

YANG CONFERENCE.UZ 2023

O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

DAVRIYLIGI: 2018-2023



Карл Бенц
1885 год
Германия

Мощность:
0,9 л.с.

BIRINCHI BENZ AVTOMOBILI

Вид топлива:
бензин

Масса:
265 кг

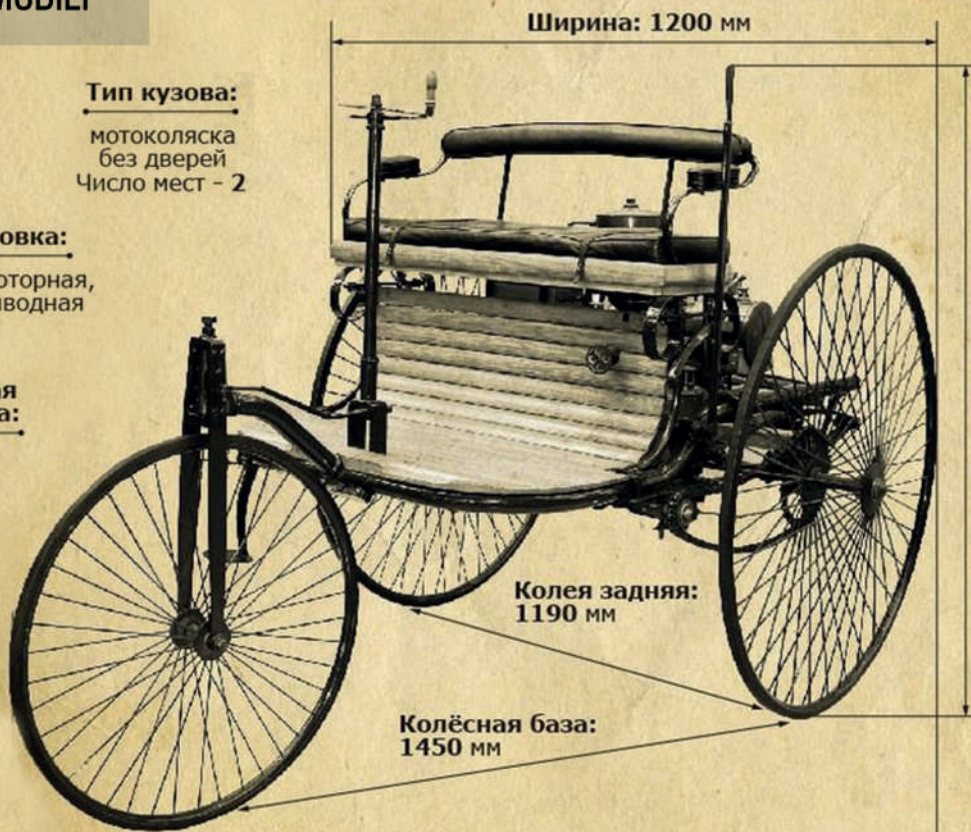
Двигатель:
0,954 L



Тип кузова:
мотоколяска
без дверей
Число мест - 2

Компоновка:
переднемоторная,
заднеприводная

Колёсная формула:
4x2



Ширина: 1200 мм

Высота: 1400 мм

Коля задняя: 1190 мм

Колёсная база: 1450 мм

Длина: 2400 мм



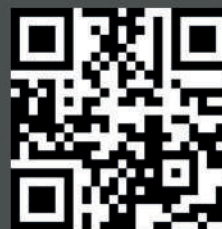
TOSHKENT SHAHAR, AMIR
TEMUR KO'CHASI, PR.1, 2-UY.



+998 97 420 88 81
+998 94 404 00 00



WWW.TAQIQOT.UZ
WWW.CONFERENCES.UZ



MART
№50

**ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН:
ИННОВАЦИЯ, ФАН
ВА ТАЪЛИМ
18-ҚИСМ**

**НОВЫЙ УЗБЕКИСТАН:
ИННОВАЦИИ, НАУКА
И ОБРАЗОВАНИЕ
ЧАСТЬ-18**

**NEW UZBEKISTAN:
INNOVATION, SCIENCE
AND EDUCATION
PART-18**

ТОШКЕНТ-2023



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” [Тошкент; 2023]

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги республика 50-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 март 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 28 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган етти устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофиқ:– илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий анжуманлари таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари тахтил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг туган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети Хорижий тиллар факультети ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Проф. Хамидов Муҳаммадхон Ҳамидович «ТИИМСХ»

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш муҳандислари институти)

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

| | |
|---|----|
| 1. Jalolova Sharofat Jamalovna, Hamidova Dilfuza Ithomovna PEDAGOGIK TEXNOLOGIYANING ILMIIY -NAZARIY ASOSLARI..... | 7 |
| 2. Jumayeva Nilola Xalilovna, Qodirova Gulbahor Halimovna ICHKI QON KETISH TURLARI | 9 |
| 3. Джалилов Ф.Р., Нишанов Э.Х. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИ- ЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА, ПОСЛЕ РЕКОН- СТРУКЦИИ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА..... | 11 |
| 4. Botirov N.T., Saydaliev Sh.Sh. DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS..... | 12 |
| 5. Ботиров Н.Т., Сайдалиев Ш.Ш ПЕРЕЛОМЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ПРООПЕРИРОВАННЫЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИНЫ LAMBDA..... | 13 |
| 6. Хушвақтова Мадина Фарходовна ИШЛАБ ЧИКАРИШ КОРХОНАЛАРИ ХУДУДИДА ДОИМИЙ ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.... | 14 |
| 7. Таджибаева Д.Ш. Хасанова Г. М. «АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ВЕЛИЧИН ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА»..... | 18 |
| 8. Саматов М.У., Пахомов Г.Л., Рихсиев З.Г. ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕ- СКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ..... | 20 |
| 9. Наримова Гулчехра Джуманиязовна, Эргашова Шахноза Эркиновна ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ КУШИНГА..... | 23 |
| 10. Кулдошова Дилноз Рауповна, Азаматова Зефира Леноровна “«МОЗАИЧНЫЙ СИНДРОМ ДАУНА»” | 25 |



БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

PEDAGOGIK TEXNOLOGIYANING ILMIY -NAZARIY ASOSLARI

Jalolova Sharofat Jamalovna

Hamidova Dilfuza Ilhomovna

Buxoro Abu Ali ibn Sino nomidagi
jamoat salomatligi texnikumi o'qituvchisi

Annotatsiya: «Kadrlar tayyorlash milliy dasturini ro'yobga chiqarishning 2-bosqichi ta'lim mazmuniga yangi pedagogic texnologiyalarni keng qamrovda olib kirish vazifasini qo'yimoqda. Bu esa barcha pedagoglar zimmasiga mas'uliyatli vazifalarni yuklaydi. Respublikamiz olimlari ilmiy asoslangan hamda O'zbekistonning ijtimoiy-pedagogik sharoitiga moslashgan ta'lim texnologiyalarini yaratish va ularni ta'lim-tarbiya amaliyotida qo'llashga intilmoqdalar. Pedagogikaga bag'ishlangan adabiyotlarda «Pedagogik texnologiya», «Yangi pedagogik texnologiya», «Ilg'or pedagogik texnologiya» kabi tushunchalar keng qo'llanmoqda va turlicha izohlanmoqda..»

Kalit so'zlar: Pedagogik texnologiya, parametr, zamonaviy metod, tamoyil, interfaol metod, induktiv metod.

