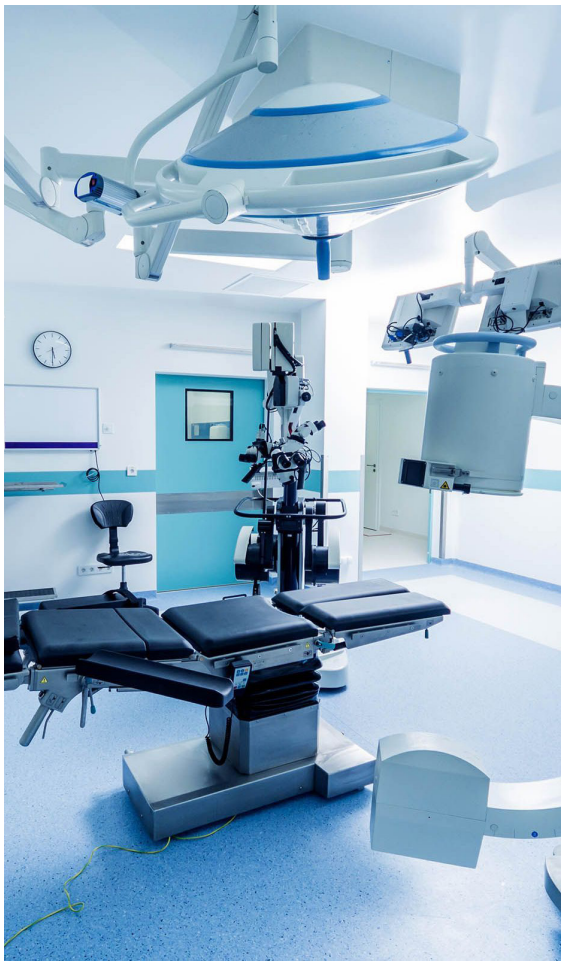
Litsenziya raqami: №745444













Tahrir hay’ati a’zolari:



BOSH MUHARRIR:
Shuhrat Baymuradov Abdujalilovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



BOSH MUHARRIR O‘RINBOSARI:
Iminov Komiljon Odiljonovich
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori

“Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali 29.04.2025-yildan O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Adminstratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan C-5669801 reyestr raqami tartibi bo‘yicha ro‘yxatdan o‘tkazilgan. Litsenziya raqami: №745444.

Tahrir hay’ati a’zolari:



Sharipov Kongratbay Avezimbetovich
Texnika fanlari doktori (DSc), professor



Ishanqulov Artiqboy Eshboyevich
Biologiya fanlari doktori (DSc), professor



Otamuradov Furqat Abdukarimovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), dotsent.



Shuxrat Jumayevich Teshayev
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Oral Aminovna Ataniyazova
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Jalolova Feruza Maxamatjanovna
Tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (DSc), dotsent



Uraqov Shokir Ulashovich
tibbiyot fanlari doktori doktori (DSc)

Aripkhodjaeva Shakhzoda
resident doctor in national medical center

"TIBBIYOT TA’LIMI VA INNOVATSIYALARI"
ilmiy elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi (AOKA) tomonidan 2024-yil 9-oktabrdan boshlab c-5669651 raqami ostida rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazilgan.

Murojaat uchun telefon:
+998 97 748 70 03
Email: @munis_sm

MUNDARIJA

KARDIORENAL SAMARADORLIK NUQTAI NAZARIDAN FINERENON VA EPLERENONNING CHAP QORINCHA OTISH FRAKSIYASI SAQLANGAN YURAK YETISHMOVCHILIGI BEMORLARIDAGI QIYOSIY BAHOLANISHI 21
Qodirova Guljahon Ramozonovna, Tursunova Laylo Dilshatovna

GIPERSPEKTRAL TASVIRLARNI TASNIFLASHDA FAZOVIY SIZIB CHIQISH NIMANI O‘LCHAYDI? YAQINLIK, KO‘RILMAGAN SINFLAR VA SINFLAR TARKIBIGA AJRATISH 27
Tuxtamurodov Nozir Ulmas o‘g‘li

DIABETIK PANJA SINDROMINING JARROHLIK ASORATLARINI DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR 34
Akmaljon Olimov

FARG‘ONA VODIYSI SHAROITIDA GERIATRIK YOSHDAGI BEMORLARDA O‘PKA VA EKSTRAPULMONAL SILNING KLINIK-EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI (2020–2025) 40
Maxsumova Dinora Kamolovna, Zuhriddin Salohiddinovich Salohiddinov

ANTIBIOTIKLARGA CHIDAMLI BAKTERIYALAR: ZAMONAVIY TIBBIYOT MUAMMOSI 46
Abdisamatova Sarviniso Adisamatovna

EFFECTIVENESS OF TREATMENTS FOR CORONARY ARTERY DISEASE 50
Alfiya S. Shamsiddinova, Xursandbek A. Ergashaliyev, O‘g‘iloy M. Umaraliyeva, Ibrokhimjon M. Xursanov

KARDIORENAL SINDROMDA GENETIK VA EPIGENETIK DETERMINANTLAR HAMDA OQSIL BIOMARKERLAR PANELI: INTEGRATSION DIAGNOSTIK YONDASHUV 55
Korakulova Zilola Tilovmurodovna, Tursunkulov Ortikali, Ahmedova Umida Maxmudovna

ANDIJON VILOYATI AYOLLAR POPULYATSIYADA QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYALARI FONIDA SUT BEZI SARATON VA SARATON OLDI HOLATLARINI UCHRASH CHASTOTASI 65
Mahmudjonova Sayyoraxon Shavkatbek qizi

SURUNKALI TROMBOEMBOLIK O‘PKA GIPERTENZIYASI: PATOGENEZDAN DAVOLASH STRATEGIYASINI TANLASHGACHA 70
Sunnatova Gulbahor Ismatovna, Tashinova Laylo Xolmurodovna, Ergasheva Nigora Utkurovna, Xolmirzayev Baxtiyor Turgunovich

TISH OLINGANDAN KEYIN PRP QO‘LLASHNING KLINIK SAMARADORLIGINI BAHOLASH 77
Muqimov Odiljon Axmadjonovich, Urinova Gulnoza Shuxrat qizi

TISH PROTEZLARI, JAG‘ MODELLARI VA JARROHLIK SHABLONLARINI YARATISHDA 3D-BOSMADAN FOYDALANISH 84
Abduganiyeva Shaxista Xodjiyevna, Axmedov Lutfullo

SPORTCHILARDA KORONAR ARTERIYA KASALLIGINI YENGIL SUN’IY INTELLEKT YORDAMIDA ERTA ANIQLASH 89
Muksimova Shahnoza Shamuhitovna, Umirzakova Sabina Totlibayevna, Isxakova Nargiza Patxillayevna

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОТОКОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 103
Меджидов Меджид Нисрединович, Кафаров Ризван Тельманович, Тешабоев Мухаммадяхё Гуломкодирович, Рахматуллаев Азизбек Ахмадулло угли

ОТДАЛЁННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ УЧАСТКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 122
Хамраев Абдурашид Журакулович, Акмалова Юлдуз Илхомовна, Каримов Итиёр Музаффарович

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И УСЛОВИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ 132
Шухратова Мафтуна Мухаммад-Али кизи
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА 139
Файзиматов Музаффар Азамович

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Файзиматов Музаффар Азамович
Старший преподаватель Central Asian Medical University,
PhD г.Фергана, Узбекистан
E- mail: m.fayzimatov@gmail.com
ORCID: 0009-0001-4921-1285

Аннотация: Врожденный вывих бедра у ребенка — это смещение бедренной кости относительно вертлужной впадины. Головка бедра в норме к моменту рождения находится в практически сформированной суставной впадине. Геометрия сустава новорожденного отличается от геометрии сустава взрослого человека. Цель исследования — изучить результаты остеотомии таза по Солтеру с транспозицией вертлужной впадины у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет. Материалы и методы исследования. На клинической базе отделения патологии тазобедренного сустава Республиканского центра детской ортопедии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан с 2011 по 2024 г. оперативному лечению подверглись 144 пациента (176 суставов). Результаты исследования показали, что транспозиция вертлужной впадины, выполненная в детском возрасте, обеспечивает стабильность тазобедренного сустава, улучшает биомеханику и тем самым отдаляет сроки развития дегенеративных изменений.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, врожденный вывих, подвывих, стабилизация, иммобилизация, остеотомия, транспозиция.