Ilmiy-texnik taraqqiyot nafaqat aksariyat ishlab chiqarish sohasinigina texnologiyalashtiramogda, balki u madaniyat, ta'lim sohalariga ham kirib bormoqda. Bugungi kunda informatsion axborot tibbiyot, ta'lim va boshqa texnologiyalar to'g'risida fikr yuritish mumkin. Texnologizatsiyalash-bu obyektiv jarayon bo'lib, ta'lim evolyutsiyasining yangi vazifalarini sifatli hal qilish uchun tayyorgarlik davri Tarixan texnologiya tushunchasi texnik taraqqiyot bilan bog'liq ravishda yuzaga kelgan va bu tushuncha san'at, hunar va fan haqidagi ta'limotga muvofiq keladi. Texnologiya deganda, odatda ashyolami qayta ishlash metodlari va ishlab chiqarish jarayoni hamda ularning ilmiy tavsiflarining majmui tushuniladi. Siyosiy lug'at (M., 1989)da texnologiyaga shunday izoh beriladi: 1) ishlab chiqarish jarayonida ashyolar, materiallar, yarim tayyor ashyolami qayta ishlash, tayyorlash holati, xususiyati, shaklining o'zgarish metodlari yigindisi; 2) ashyolar, materiallar va yarim xom ashyolarga muvofiq ishlab chiqarish qurollari orqali ta'sir o'tkazish usullari to'g'risidagi fan. «Qomusiy lug'at»da ham shunga yaqin izoh beriladi, lekin unda birmuncha kengroq yoritiladi: «Fan sifatida texnologiyaning vazifasi har tomonlama samarali va tejimli ishlab chiqarish jarayonlarini aniqlash va amaliyotda undan foydalanish maqsadida fizika, kimyo, mexanika va boshqa qonuniyatlarini bajarish.»(M., 1979) Texnologiya grekcha so'z bo'lib, texnos- san'at, mahorat, logos- ta'limot degan ma'nolarni bildiradi. Pedagogik texnologiya pedagogning talabalarga ta'sir qilishni tashkil etish bo'yicha kasbiy ahamiyatga molik malakalar tizimini aniqlab beradi, pedagogik faoliyatning texnologikligini anglash usullarini taklif etadi. Hozirgi davr ta'lim texnologiyalari muammosi, pedagogik innovatsiya tajribalari ularni bir tizimga tushirish va aniqlashtirishni talab qiladi. Oliy maktab oldida pedagogik texnologiyalarning ilmiy asoslari, ularning tasnifi, mohiyatini ochib berish va o'quv jarayonining texnologikligi muammolarini ta'minlash masalasi turibdi. 4.1. Pedagogik texnologiyalarning ilmiy asoslari Pedagogikaga oid adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, hozirgi davrda pedagogik texnologiya tushunchasi ta'lim amaliyoti va nazariyasi ilmidan mustahkam o'rin egaladi, lekin uni pedagogikaning mukammal lug'atlari (tezaurus)dagi o'rni hali noma'lumligicha qolib keimoqda. Pedagogik texnologiya tushunchasining shakllanishi va rivojlanishi tarixida turli qarashlar mavjud bo'lgan: u texnik vositalar haqidagi ta'limot deb, hamda o'qitish jarayonini loyihalashtirilgan holda izchil va muntazam tashkil etish deb talqin qilingan. Hozir pedagogik texnologiyalarning bir qancha ta'riflari mavjud. V.P. Bepalko pedagogik texnologiyani amaliyotga tatbiq qilinadigan muayyan pedagogik tizimni loyihasi sifatida belgilaydi. U pedagogik tizim



texnologiyalar ishlab chiqish uchun asos boʻladi, deb hisoblaydi. Bunda asosiy diqqat oʻquv-pedagogik jarayonni oldindan loyihalashga qaratiladi, didaktik vazifa va oʻqitish texnologiyalari tushunchasidan foydalaniladi. Shu tariqa V.P. Bospalko oʻquv jarayonini loyihalash gʻoyasini ilgari suradi. Afsuski, hozirgi qadar pedagogik texnologiya va loyiha tushunchalari haqida aniqlik yoʻq. Pedagogik texnologiya taʼlim jarayoniga jadallik bilan kirib borayotgan boʻlsa ham, uning maqomi noaniqligicha qolib ketmoqda. Tadqiqotchilarning ishlarida fan va amaliyot oraligʻidan oʻrin egallamoqda. N.F.Talizina har bir pedagog real pedagogik jarayonni tashkil etishdan oldin oʻquv jarayoni haqida texnologik darajada bilimlar tizimini bilib olgan boʻlishi shart deb hisoblaydi, U fan va amaliyot oraligʻida tamoyillarni olgʻa suruvchi, metodlar ishlab chiquvchi, ularni izchil qoʻllash kabi masalalar bilan shugʻullanuvchi alohida fan boʻlishi kerak, deb hisoblaydi. Ularsiz pedagogik jarayon texnologiya real oʻqitish jarayoni sifatida asoslanmay qoladi. Texnologik yondashuvlar tahlili shuni koʻrsatadiki, aksariyat oʻqitish texnologiyalari boʻsh texnologiyalanganligi boʻyicha qolib ketmoqda. Bir qator texnologiyalarda nazariy asoslar kuehaytirilgan boʻlib, amaliy tomoni u qadar oydinlashtirilmagan. T.A.Ballo texnologiyaning bir tomonini, yaʼni oʻqitishda topshiriqli yondashuvni yoritadi. Boshqajarida yo kompyuter orqali dasturlashtirilgan oʻqitish yoki oʻqitishning muammoli tuzilmasi ajralib turadi. L.V. Zankov, T.Ya.Galperin, V.I.Davidov tadqiqotlarida bosqichli oʻqitishning yaxlit texnologiyalari haqida fikr yuritiladi. 1. Pedagogik texnologiyada hali koʻp aniqlanmagan masalalar bor. Bu muammoni tadqiq etish, oʻqitish texnologiyasining tushunchasi va metodologik mohiyatini aniqlash bilan bogʻliq. Pedagogik texnologiya oʻziga xos va potensial yaratiladigan pedagogik natijalarga erishish uchun, pedagogik tizimning barcha tashkiliy tomonlariga aloqador nazariy va amaliy (taʼlim tizimi doirasida) tadqiqotlar sohasi sifatida belgilanadi. Pedagogik texnologiya mohiyatini yoritish uchun pedagog-didaktikachilar tomonidan berilgan taʼriflarga toʻxtalishni maqsadga muvofiq deb topamiz. «Pedagogik texnologiya — psixologik va pedagogik oʻgitlar yigʻindisi boʻlib, shakllar, metodlar, usullar, oʻqitish yoʻllari, tarbiyaviy vositalarning maxsus toʻplamidir. Ayni zamonda u pedagogik jarayonning tashkiliy-metodik omilini ham bildiradi» (B.Lixachev). «Pedagogik texnologiya — oʻquv jarayonini amalga oshirishning mazmuniy texnikasi» (V.P. Bospalko). «Pedagogik texnologiya — rejalashtirilgan oʻqitish natijalariga erishish jarayoni tavsifi» (I.P. Volkov). «Texnologiya — ishlov berish, holatni oʻzgartirish sanʼati, mahorati, malakasi va metodlar yigʻindisi» (V.M. Shepel). «Pedagogik texnologiya — talaba va oʻqituvchining ularga zarur sharoit yaratish orqali oʻquv jarayonini loyihalashtirish, tashkil etish hamda oʻtkazish boʻyicha ular pedagogik faoliyatining har tom onlam a oʻylangan modelidir.» (V. M. Manaxov). ^ «Pedagogik texnologiya — bu taʼlim shakllarini jadallashtirish vazifasini koʻzlagan oʻqitish va bilimlarni oʻzlashtirishning barcha jarayonlarini texnika va inson omillarida va ularning birgalikdagi harakatlari vositasida yaratish, tatbiq etish va belgilashning izchil metodidir» (YuNESKO). «Pedagogik texnologiya — pedagogik maqsadlarga erishishda foydalaniladigan shaxsiy imkoniyatlar, jihozlar va metodologik vositalarda amalda boʻlishning tizimli yigʻindisi va tartibini bildiradi» (M.V.fClarín). «Pedagogik texnologiya — oʻzida turli mualliflar (manbalar) ning barcha

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Azizxoʻjaeva N. N. Pedagogik texnologiyalar va pedagogik mahorat. –T.: Oʻzbekiston yozuvchilar uyushmasi Adabiyot jamgʻarmasi nashriyoti. 2006 y.
2. Abu Rayhon Beruniy. Feruza (Javohirlar haqida naql va hikoyatlar). – Toshkent: A.Qodiriy nomidagi nashriyot, 1993.
3. Axmedova M., Abdurahmonova N., Jumaev M. Matematika. 1-sinf uchun darslik. T.: “Turon-iqbol”. 2008-yil.
4. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. –М.: Воронеж 1997 г.



ICHKI QON KETISH TURLARI

**Jumayeva Hilola Xalilovna,
Qodirova Gulbahor Halimovna**
Buxoro Abu Ali ibn Sino nomidagi
jamoat salomatligini saqlash texnikumi o'qituvchilari

Annotatsiyasi: Ichki qon ketishining alomatlari joylashuvi va og'irligiga qarab farqlanadi, asosiya alomatlar bu — zaiflik va ongni yo'qotish va uyquchanlikdir. Diagnostika tekshiruv, rentgen, KT va MRT, ultratovush va endoskopiyadan iborat. Davolashning muvaffaqiyati qon ketish manbasini olib tashlashga bog'liq. Umumiy ma'noda ichki qon ketishi — bu surunkali kasalliklar yoki shikastlanishlar kuchayishi natijasida inson tanasining ichki bo'shliqlariga oqishi sharoitida qon yo'qotilishi.

Kalit so'zlar : Venoz, kapillyar, arterial, diapedetik, arroviv, mexanik , diapedezik toshma, sepsis .

Ichki qon ketish - bu tashxis qo'yish qiyin bo'lgan o'ta xavfli holat. Bu qon yo'qotish bilan namoyon bo'ladi, unda qon tabiiy teri to'siqlari orqali oqib chiqmaydi, balki ichak, qorin, bachadon, oshqozon va boshqalar bo'shliqlariga kiradi.

Ichki qon ketishi turlari

Ichki qon ketishini boshlanish vaqti, joylashishi, qon to'planishi joyi, alomatlari borligi bo'yicha tasniflash mumkin. Tasniflashning eng keng tarqalgan usullari:

Zarar ko'rgan tomirning tabiatiga ko'ra: venoz, kapillyar, arterial, aralashgan;

Vujudga kelish sabablari bo'yicha: diapedetik, arroviv, mexanik. Mexanik shikastlanish turli xil jarohatlarga olib keladi. Diapedezik toshma, sepsis va boshqalarni keltirib chiqaradi. Aroviv sabablar - nekroz, o'smalar.

Qon yo'qotish hajmi bo'yicha: yengil, o'rta, og'ir va massiv jarohatlar bo'lishi mumkin.

Qon ketishining aniq tasnifi terapiyaning muvaffaqiyati oshiriladi.

Ichki qon ketishi alomatlari

Dastlabki bosqichda har qanday qon ketish uchun xarakterli bo'lgan bir qator belgilar mavjud:

- Uyquchanlik;
- Sovuq ter;
- Ko'zlar qorayadi;
- Chanqoqlik;
- Shilliq qavat va terining oqarishi;
- Bosh aylanishi, chalkashlik;
- Umumiy zaiflik.

Qon yo'qotishining yengil shakllari alomatsiz bo'lishi mumkin yoki tez yurak urishi, qon bosimining pasayishi bilan tavsiflanadi. O'rta qon yo'qotishda terining oqarishi, nafas olish kuchayishi, oyoq-qo'llar uvushishi va sovuqlik hissi, quruq og'iz paydo bo'ladi.

Og'ir holatlarda - uyquchanlik, ko'ngil aynishi, qusish, qo'llarning titrashi va siydik miqdorining pasayishi qo'shiladi.

Katta qon yo'qotish - bo'sh qarash, yuzning o'tkirlashishi, cho'kib ketgan ko'zlar bilan birga keladi.

O'limga olib keladigan qon yo'qotish - koma, tutqanoq, bradikardiyaga olib keladi. Teri marmar, quruq va sovuq bo'ladi.

Ichki qon ketishida tibbiy yordam

Patologiyaning rivojlanishidagi barcha holatlari ham o'limga olib kelmaydi. Biroq, o'z vaqtida shifokorga murojaat qilish ichki qon ketishi alomatlarini yengillashtiradi va bemorning normal hayotiga olib keladi. Bundan tashqari, haqiqiy sabablarni aniqlash qiyinligi sababli patologiyani o'zingiz davolashingiz mumkin emas.

Favqulodda yordam quyidagi hollarda talab qilinadi:

- jgut yoki bosimli bandaj qo'llaganidan keyin 10 daqiqadan so'ng qon to'xtamadi;
- qonning chiqishi oqimli sodir bo'ladi;
- qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasida chuqur yara borligi;



kuchli zaiflik, rangpar teri, ko'k oyoq-qo'llar, quloq bitishi va sovuq ter kabi belgilar mavjudligi.

Ichki qon ketishini oldini olish

Tananing ichki bo'shliqlariga qon quyilishining oldini olish quyidagi maslahatlarga asoslanadi:

surunkali kasalliklarni o'z vaqtida davolash;

o'rtacha jismoniy faoliyat;

to'g'ri ovqatlanish;

genetik moyillik holatida profilaktik tekshiruvlar;

qorin va ko'krak qafasidagi shikastlanishlardan saqlanish;

qon aylanishining buzilishi va qon tomirlarining shikastlanishiga olib keladigan patologiyalarni o'z vaqtida davolash.

Ichki qon ketishi asoratlari

Ko'p ichki qon ketishi holatlari shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladi, bu qon ketishining rivojlanish sabablarini yo'q qiladi va jiddiy oqibatlarni bartaraf etishga yordam beradi.

O'limga olib keladigan natija qon ketishning eng xavfli shaklidir, bu qon aylanishining buzilishi va qon tomir yetishmovchiligining o'tkir shakllari fonida gemorragik shok paydo bo'lishi tufayli yuzaga keladi. Bu shuni anglatadiki, qon kislorod, ozuqa moddalari va metabolizm mahsulotlarini tashishni to'xtatadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. M.F.Ziyaeva, M.D.Xodjasheva, D.I.Qosimova, M.A.Xamedova, O'.B.Ochilov “Kattalarda hamshiralik parvarishi ” 1- qism Toshkent, Niso Poligraf, 2014yil

2. A.J.Hamraev Xirurgiya va reanimatsiya asoslari – “Zar qalam” nashriyoti, 2008 yil

3. M.F.Ziyaeva, M.A.Hamedova, Mirrahimova G.M., Murodova R.T. Jarrohlikda hamshiralik ishi. Toshkent, Milliy ensiklopediya, 2005 yil.

4. M.X.Muxtorov, I.K. Qahhorov “Reanimatsiya asoslari” Toshkent, Ilm Ziyoyi, 2005yil

5. M.Bekmurodova. Jarrohlik va reanimatsiya asoslarida hamshiralik ishi. Toshkent, 2005 yil.

6. Ya.Allayorov, Ya.Tojiboev “Favqulotda vaziyatlarda tez tibbiy yordam asoslari”. Toshkent, “O'zbekiston milliy ensiklopediyasi” Davlat ilmiy nashriyoti, 2003 yil



**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА,
ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА.**

Джалилов Ф.Р.,
магистр 3го курса **Нишанов Э.Х.**
Кафедра травматологии и ортопедии, АГМИ.

Актуальность. Одной из самых частых патологий в практике врача травматолога-ортопеда являются повреждения области голеностопного сустава, составляя до 20 % повреждений опорно-двигательного аппарата. Частота повреждений связок голеностопного сустава среди лиц трудоспособного возраста колеблется от 12% до 40%, тяжелые переломы лодыжек с повреждением дельтовидной связки и разрывом дистального межберцового синдесмоза в 30% случаев заканчиваются неудовлетворительным результатом.

Ключевые слова: голеностопный сустав, межберцовый синдесмоз, лодыжка, внутрикостный фиксатор, повреждение сустава, перелом.

Цель. Подтвердить, что реконструкция боковых связок может улучшить контроль осанки у пациентов с механической нестабильностью голеностопного сустава.

Материалы и методы: В исследование было включено в общей сложности 15 пациентов. У каждого пациента в анамнезе было растяжение связок голеностопного сустава с постоянными симптомами нестабильности голеностопного сустава и положительным тестом на передний выдвигной ящик, и он лечился без операции по крайней мере в течение 3 месяца. У всех пациентов с помощью ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии был диагностирован разрыв боковых связок голеностопного сустава. Им была проведена артроскопическая обработка и реконструкция открытых боковых связок голеностопного сустава с использованием, модифицированного Процедура Брострема. За день до и через 6 месяцев после

операции всем участникам была проведена операция на одной конечности тесты на осанку. Для оценки клинических результатов у этих пациентов были использованы тест переднего выдвигного ящика и оценка по шкале Американского общества ортопедов стопы и голеностопного сустава.

Результаты. Через 6 месяцев после операции, при закрытых глазах пациентов, наблюдалось значительное уменьшение осанки в переднезаднем направлении, площади окружности и общей длины пути на прооперированных лодыжках по сравнению с измерениями до операции. Однако при открытых глазах не было обнаружено никакой разницы в осанке до и после операции.

Заключение. Контроль осанки был улучшен за счет реконструкции боковых связок.



DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS.

с. м. с., associate professor **Botirov N.T.**,
master of the 3rd course **Saydaliev Sh.Sh.**

Department of Traumatology and Orthopedics .ASMI

Relevance: currently, generally accepted methods of osteosynthesis (fixation with spokes, metal screws, etc.) do not fully meet the requirements of modern pediatric traumatology. One of the newest methods of fixation in the treatment of fractures of this localization, which have significant advantages, is the use of bioabsorbent implants (BAI).

Keywords: bioabsorbent implants, fractures of the distal humerus, trauma, osteosynthesis.

Objective: to present a differential approach to the treatment of epiphyseal fracture of the distal humerus based on the use of BAI.

Materials and methods. During the period 2020-2023, 15 young people were treated in the conditions of the Regional Hospital. Distribution by type of pathology: epiphyseal fracture of the head of the condyle of the humerus — 5, osteoepiphyseolysis of the lateral condyle of the humerus — 2, fracture of the medial condyle of the humerus — 8 cases. In this group of patients, damage to nerve and vascular structures was not diagnosed. At the preoperative stage of diagnosis of the above injuries, radiography of the elbow joint was used in standard projections for such injuries.

During the surgical intervention, bioabsorbing cannulated screws and pins "Bioretex" were used to fix the reposed fragments.

Results: During the surgical intervention, standard approaches and repositional techniques were used in accordance with the anatomical features of each fracture. The differentiated approach consisted in the use of cannulated screws (in the case of osteosynthesis of extra-articular fractures (osteoepiphyseolysis of the medial condyle of the humerus), which allowed to create a metered compression of fragments, as well as bioabsorbent pins (in the case of epiphyseal fractures), which allowed to achieve an ideal anatomical reposition. In 1 case, combined osteosynthesis was revealed: fixation of a metaphyseal fragment with a Kirchner needle and synthesis of an intra-articular epiphyseal fragment with a bioabsorbing pin.

Advantages of using BAI: minimal damage to articular cartilage, preservation of congruence and anatomical shape of the articular surface at the implant placement site, stable fixation and interfragmental compression (auto-compression property), intraoperatively full range of movements in the joint. All patients received full-fledged consolidation in terms of the age of the injured patient. The volume of movements and limb functions have been fully restored. The patients did not need repeated surgical intervention.