Annotatsiya: Bolalarda son bo‘g‘imining tug‘ma chiqishi — bu son suyagining asetabulumga nisbatan siljishi. Son suyagi boshi odatda tug‘ilish vaqtida deyarli to‘liq shakllangan bo‘g‘im kosachasida joylashgan bo‘ladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq bo‘g‘imining geometriyasi kattalarnikidan farq qiladi. Maqsad — 1,5 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda asetabulyar transpozitsiya bilan Salter tos suyagi osteotomiyasi natijalarini o‘rganish. Materiallar va usullar. 2011-2024-yillar davomida O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika bolalar ortopediyasi markazining son bo‘g‘imi patologiyasi bo‘limida 144 nafar bemor (176 ta bo‘g‘im) jarrohlik yo‘li bilan davolandi. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, bolalik davrida bajarilgan asetabulyar transpozitsiya son bo‘g‘imining barqarorligini ta’minlaydi, biomexanikani yaxshilaydi va shu orqali degenerativ o‘zgarishlarning rivojlanishini kechiktiradi.

Kalit so‘zlar: son bo‘g‘imi, tug‘ma chiqish, subluksatsiya, stabilizatsiya, immobilizatsiya, osteotomiya, transpozitsiya.

Abstract: Congenital hip dislocation in a child is the displacement of the femur relative to the acetabulum. Normally, by the time of birth, the femoral head is situated within a virtually fully formed joint socket. The geometry of a newborn's joint differs from that of an adult. The aim of this study was to evaluate the outcomes of Salter pelvic osteotomy with acetabular transposition in children aged 1.5 to 3 years. Materials and methods. Between 2011 and 2024, 144 patients (176 joints) underwent surgical treatment at the Hip Pathology Department of the Republican Center for Pediatric Orthopedics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. The results demonstrated that acetabular transposition performed in childhood ensures hip joint stability, improves biomechanics, and thereby delays the onset of degenerative changes.

Key words: hip joint, congenital dislocation, subluxation, stabilization, immobilization, osteotomy, transposition.

ВВЕДЕНИЕ

Врожденный вывих бедра — это распространенная ортопедическая патология детского возраста, при которой происходит смещение головки бедренной кости относительно вертлужной впадины. Патологический процесс преимущественно встречается у девочек, тогда как у мальчиков он наблюдается значительно реже. Нарушение не всегда сопровождается выраженными проявлениями, а симптомы могут быть настолько скудными, что ни врачи, ни родители не замечают проблемы. Расстройство становится очевидным позднее, когда ребенок пытается сделать первые шаги. Проблема

восстановления анатомической целостности и функциональной полноценности тазобедренного сустава у детей с различными формами диспластических изменений врожденной этиологии до сих пор остается весьма актуальной, социально значимой и трудноразрешимой. В настоящее время в структуре врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первых лет жизни на долю дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра приходится 73,24% случаев. По данным ряда авторов [1, 3], у 10% детей первого года жизни и у 20-30% детей в возрасте от 1 года до 3 лет с врожденным вывихом бедра, получавших лечение функциональным методом, сохраняются дефекты тазобедренного сустава, требующие оперативной коррекции.

Однако оперативные вмешательства нередко выполняются с опозданием, когда нарушения соотношений тазового и бедренного компонентов выражены в значительной степени. Это обусловлено отсутствием жалоб и клинических симптомов нестабильности тазобедренного сустава, особенно у детей младшего возраста. У детей в возрасте от 1,5 до 3 лет тактика хирургического лечения предусматривает открытое вправление бедра без коррекции тазового компонента. Однако при этом нередко наблюдается нестабильное вправление, обусловленное недоразвитием вертлужной впадины. После такой операции для дальнейшего развития сустава используют центрирующие приспособления и применяют выжидательную тактику. При этом происходит потеря времени, что отдаляет сроки начала самостоятельной ходьбы. Частота последующих операций, направленных на стабилизацию сустава, составляет до 80%. Всё вышесказанное указывает на необходимость выполнения стабилизирующих вмешательств на бедренном и тазовом компонентах в рамках комплексного раннего хирургического лечения детей с врожденным вывихом бедра. Ранняя стабилизация тазобедренного сустава может способствовать улучшению результатов лечения, сокращению его сроков и более быстрой социальной адаптации ребенка. Цель исследования — изучить результаты остеотомии таза по Солтеру с транспозицией вертлужной впадины у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ

В истории хирургии тазобедренного сустава принципиально новым подходом стало предложение Солтера (1957) — перемещение суставного фрагмента таза после остеотомии подвздошной кости [2]. Методика заключалась в следующем: после пересечения подвздошной кости на уровне передней нижней её ости производился наклон дистального отдела таза книзу, кпереди и кнаружи. В образовавшийся диастаз между фрагментами подвздошной кости внедрялся аутотрансплантат, взятый из переднего отдела её крыла. При данной методике происходит изменение положения в пространстве всей вертлужной впадины за счёт естественной подвижности в лонном сочленении, что практически не меняет её формы, а покрытие головки обеспечивается суставным хрящом. Остеотомия таза по Солтеру получила высокую оценку у ортопедов и стала широко применяться на практике [1, 2, 3, 4]

В дальнейшем появился целый ряд предложений по совершенствованию технологии операции Солтера. А. М. Соколовский и А. С. Крюк (1981) разработали косую углообразную остеотомию таза, при которой не требуется применение ауто- и аллотрансплантатов [5, 6]. Е. С. Тихоненков (1982, 1983) предложил свои методики [7, 8]. Согласно первой методике, линия остеотомии выходит к нижнему краю илиосакрального сочленения, что, по его мнению, предотвращает деформацию тазового кольца и не нарушает кровоснабжения суставной впадины. Согласно второй методике, выполняется неполная углообразная остеотомия таза (сочетание элементов операций Солтера и Пембертона), что не нарушает целостность тазового кольца и увеличивает мобильность суставного фрагмента [9, 10].

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

На клинической базе отделения патологии тазобедренного сустава Республиканского центра детской ортопедии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 2011 по 2024 г. оперативному лечению подверглись 144 пациента (176 суставов).Больные были разделены на две группы. В 1ю группу вошёл 21 пациент (37 суставов), которым было выполнено открытое вправление с укорачивающей и корригирующей остеотомией бедра или внесуставная корригирующая остеотомия бедренной кости без коррекции тазового компонента. Во 2ю группу вошли 123 пациента (139 суставов), которым было выполнено открытое вправление с укорачивающей и корригирующей остеотомией бедренной кости или внесуставная корригирующая остеотомия бедра в сочетании с остеотомией таза по Salter и транспозицией вертлужной впадины.Выполняется разрез по типу Дега по наружной поверхности левого бедра. Выделяется и рассекается капсула тазобедренного сустава. Поднадкостнично выделяется крыло подвздошной кости. За седалищную вырезку заводится пила Джильи. Послойно выделяется межвертельная область.