Conclusions: The advantages of using a bioabsorbent implant in cases of treatment of fractures of the distal humerus in young people have been demonstrated. Such use minimizes damage to the growth zones and articular surface during osteosynthesis, provides stable fixation and interfragmental compression, creates conditions for optimal fracture fusion and subsequent rehabilitation. Due to the bioabsorption property, there is no need to remove the implant, that is, to re-traumatize the structures of the elbow joint of a growing organism, there is no need for repeated hospitalization, anesthesia and surgery, a repeated course of rehabilitation, the likelihood of psychological trauma decreases. All of the above improves the anatomical and functional results of the treatment of these injuries, saves financial costs for both medical institutions and families. Informed consent of patients was obtained for conducting the research.



ПЕРЕЛОМЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ, ПРООПЕРИРОВАННЫЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИНЫ LAMBDA.

к.м.н., доцент **Ботиров Н.Т.**,
магистр 3го курса **Сайдалиев Ш.Ш**
Кафедра травматологии и ортопедии, АГМИ.

Актуальность. Переломы длинных костей конечностей составляют довольно большой процент и в отдаленном периоде являются главной причиной длительных сроков нетрудоспособности и инвалидности. Диафизарные переломы бедра составляют около 20-25% от всех переломов нижней конечности и весьма часто сопровождаются развитием шока, причем смертность у этих больных достигает 17,3%. . Диафизарные переломы костей голени встречаются в 11-13% случаев от всех переломов, диафизарные переломы плеча - около 4%

Ключевые слова: остеосинтез, локтевой сустав, диафизарный перелом, травма, плечевая кость.

Цель. Целью исследования была оценка функциональных результатов и осложнений остеосинтеза с использованием пластины Lambda, при лечении перелома дистального отдела плечевой кости.

Материалы и методы: Первоначальная серия включала 115 пациентов (116 переломов), пролеченных в период с 2020 по 2023 год. Сорок один человек (в основном иностранцы) был потерян в результате последующих действий. Таким образом, заключительная серия включала 74 пациента (75 переломов): 44 женщины и 30 мужчин, со средним возрастом 46 ± 23 года (диапазон 16-75 лет), 22 (29%) были в возрасте 65 лет и старше. В соответствии с классификацией АО, 22 перелома дистального отдела плечевой кости (29%) были эпифизарными, соответствующими определенной степени типа А2, 12 (16%) были типа А2 или А3, шесть (8%) типа В и 35 (47%) типа С. Восемь были открытыми переломами: семь классов I и один класс IIa по классификации Густило. Пластина Lambda имеет перевернутую Y-образную форму, со стержнем до десяти отверстий и секционными рычагами, которые могут быть изменены таким образом, чтобы идеально соответствовать типу перелома и форме дистального конца плечевой кости. Задний доступ использовался во всех случаях: в 26 случаях дополнительный-суставной транслокрановый доступ и в других случаях транстриципитальный доступ, либо вертикальный при эпифизарном переломе, либо перевернутый V-образный при переломе типа С.

Результаты: Средний срок наблюдения составил 36 месяца. Не было случаев инфекции, несращения олекраниальной остеотомии или демонтажа утренней фиксации; с другой стороны, был один случай несращения латерального мышечка и одного дистального конца плечевой кости, два случая дизестезии в области локтевого нерва и один в тот область лучевого нерва (после предоперационного паралича) и четыре случая тугоподвижности, потребовавших хирургического артролиза в период от 6 до 12 месяцев после операции. При последующем наблюдении среднее активное сгибание локтя составило $133^\circ \pm 13^\circ$ (диапазон 90° - 150°), а активное разгибание $-12^\circ \pm 14^\circ$ (диапазон -45° - 0°). Средний диапазон движений при сгибании локтя превышал 100° у 58 пациентов (77%), составлял от 50° до 100° у 16 (21%) и был менее 50° у одного. Было получено 67 отличных результатов (90-100 баллов), пять хороших (75-89), два умеренных и один плохой. 35 переломов типа С не показали существенных отличий от серии в целом ($P = 1,24$ для MEPS).

Заключение: Остеосинтез с использованием пластины Lambda дал отличные среднесрочные результаты как с точки зрения стабильности фиксации, так и с точки зрения восстановления функции локтевого сустава после перелома дистального отдела плечевой кости, даже у пожилых пациентов с остеопорозом.



ИШЛАБ ЧИКАРИШ КОРХОНАЛАРИ ХУДУДИДА ДОИМИЙ ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Хушвақтова Мадина Фарходовна

Абу Али ибн Сино номидаги

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Телефон:998940000521

khushvaktovamadina32@gmail.com

Аннотация: Бугунги кунга келиб, атопик дерматит курсини оғирлаштирадиган бир катор омиллар аниқланган - озиқ-овқат сезгирлиги, уй ҳайвонлари билан алоқа қилиш, психологик ноқулайлик ва эмоционал стресс, интраутерин инфекциялар тарихи, терида олтин стафилококклар колонизацияси. Аммо олинган маълумотлар далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан ҳар доим ҳам ишончли эмас. Шу билан бирга, бирлаштирилгани ишлаб чиқилмаган. Атопик дерматитнинг учраш даражаси касалликнинг кечиши истиқболини белгилаш мақсадида болаларда клиник-иммунологик хусусиятларини аниқлашдан иборат.

Калит сўзлар. Атопик дерматит, микробиоценоз, ёш бола, яллиғланиш, микробиологик текширув, олдини олиш, даволаш.

Тадқиқотимиз давомида ишнинг клиник қисми Бухоро вилояти Қаравулбозор тумани марказий поликлиникасига мурожаат қилган 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган 150 нафар атопик дерматит билан мурожаат қилган бемор болаларни ўрганиш натижаларига асосланган. Эрта ёшли бемор болаларнинг аксариятида (98/90,8%) атопик дерматит бошланиши 4-6 ойлигида қайд этилган. Клиник кузатишлар ва анамнезга кўра, терининг бирламчи шикастланиши асосан маҳаллий бўлган. Жароҳатланиш соҳаларнинг энг кенг тарқалган локализацияси юз соҳасида бўлиб ёноқларнинг терисидаги жароҳатланиш ҳисобланган бўлиб, бу бемор болаларнинг 100% да кузатилган. Шу билан бирга, атопик дерматитнинг зарарланиш соҳаларига кўра 119 (80,6%) бемор болаларда бир вақтнинг ўзиде кулоқгача бўлган соҳаларда 86 (58,3%), бош терисида 141 (95,4%), жағда 134 (90,7%) да тошмалар ҳам жойлашган. Бемор болаларда яна бўйин соҳасида 100 (67,6%), ёқа зонасида 138 (93,5%), думба соҳасида 32 (22,2%), оёқларнинг ташқи юзаларида 104 (70,4%), билакларда ва кўлларда 64 (43,5%) тошмалар ҳам жойлашган. Кенг тарқалган атопик дерматит 32 (21,3%) бемор болаларда кузатилган.

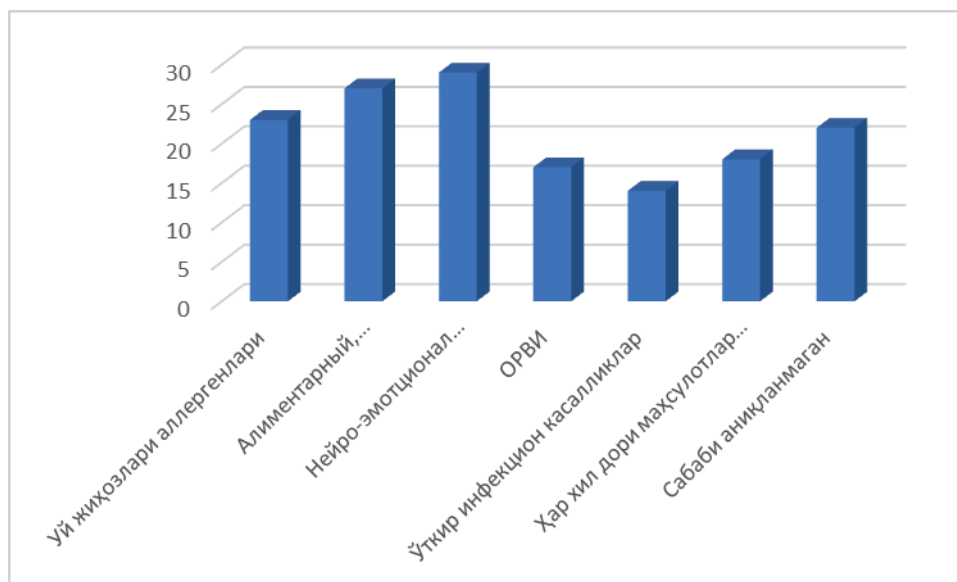
Кўпчилик болаларда 78 (52,7%) касаллик сурункали шаклга ўтиб, йилига икки мартадан 6 мартагача кучайиши, касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 15 йилгача бўлганлигини тадқиқот давомида ўрганиб чиқдик.