Пилой Джильи производится межвертельная поднадкостничная остеотомия бедренной кости. Из дистального фрагмента иссекается костный клин, размер которого предварительно измеряется по рентгенограмме. Головка бедра вывихивается в рану. Проводится ревизия вертлужной впадины и головки бедра. Удаляются собственная связка головки бедренной кости, поперечная связка вертлужной впадины и жировая подушка вертлужной впадины (pulvinar). Головка бедра погружается в вертлужную впадину. Пилой Джильи производится остеотомия крыла подвздошной кости. Ацетабулярный фрагмент ротируется кнаружи, кпереди и книзу до полного покрытия головки бедренной кости. В образовавшийся диастаз внедряется костный трансплантат, полученный ранее при остеотомии бедренной кости. Полученное положение фиксируется двумя или тремя спицами Киршнера. Производится укорочение бедренной кости. Фрагменты бедренной кости фиксируются пластиной при шеечно-диафизарном угле (ШДУ) 110/120° и антеверсии 10°. Рана послойно ушивается с оставлением дренажа в области крыла подвздошной кости. Накладываются спиртовые повязки. Выполняется иммобилизация полуторной кокситной гипсовой повязкой.Выполняется иммобилизация полуторной кокситной гипсовой повязкой.

Таблица 1. Данные рентгенометрии до лечения и через 3 года после лечения

Исследуемые показатели	Норма	До лечения	Через 3 года после лечения: 1-я группа	Через 3 года после лечения: 2-я группа
Угол Виберга, град.	17-25	—	8-15	28-40
Угол Шарпа, град.	30-40	49-60	40-55	17-39
Степень костного покрытия во фронтальной плоскости, %	85-100	45-68	48-77	87-100
Величина латерального смещения, мм	0	5-10	0-5	0
Угол переднего покрытия, град.	12-20	(-5)-(-12)	5-8	20-42

АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты находились под наблюдением и обследовались в течение 3 лет после операции. Оценивались стандартные рентгенологические показатели, характеризующие формирование вертлужной впадины, головки бедренной кости, проксимального отдела бедренной кости, а также соотношение суставных поверхностей.Из представленной таблицы видно, что у детей 1й группы сохраняется дефект развития вертлужной впадины и, соответственно, дефицит покрытия головки бедренной кости. На это указывают значения углов Шарпа, Виберга и переднего покрытия, которые не достигают нормативных значений (40-55°, 8-15° и 5-8° соответственно). Диагноз: остаточный подвывих обоих бедер. А) До операции: угол Шарпа — 55°, угол Виберга — 10°. Б) После оперативного лечения. В) Через 2 года после операции: угол Шарпа — 34°, угол Виберга — 30°.



А) Б) В)

Рис.1. Рентгенограммы левого тазобедренного сустава больной Х. 2,5 года

Диагноз: Врожденный вывих левого бедра. А) до операции; Б) через 3 мес. после операции. Угол Шарпа 50^0., угол Виберга 18^0; В) через 2 года после операции. Угол Шарпа 50^0., угол Виберга 10^0. У детей 2й группы, как видно из таблицы, оперативное вмешательство носило радикальный характер и все рентгенологические показатели, после хирургического лечения, претерпели значительные изменения в лучшую сторону. Углы Шарпа и Виберга, через 3 года после операции соответствовали нормальным величинам и даже превышали норму. Существенно изменился угол переднего покрытия: от отрицательных величин он увеличился до 20^0 – 40^0. Наглядным является изменение степени костного покрытия во фронтальной плоскости, причем в большинстве случаев она была выше 100%.



А) Б) В)

Рис.2. Рентгенограммы тазобедренных суставов больной А. 1 год 10 мес.

Диагноз: Врожденный вывих бедер. А) до операции; Б) через 12 мес; В) через 3 года. Угол Шарпа 30^0., угол Виберга 35^0.



А) Б) В)

Рис 3. Рентгенограммы тазобедренных суставов больной Ж.. 2.5 года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Транспозиция вертлужной впадины, выполненная в детском возрасте, обеспечивает стабильность тазобедренного сустава, улучшает биомеханику и тем самым отдаляет сроки развития дегенеративных изменений. Остеотомия таза по Солтеру является методом выбора при коррекции тазового компонента тазобедренного сустава у детей до 8 лет. Результаты исследования позволяют рекомендовать ротационную остеотомию таза по Солтеру для применения в практике ортопедических стационаров.