Касалликнинг кучайишига сабаб бўлган тахминий омиллар 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Нефтни қайта ишлаш корхоналари хуудидида доимий истиқомат қилувчи болаларда атопик дерматитнинг келиб чиқиш сабаблари

| Сабабчи факторлар | Бемор болалар сони | % |
|---|--------------------|-------|
| Уй жиҳозлари аллергенлари | 23 | 15,3% |
| Алиментарный, овқатланишнинг бузилиши | 27 | 18,0% |
| Нейро-эмотционал зарарланишлар | 29 | 19,3% |
| ОРВИ | 17 | 11,3% |
| Ўткир инфекцион касалликлар | 14 | 9,3% |
| Ҳар хил дори маҳсулотлар қабул қилувчиларда | 18 | 12,0% |
| Сабаби аниқланмаган | 22 | 14,6% |
| Жами | 150 | 100 % |



1-расм. Нефтни қайта ишлаш корхоналари ҳудудида доимий истиқомат қилувчи болаларда атопик дерматитнинг келиб чиқиш сабаблари диаграммаси

Жадвалда келтирилган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, атопик дерматитли болаларнинг кўп ота-оналари овқатланишнинг бузилиши (18,0%), асабий зўриқиш ва стресс (19,3%) кучайиши ва касалликнинг мумкин бўлган сабаби сифатида кўрсатилган ва юқумли касалликлар (9,3%), баъзи бемор болаларда 2-3 омилнинг кучайишининг мумкин бўлган сабаблари сифатида кўрсатилган. Ирсий атопик дерматит билан оғриган барча бемор болаларнинг она ва отаси баъзи қариндошларини сўроқ қилиш ва текшириш орқали ўрганилди. Аллергик табиатдаги касалликлар учун ирсий атопик дерматит 78 та бемор болада (52,7%), шу жумладан , буларнинг орасида ота-онаси ва опа-сингилларда 56 (71,8%), II даражали қариндошларда 12 (15,4%) ва III даража қариндошларда 10 (12,8%) аниқланган. Текширув давомида 70 (47,3%) бемор болада ирсий бўлмаган атопик дерматит аниқланган (2-жадвал).

2-жадвал

НҚИК атрофидаги ирсий атопик дерматит мавжуд бемор болаларда яқин қариндошлик алоқалари таснифи

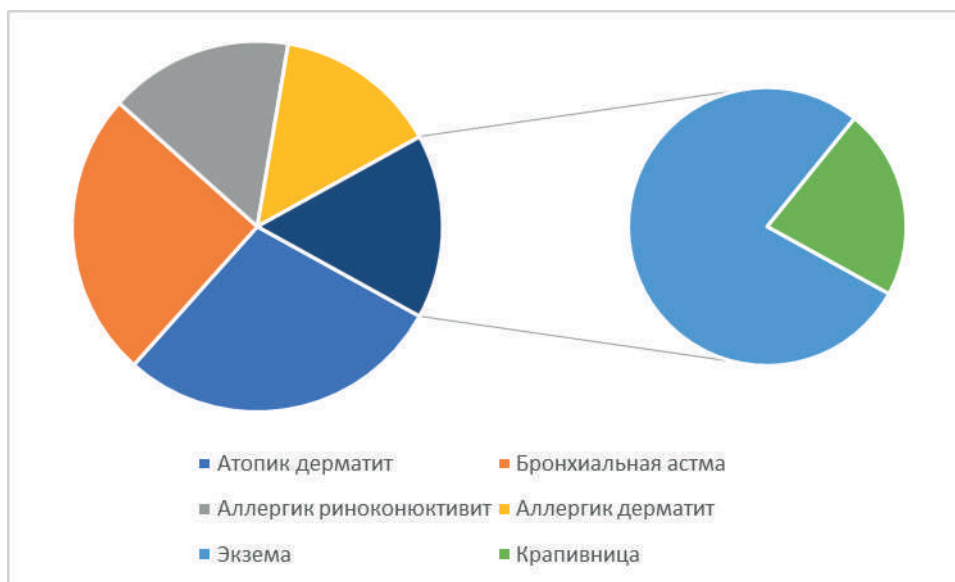
| | | |
|------------------------------|-----------------------|-------|
| Ирсий атопик дерматит | 78 нафар бемор болада | 100 % |
| ота-онаси ва опа-сингилларда | 56 | 71,8% |
| II даражали қариндошларда | 12 | 15,4% |
| III даража қариндошларда | 10 | 12,8% |

Атопик дерматит билан оғриган бемор болаларнинг 56 нафари яқин қариндошида (ота-онаси ва опа-сингилларда) аллергиян касалликларнинг нозологияси 3-жадвалда келтирилган. Бемор болаларнинг қариндошларида аллергиян касалликлар мавжудлигини таҳлил қилиб, атопик касалликлар: бронхиал астма ва атопик дерматит кўпроқ эканлиги қайд этилди. Аллергик риноконъюктивит, аллергиян дерматит, экзема ва крапивница камроқ қайд этилган(2-расм).

3-жадвал

Ирсий атопик дерматит мавжуд бемор болаларда яқин қариндошларидаги атопик касалликлар таснифи

| | | |
|--------------------------|-----------------|------|
| Атопик касалликлар | Бемор сони n=56 | 100% |
| Атопик дерматит | 16 | 28,6 |
| Бронхиальная астма | 14 | 25 |
| Аллергик риноконъюктивит | 9 | 16,1 |
| Аллергик дерматит | 8 | 14,2 |
| Экзема | 7 | 12,5 |
| Крапивница | 2 | 3,6 |



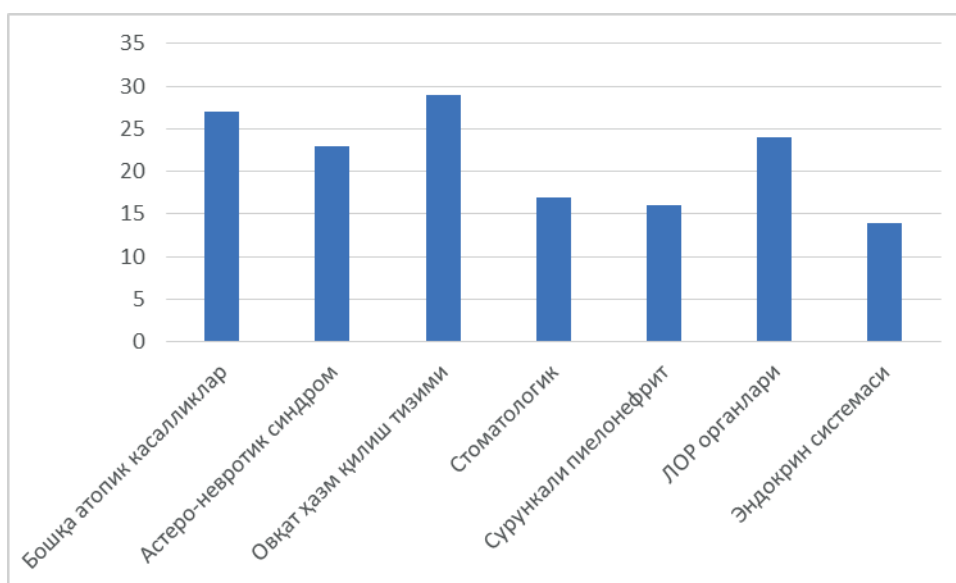
2-расм. Ирсий атопик дерматит мавжуд бемор болаларда яқин қариндошларидаги атопик касалликлар диаграммаси.

НҚИК атрофидаги атопик дерматит билан оғриган бемор болалар текшириляётганда бемор болаларда атопик дерматит билан бирга келадиган сурункали касалликлар тўғрисидаги маълумотлар 4-жадвалда келтирилган. Ташқи таъсирлар натижасидаги атопик касалликлар асосан катта ёшдаги бемор болаларда қайд этилган(3-расм)..

4-жадвал

Атопик дерматит мавжуд бемор болаларда қўшимча касалликлар таснифи

| Қўшимча касалликлар | Бемор болалар сони | % |
|--------------------------|--------------------|------|
| Бошқа атопик касалликлар | 27 | 18,0 |
| Астери-невротик синдром | 23 | 15,3 |
| Овқат ҳазм қилиш тизими | 29 | 19,3 |
| Стоматологик | 17 | 11,3 |
| Сурункали пиелонефрит | 16 | 10,6 |
| ЛОР органлари | 24 | 16,0 |
| Эндокрин системаси | 14 | 9,3 |
| Жами | 150 | 100 |



3-расм. Атопик дерматит мавжуд бемор болаларда қўшимча касалликлар таснифи диаграммаси



НҚИК атрофидаги атопик дерматит билан оғриган бемор болалар текширувдан ўтказилганда атопик дерматит билан оғриган бемор болаларнинг аксариятида ошқозон-ичак тракти аъзоларининг нормал ишлашини бузиш билан боғлиқ касалликлар (29 нафар бемор) аниқланган, бу 19,3%. Шунингдек, сурункали тонзиллит ва аденоидит (16,0% /24), астеновегетатив синдром (15,3% /23), сийдик тизимининг сурункали яллиғланиш касалликлари (10,6% /16) ва эндокрин тизим патологияси (9,3% /14) (жадвал) қайд этилган.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Lio P, Lee M., LeBovidge J., Timmons K., Schneider L. Clinical Management of Atopic Dermatitis: Practical Highlights and Updates from the Atopic Dermatitis Practice Parameter 2012. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2014; 2 (4): 361-369
2. Novak N., Leung D.Y. Advances in atopic dermatitis. *Curr Opin Immunol* 2011; 23: 6: 778–783
3. Williams H., Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 1: 209–213.
4. Белан Э.Б., Гавриков А.С., Касьянова А.А., Панина А.А., Гутов М.В., Садчикова Т.Л. Перинатальные факторы риска атопического дерматита у детей в зависимости от наличия аллергических заболеваний у матери // *Аллергология и иммунология.* – 2014. - №15 (1). – С. 41 – 42.
5. Скрипкина П.А., Матушевская Е.А, Григорьев В.С., Свирщевская Е.В. Иммуномодулирующая и противовирусная терапия атопического дерматита.// *Росс. журнал кожных и венерических болезней.* 2008. № 2. С. 30–37.



«АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ВЕЛИЧИН ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА»

Таджибаева Д.Ш.

Магистрант 1 года обучения кафедры
Госпитальной педиатрии с методами
нетрадиционной терапией II

Хасанова Г. М.

Научный руководитель: PhD., ассистент кафедры
Семейная медицина №1, физического воспитания,
гражданская оборона ТашПМИ,
Телефон: +998909887525
dishu509@mail.ru

Аннотация. С целью изучения физического развития проведено обследование 30 детей раннего возраста – с 2-х месяцев до 3-лет с септальными пороками сердца. Установлено, что 30,4% обследованных детей имели среднюю степень физического развития (СО +1/СО -1), в то время как у большинства детей (69,6%) имелись отклонения по росту и весовым параметрам (-2СО), что требует назначения корректирующей нутритивной поддержки.

Ключевые слова: дети, септальные врожденные пороки сердца, физическое развитие.

Актуальность. Среди большого спектра заболеваний, требующих привлечения детского кардиолога, основное место занимает врожденная патология сердца. Распространенность септальных пороков сердца составляет для ДМЖП – 50%, ДМПП – 15% от числа всех ВПС. Своевременное выявление нарушений нутритивного статуса у детей с ВПС играет одну из ключевых ролей в определении прогноза их жизни.

Цель исследования. Анализ нутритивного статуса у детей раннего возраста с врожденными септальными пороками сердца.

Материалы и методы исследования. На базе кардиохирургического отделения клиники ТашПМИ обследованы 30 детей раннего возраста – с 2-х месяцев до 3-лет с септальными пороками сердца, из них 18 мальчиков, 12 девочек. Антропометрическое обследование включало измерение длины и массы тела и их сравнение с кривыми физического развития ВОЗ (2006).

Результаты исследования. В ходе исследования было обнаружено, что физическое развитие детей раннего возраста с врожденными септальными пороками сердца характеризовалось различными значениями. Средний показатель массы тела детей с 2-месяцев до 1-года составлял 8,02 кг, что является ниже нормального значения на 1,18 кг; с 1-года до 2-лет – 10,5 кг, что соответствует минимальному среднему значению; с 2-3 лет – 10,45 кг, отражающий ниже среднего показателя на 0,45 кг. Дети с 2-месяцев до 1 лет имели незначительно низкое значение ростового параметра – 62,9 см, что прямо коррелируется с результатами показателя массы тела; следующая категория детей – с 1-года до 2-лет составляет 74,0 см, является значением в пределах нормы; у детей с 2-3 лет 78,8 см, что свидетельствует об умеренном нарушении массы тела. Установлено, что только треть больных (30,4%) имели среднюю степень физического развития (СО +1/СО -1), в то время как у большинства детей (69,6%) имелись отклонения по росту и весовым параметрам (-2СО). В нашем исследовании обнаружено, что нарушения физического развития преобладали среди мальчиков – 68,4%.

Заключение. Таким образом, при анализе антропометрических величин детей раннего возраста с врожденными септальными пороками сердца установлены отклонения в физическом развитии у данного контингента детей, что требует назначения корректирующей нутритивной поддержки.

Список литературы

1. Саперова Е. В., Вахлова И. В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность. Вопросы современной педиатрии. 2017; 16 (2): 126–



133. doi: 10.15690/vsp.v16i2.1713)

2. Glinianaia SV, Morris JK, Best KE, Santoro M, Coi A, Armaroli A, et al. Long-term survival of children born with congenital anomalies: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. PLoS Med. 2020;17(9): e1003356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003356>



УДК: 617-089.844

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ**САМАТОВ М.У., ПАХОМОВ Г.Л., РИХСИЕВ З.Г.**
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ И ФАКУЛЬТАТИВНОЙ ХИРУРГИИ
МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Аннотация: Топографо-анатомическое расположение и важное функциональное значение диафрагмы объясняют проявляемый интерес к пациентам с ее патологией врачей различных медицинских направлений. Диафрагма является не только грудобрюшной преградой, но также принимает непосредственное участие в механике дыхания, функционировании сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Патологический процесс может быть обусловлен как недоразвитием диафрагмы или ее травмой, так и различного рода воспалительными или дегенеративными изменениями.

Ключевые слова: релаксация диафрагмы, мегафрения, компьютерная томография, опросник SF-36.

Актуальность: впервые релаксацию диафрагмы описал Жан Петит в 1774 г., подразумевая под этим понятием полное расслабление куполов и высокое ее стояние. В клинической практике употребляют и такие термины, как «эвентрация диафрагмы», «первичная диафрагма», «мегафрения», а для обозначения ограниченных выпячиваний участка купола диафрагмы — термины «ограниченная релаксация диафрагмы», «частичная эвентрация», «мягкая» диафрагма, «дивертикул диафрагмы» и др. Наибольшее клиническое признание получил термин релаксация диафрагмы. В основе этого заболевания лежит неполноценность мышечных элементов диафрагмы. Релаксация может быть врожденного и приобретенного характера. Причиной врожденного недоразвития диафрагмы Neuman (1919) считал аплазию или внутриутробную травму диафрагмального нерва. Из множества патологических процессов органов грудной и брюшной полостей поражение диафрагмы занимает особое место в силу анатомо-физиологических особенностей, привлекая тем самым интерес врачей различных специальностей – торакальных и абдоминальных хирургов, анестезиологов-реаниматологов, невропатологов [3,4].

Наряду с первичным поражением, в части случаев диафрагма может быть вторично вовлечена в то или иное заболевание, исходящее из органов грудной или брюшной полостей. Патологический процесс может быть обусловлен как недоразвитием диафрагмы или ее травмой, так и различного рода воспалительным или дегенеративным изменением [1,2,5,6].

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с релаксацией диафрагмы в отдаленном послеоперационном периоде при помощи опросника SF-36.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с патологией диафрагмы, находившихся на лечении в отделении хирургии легких и средостения РСНПЦХ им. акад. В.В. Вахидова и торакальном отделении РСНПМЦОиР в период с 2015 по 2022 гг. В исследование включены пациенты с релаксацией диафрагмы. В результате отбора в исследование вошли 25 человека. В ходе исследования проанализированы основные демографические и клинические характеристики, диагностические и операционные данные, а также послеоперационный период. Отдаленный результат оценивали путем анкетирования пациентов по почте и телефону. Для оценки качества жизни в отдаленном периоде использовали опросник SF-36, который позволял дать количественную характеристику физического, эмоционального, социального компонентов качества жизни.

Результаты исследования: в настоящее время качество жизни является общепризнанным критерием оценки эффективности лечения наряду с клинико-инструментальными данными. Поскольку исследование носит ретроспективный характер, проведена оценка качества жизни пациентов с релаксацией диафрагмы в сравнении со средними показателями в общей популяции.

Поскольку исследование носило ретроспективный характер, проведена оценка качества



жизни в сравнении со средними общепопуляционными показателями, полученными при валидации опросника SF-36. Оценку качества жизни проводили в группе пациентов, которую составили 18 пациентов с релаксацией диафрагмы, оперированные с 2010 по 2022 годы, Качество жизни с помощью опросника SF-36 удалось изучить у 16 (88,8 %) пациентов этой группы.

При этом были получены следующие средние результаты. В группе больных с релаксацией диафрагмы: физическое функционирование (PH) – 64,37 -18,02 балла; ролевая деятельность (RP) – 56,2 -14,72 балла; телесная боль (BP) – 61,75- 18,32 балла; общее здоровье (GH) - 58,50 - 14,87 балла; жизнеспособность (VT) 76,87 - 6,51 балла; социальное функционирование (SF) – 89,06 - 10,43 балла; эмоциональное состояние (RE) – 58,33 - 38,83 балла; психическое здоровье (MH) 81,50 - 9,06 балла. Общий показатель для “Физического компонента здоровья” в среднем составил 39,7 баллов, для “Психического компонента здоровья” – 57,2 баллов. Несмотря на то, что исходного анкетирования не проводили, стоит отметить, что отдельно взятые и обобщенные показатели качества жизни в отдаленном периоде соответствовали средним показателям в общей популяции. Лишь показатель физического функционирования (PF) оказался несколько сниженным, что может быть обусловлено ограничением в выполнении умеренных и тяжелых физических нагрузок оперированными больными.

Таблица №1 - Сравнение показателей качества жизни больных в общей популяции (M±SD)

| Шкалы опросника SF-36 | Больные с релаксацией диафрагмы | В общей популяции |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
| PF | 64,37 ± 18,02 | 77,02 ± 25,21 |
| RP | 56,25 ± 34,72 | 53,8 ± 42,36 |
| BP | 61,75 ± 18,32 | 61,3 ± 26,27 |
| GH | 58,50 ± 14,87 | 56,56 ± 19,35 |
| VT | 76,87 ± 6,51* | 55,15 ± 21,97 |
| SF | 89,06 ± 10,43* | 69,67 ± 23,43 |
| RE | 58,33 ± 38,83 | 57,23 ± 41,96 |
| MH | 81,50 ± 9,06* | 58,82 ± 19,97 |

Заключение: таким образом, релаксация диафрагмы является дегенеративным заболеванием, приводящим к значительным изменениям в физиологических процессах дыхания и зачастую существенно ограничивающая физическую активность больного. В основе диагностики лежат лучевые методы, включающие компьютерную томографию высокого разрешения, которая позволяет получить исчерпывающие данные о степени дегенеративных изменений, уровня расположения соответствующего купола диафрагмы, с уверенностью исключить ее посттравматический дефект и установить правильный диагноз. В настоящее время отсутствует единый подход к лечению релаксации диафрагмы. Зачастую срок выполнения оперативного вмешательства, выбор оперативного доступа и способа коррекции основаны на личных предпочтениях хирурга. Мы считаем, что ее следует выполнять не ранее, чем через 1 год после первого выявления высокого расположения купола диафрагмы. Работ, посвященных хирургическому лечению релаксации диафрагмы с высоким уровнем доказательности, практически нет. Как следствие, оценить преимущества того или иного



способа коррекции представляется затруднительным. Очевидна необходимость разработки единого подхода к тактике лечения пациентов с релаксацией диафрагмы и оценки результатов лечения в отдаленный период.

Список литературы:

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы // Хирургия. – 2020. – №7. – С. 28–33.
2. Кукушкин А.В. Повреждения и грыжи диафрагмы. Диагностика и хирургическое лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2019.
3. Aksakal E, Erol MK, Gu'ndog' du F, Cinici O. An important cause of dyspnea after coronary artery bypass grafting: phrenic nerve paralysis // Turk Kardiyol Dern Ars. - 2019. - №37. - P. 132–135.
4. Bockeria L.A., Kim A., Ryabtsev D., Grygoryants T. ICVTS on-line discussion A. Diaphragmatic plication as a complication in cardiac surgery // Interact Cardiovasc Thorac Surg. - 2017. - №6. - P. 282.
5. Deng Y., Byth K., Paterson H.S. Phrenic nerve injury associated with high free right internal mammary artery harvesting // Ann Thorac Surg. – 2021. №76. - P. 459–63.
6. Karamustafaoglu Y., Kuzucuoglu M., Tarladacalisir T., Yoruk Y. Transabdominal subcostal approach in surgical management of Morgagni hernia // Eur. J. Cardiothorac Surg. - 2018. - №39. - P. 1009–11.



ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ КУШИНГА

Наримова Гулчехра Джуманиязовна

доктор медицинских наук, заведующая отделения
Тиреоидной патологии Республиканский
специализированный научно-практический
медицинский центр эндокринологии имени
академика Я.Х. Туракулова,
г. Республика Узбекистан, Ташкент.
Narimova71@mail.ru

Эргашова Шахноза Эркиновна

Базовой докторант Республиканский
специализированный научно-практический
медицинский центр эндокринологии имени
академика Я.Х. Туракулова,
Республика Узбекистан, Ташкент.
Ergashova9009@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Синдромом Кушинга (СК)- редкое, тяжелое, многосимптомное эндокринное заболевание, связанное с неадекватно повышенного уровня глюкокортикоидов в плазме (5). Одним из системных проявлений избытка глюкокортикоидов (ГК) является развитие стероидного остеопороза, сопровождающегося снижением минеральной плотности костей (МПК) и патологическими переломами при минимальной травме[4,5]. Высокие концентрации ГК оказывают многофакторное воздействие на опорно-двигательную систему человека (Рис.1. Journal of Endocrinology 2017, 3; 10.1677/JOE-08-0568). Проксимальная миопатия, гипокалиемия, приводящие к мышечной слабости, отрицательный кальциевый баланс, гипогонадизм, снижение соматотропного гормона (СТГ), инсулиноподобного фактора роста 1 и витамина D значительно усугубляют локальное негативное воздействие ГК [1-3].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром Кушинга, минеральной плотности костей, остеопороз, остеопения.

Объектом исследования явились 150 больных с СК (основная группа), средний возраст $33,0 \pm 1,2$. Группу сравнения составили 20 больных (из них 10 больных с СД, $33,9 \pm 1,3$) и 10 больных с ожирениями, $33,4 \pm 1,2$). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц соответствующего возраста. Всем больным проводились общеклинические, гормональные и биохимические (АКТГ, уровень кортизола при ритме секреции, кортизол суточной мочи, витамин Д, кальций) исследования. Для изучения костного метаболизма исследовали: остеокальцин (ОС), Procollagen type I N-terminal propeptide (PINP), Human β -СТх (Beta Crosslaps). Для оценки МПК применяли двойную рентгеновскую абсорбциометрию (DXA).

Результаты исследований: Анализ состояния пациентов в нашей работе на момент исследования показал что, из 150 больных с АКТГ-зависимым СК в 90 (60%) случаях наблюдалась ремиссии, у 60 (40%) больных наблюдалась активная форма болезни (из них у 20 (13,33%) вновь выявленные пациенты с СК, у 20 (13,33%) пациентов рецидив, у 20 (13,33%) больных не достигнута ремиссия. Данные гормональных исследований показал, что показатели как уровень кортизола при ритме секреции, кортизола суточной мочи и АКТГ были значительно высокими в активной форма болезни. Из основной группы у 60 больных с СК в активной стадии были выявлены различные осложнения костной системы: в 12 (20%) случаях выявили переломы, в 31 (51,6%) случаях остеопороз различной степени, у 25 (41,7%) остеопения, а также у 4 (6,7%) – показатели МПК были в норме. И при этом из 90 больных с СК которые находились в стадии ремиссии (в среднем через $6,8 \pm 1,4$ лет) в 5 (5,6%) случаях наблюдались патологические переломы позвоночника, у 11 (12,2%) - остеопороз, у 24 (26,7%) - остеопения, у 54 (60%) – МПК был в пределах нормы. Показатели витамина Д во всех группах оказался в дефиците, но при этом уровень кальция



был в пределах нормы. При анализе минеральной плотности костей при активной форме болезни выявляли остеопороз, у больных в ремиссии выявили остеопению. В группе сравнения и в контрольной группе здоровых лиц МПК был в норме. Костные маркеры, указывающие на костеобразование (ОС и PINP), были достоверно низкими в активном периоде заболевания по сравнению с контрольной группой здоровых лиц ($p < 0,001$), в стадии ремиссии показатели этих маркеров увеличились до нормы. Показатель костного метаболизма Beta Crosslaps является костным маркером остеолита. Было выявлено, что у пациентов с активной формой СК уровни показателя Beta Crosslaps высокие. Но при этом у пациентов в стадии ремиссии уровни Beta Crosslaps оставались достоверно повышенными в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$).

Заключение:

Показатель костного метаболизма Beta Crosslaps который является костным маркером остеолита у пациентов в активной формой СК уровни были высокими, это доказывает, что гиперкортизолемиа значительно ускоряет костный катаболизм. Но при этом у пациентов в стадии ремиссии уровни Beta Crosslaps оставались достоверно повышенными в сравнении с контрольной группой, что указывает на то что костное разрушение еще активно продолжается.

Литература:

- 1.Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Драгунова Н.В., Солодовников А.Г., Ильин А. В., Дзеранова Л.К., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. Сывороточные концентрации белков регуляторов остеобластогенеза и остеокластогенеза у пациентов с эндогенным гиперкортицизмом. Остеопороз и остеопатии 2012;2: с.3—8
2. Драгунова Н.В, Белая Ж.Е, Рожинская Л.Я.: Состояние костно-мышечной системы при эндогенном гиперкортицизме. Остеопороз и Остеопатии 2012; 3: с.18—24
3. Belaya Z.E, Rozhinskaya L.Y, Solodovnikov A.G, Dragunova N.V, MelnichenkoGA.: Glucocorticoid - induced osteoporosis: fracture and bone remodeling in patients with endogenous Cushing’s syndrome. Series: Endocrinology Research and Clinical Developments. Online Book, Published by Nova Science Publishers, Inc New-York, 2013, 55 pp; ISBN: 978-1-62948-341-2
4. Lekva T, Ueland T, Bøyum H, Evang JA, Godang K, Bollerslev J. TXNIP is highly regulated in bone biopsies from patients with endogenous Cushing's syndrome and related to bone turnover. Eur J Endocrinol. 2012 Jun;166(6):1039-48. doi: 10.1530/EJE-11-1082. Epub 2012 Mar 26.
5. Tóth M, Grossman A., Glucocorticoid-induced osteoporosis: lessons from Cushing's syndrome; Clin Endocrinol (Oxf). 2013 Mar 2. doi: 10.1111/cen.12189.