Список использованной литературы:

1. Камоско М. М., Басков В. Е., Мельченко Е. В., Григорьев И. В. Новая технология транспозиции вертлужной впадины // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. — 2008. — № 4. — С. 50-55.
2. Камоско М. М. Транспозиция вертлужной впадины при лечении ятрогенных деформаций тазобедренного сустава // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 2009. — Т. 168, № 4. — С. 67-72.
3. Макушин В. Д. Субхондральная туннелизация: вопросы технологии и эффективности лечения при гонартрозе (обзор литературы и собственные данные) / В. Д. Макушин, О. К. Чегуров // Гений ортопедии. — 2006. — № 4. — С. 99-104.
4. Соколовский А. М., Соколовский О. А. Наши подходы к хирургическому лечению диспластических коксартрозов у детей и подростков // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: сборник тезисов конференции детских травматологов-ортопедов России. — М., 2001. — С. 134-135.
5. Рухман И. С. К вопросу раннего хирургического лечения врождённого ВБ у детей от 1 до 3 лет / И. С. Рухман, В. И. Тарасов, В. Е. Цуканов // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: сборник тезисов. — М., 2001. — С. 128-129.
6. Поздникин Ю. И. Пути улучшения исходов лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей / Ю. И. Поздникин, М. М. Камоско, И. Ю. Поздникин // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. — СПб., 2005. — С. 239-247.
7. Трофимов Ю. А. Ошибки и осложнения при корригирующих остеотомиях бедренной кости у детей с дисплазией ТС / Ю. А. Трофимов, П. Я. Фищенко // Высокие технологии в травматологии и ортопедии: материалы I съезда травматологов-ортопедов. — Екатеринбург, 2005. — С. 217.
8. Разумов А. А. Оперативное лечение врождённого ВБ у детей / А. А. Разумов // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии на современном этапе: материалы международной научно-практической конференции. — Асиана, 2003. — С. 107-109.
9. Тепленький М. П. Остеотомия подвздошной кости по Солтеру при дисплазии ВВ у детей младшего возраста с применением аппарата Илизарова / М. П. Тепленький, В. Д. Макушин, Н. Г. Логинова // Высокие технологии в травматологии и ортопедии: материалы I съезда травматологов-ортопедов. — Екатеринбург, 2005. — С. 215-216.

10. Kohler R., Dohin B., Canterino, Pouillaude J. M. Dépistage de la luxation congénitale de hanche chez le nourrisson. Un examen clinique systématique rigoureux. Un recours sélectif à l'échographie // Archives de pédiatrie. — 2003. — № 10. — P. 913-926.

TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

2026. № 10

Muharrir: Sherzod Qurbonov

Mas’ul kotib: Surmaniso Mirzaliyeva

Dizayner: Oloviddin Sobir o‘g‘li

© Materiallar ko‘chirib bosilganda “Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali manba sifatida ko‘rsatilishi shart. Jurnalda bosilgan material va reklamalardagi dalillarning aniqligiga mualliflar ma’sul. Tahririyat fikri har vaqt ham mualliflar fikriga mos kelamasligi mumkin. Tahririyatga yuborilgan materiallar qaytarilmaydi.

Jurnalga istalgan payt quyidagi rekvizitlar orqali obuna bo‘lishingiz mumkin. Obuna bo‘lgach, @iqtisodiyot_77 telegram sahifamizga to‘lov haqidagi ma’lumotni skrinshot yoki foto shaklida jo‘natishingizni so‘raymiz. Shu asosda har oygi jurnal yangi sonini manzilingizga jo‘natamiz.

Mazkur jurnalda maqolalar chop etish uchun quyidagi havolalarga
maqola, reklama, hikoya va boshqa ijodiy materiallar yuborishingiz mumkin.
Materiallar va reklamalar pullik asosda chop etiladi.
El.Pochta: sq143235@gmail.com
Bot: @munis_sm
Tel.: 97 748 70 03





Google scholar

PubMed MEDLINE
NIH U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
Advancing Health Through Knowledge