“«МОЗАИЧНЫЙ СИНДРОМ ДАУНА»”

**Кулдошова Дилноз Рауповна,
Азаматова Зефира Леноровна**

Преподаватель Бухарского техникума
общественного здравоохранения имени
Абу Али Ибн Сины

Аннотация: Генетические болезни – особый вид патологии, который имеет свои законы диагностики и терапии. Одним из ее видов является мозаичный синдром Дауна– сложное и интересное заболевание. С одной стороны, оно в определенной мере ущемляет и ограничивает человека, а с другой – способно раскрыть его безграничные возможности вопреки всем устоям.

Ключевые слова: Патологическое зиготное деление. хромосомные расхождения, наследование, мозаичной формой, аномалии развития

В норме хромосомный набор человека содержит 23 пары или 46 хромосом. Но при определенных условиях 21 пара способна мутировать (чаще утраиваться), приводя к генетическому дефекту. Именно он и называется синдромом Дауна.

Мозаичную форму синдрома Дауна еще называют мозаицизмом. Это редчайший тип данного заболевания, который проявляется в двух случаях из ста. Он характеризуется менее выраженными симптомами, то есть, можно сказать, что это легкая степень заболевания.

Она развивается на самой ранней стадии формирования зародыша, из-за чего в процесс вовлекаются не все клетки. Такая особенность этого вида патологии значительно осложняет ее диагностику.

Степень выраженности этого типа синдрома зависит от того, какие ткани и сколько вовлечены в процесс.

Детки с мозаичной формой синдрома Дауна в состоянии вполне нормально развиваться, их внешность может быть вполне гармоничной. Но некоторые особые признаки патологии имеются.

Отдельные трудности у таких детей развиваются в раннем возрасте. В этот период у малышей отмечается отставание в психомоторном развитии. При взрослении эти дефекты сглаживаются, и умственное развитие таких людей мало чем отличается от среднестатистических. Однако у них наблюдается своеобразное восприятие окружающего мира и нюансы речи, но подобные особенности встречаются и у обычных индивидов.

ПРИЧИНЫ И СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Причин, по которым происходит мутация 21 хромосомной пары, существует несколько: патологическое зиготное деление;

хромосомные расхождения во время митоза;

рекомбинирование хромосом;

наследование от родителей.

Подобные патологические изменения провоцируются рядом факторов:

В первую очередь, это возраст родителей. Примечательно, что большее влияние здесь имеет возраст отца. Шансы родить больного малыша значительно повышаются после 35 лет.

Инцест. Ребенок, рожденный вследствие половой связи между кровными родственниками, имеет высокую вероятность заполучить генетическое заболевание.

Алкоголизм, курение, наркомания приводят к уродствам, в том числе и на хромосомном уровне.

Наследственность, причем зачинщиками могут стать не только отец с матерью, но и ближайшие родственники. Некоторые ученые считают, что на возникновение синдрома влияет возраст бабушки, в котором она родила мать.

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ МОЗАИЧНОГО СИНДРОМА

Дети с мозаичным синдромом Дауна часто маленького роста, и его увеличение происходит крайне медленно. Конечности непропорциональны по отношению к телу и имеют



уменьшенные размеры.

В 90% случаев такие люди являются обладателями плоского лица и брахицефалии – укороченного черепа с плоским затылком. Шея, как правило, короткая с утолщенной кожной складкой. Подобный признак замечен уже в период новорожденности.

Характерные признаки лица у людей с подобным дефектом – плоская переносица и маленький нос, в 30% случаев возможно развитие страбизма (косоглазия).

Самое яркое проявление синдрома Дауна, которое сопровождает все его формы – это эпикантус. Данным понятием обозначают кожную складку, которая слегка нависает над внутренним краем глаза. Из-за такой особенности люди-дауны напоминают представителей монголоидной расы. И именно поэтому первооткрыватель дефекта назвал его изначально монголизмом, а больных – монголоидами.

К другим особенностям лица относят искаженное небо в виде арки и аномальные зубы. Данные дефекты и мышечная гипотония мешают закрыть рот, поэтому он всегда полуоткрыт. Язык у детей с мозаичной формой синдрома бороздчатый. Вместе с готическим небом они затрудняют сосание, из-за чего такой ребенок плохо прибавляет в весе. Впрочем, для легкой степени заболевания, коим является мозаицизм, это характерно не всегда.

На радужке, по ее окружности могут присутствовать пигментные пятна Брушфильда. Еще одна особенность — аномальные уши, которые расположены ниже линии глаз. Они деформированы, часто оттопыриваются и могут вызывать проблемы со слухом.

Аномалии захватывают и опорно-двигательный аппарат. Они проявляются лабильностью суставов и деформацией костей. К примеру, грудина имеет килевидную форму. Патогномичный симптом – клинодактилия или искривление мизинца. Деформируются также ребра и позвоночник. Это связано с недоразвитостью костной ткани.

Появление лишних кожных складок – частый признак даунизма. Они формируются из-за недоразвития костей, поэтому кожа между ними плохо натягивается. Кроме шейной, характерны также складки поперек ладони и в локтевом сгибе.

Внешние деформации часто становятся причиной нарушений в работе внутренних органов. Неправильная форма костей, гипотония мышц и другие особенности приводят к таким внутренним патологиям:

- аномалии развития сосудов и сердца;
- проблемы со зрением и слухом;
- нарушения органов пищеварения;
- недоразвитие почек;
- гипотиреоз.

Еще раз заметим, что у людей-даунов с мозаичным вариантом далеко не всегда все симптомы сочетаются. Многие из них не проявляются, что затрудняет распознавание заболевания.

ПСИХОМОТОРНОЕ И УМСТВЕННОЕ РАЗВИТИЕ

Дефекты в развитии детей с таким синдромом появляются по нескольким причинам: снижение зрения и слуха, из-за чего ребенок не в состоянии воспринимать информацию. Вследствие этого происходят и когнитивные нарушения;

гипотонус мышц — малыши поздно начинают держать голову, переворачиваться, ходить. Страдает моторика;

проблемы с опорно-двигательным аппаратом;

деформация неба, зубов и языка вызывает речевые затруднения, поэтому речь таких людей может быть непонятной.

При мозаичной форме заболевания таких дефектов может и не быть, поэтому эти детки достаточно хорошо развиваются, их умственное развитие практически не страдает. Для них разрабатывают специальные программы, и здесь большая роль принадлежит родителям. От того, насколько качественно и стабильно они будут заниматься со своим ребенком, зависят его дальнейшие способности и успехи.

Дети с мозаицизмом очень способные к обучению. Они могут посещать обычный садик и школу, и даже преуспевать больше, чем некоторые их здоровые сверстники.

КАК ДИАГНОСТИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ

Синдром Дауна можно распознать еще в пренатальном периоде, то есть во время беременности. Что касается его мозаичной формы, то в отдельных случаях его диагностика на



данном этапе затрудняется ввиду скудности проявлений и поражении не всех хромосом. В таком случае его раскрывают только после родов.

Выявить заболевание удастся несколькими методами:

1.УЗИ-диагностика. Ее проводят каждые 3 месяца беременности. Уже в первом триместре, с 8 по 12 неделю, можно распознать некоторые признаки СД. Например, утолщение воротниковой зоны.

2.Во втором триместре УЗИ покажет дефекты развития ЦНС, органов пищеварения, выделительной системы и слуха, а также сердечные пороки. На третьем УЗИ специалист увидит мелкие аномалии развития.

3.Анализ крови матери. Первый триместр (с 8 по 12 недели) определяет количество веществ, которые продуцирует плод:

ассоциированный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А);

хориогонадотропин человека (ХГЧ). Если уровень ХГЧ повышен, а РАРР-А понижен, это может говорить о патологии;

4.Второй триместр (с 18 по 21 неделю) определяет следующие показатели:

альфа-фетопротеин;

ХГЧ;

свободный эстриол.

Подобные исследования не дают 100% гарантии наличия или отсутствия патологии. Если беременная попала в зону риска, то есть перечисленные анализы показали нестандартный результат, женщине проводят инвазивные процедуры. Они позволяют получить материал плода для уточнения диагноза:

биопсия хориона – процедура дает возможность получить тканевые образцы плода. Ее осуществляют с помощью пункции брюшной стенки, а также через шейку матки специальными щипцами или катетером. Проводят на ранних сроках беременности, в 8—12 недель;

амниоцентез – осуществляют в период 14—18 недель. Делают пункцию оболочки плода для забора околоплодных вод;

кордоцентез проводится на поздних сроках вынашивания. Производят забор крови из пуповины.

Данные инвазивные методы являются довольно опасными, так как существует риск разрыва околоплодного пузыря, выкидыша, а также инфицирования матери и ребенка.

Список литературы

1. Холиков П.Х., Курбонов А.Қ. ва бошқалар. Тиббий биология ва умумий генетика. “Зиёнашр”. Тошкент. 2018 й.

2. Нишонбоев К.Н., Ҳамидов Ж.Ҳ., -" Тиббий биология ва генетика ". Давлат илмий нашриёти. Тошкент. 2005 й

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 31.03.2023

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot, город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000