



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

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

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

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

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

ЎСМИР БОЛАЛАРДА БУРУН ТЎСИҒИ ЭГРИЛИГИ КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Нуров И.У., Раунов Ф.С., Рузикулова Ю.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухоро ш., Ўзбекистон.

✓ Резюме

Ушбу илмий изланиш ишининг асосини 10 ёшдан 17 ёшгача бўлган, бурун тўсиғи эгрилиги таъхиси билан даволанган 121 бемор болаларни текшириш ва даволаш маълумотлари ташкил қилади. Беморларни бизнинг тадқиқотимизга киритиш асосий мезони – бурун тўсиғи эгрилиги мавжудлиги, бурундан нафас олишнинг қийинлиги, тез-тез бош оғриги, нафас олиш йўлларининг касалликлар ва ҳиднинг бузилиши ҳақида шикоятлари бўлди.

Калит сўзлар: бурун тўсиғи эгрилиги, болалар, ринопластика.

CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF NASAL SEPTUM CURVATURE IN ADOLESCENT-CHILDREN

Nurov I.U., Raunov F.S., Ruzikulova Yu.B.

Bukhara state medical institute. Bukhara, Uzbekistan.

✓ Resume

The basis of this scientific work was the data on the examination and treatment of 121 sick adolescent children aged 10 to 17 years. The criterion for inclusion of patients in the group was the presence of a curvature of the nasal septum, complaints of difficulty in nasal breathing, frequent headaches and impaired sense of smell.

Key words: curvature of the nasal septum, children, rhinoplasty.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРДКИ У ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ

Нуров И.У., Раунов Ф.С., Рузикулова Ю.Б.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан.

✓ Резюме

Основу данной научной работы составили данные обследования и лечения 121 больных детей-подростков, в возрасте от 10 до 17 лет. Критерием включения больных в группу служило - наличие искривления носовой перегородки, жалобы на затруднения носового дыхания, на частые головные боли и нарушение чувства запаха.

Ключевые слова: искривления носовой перегородки, дети, ринопластика.

Долзарблиги

Бурун тўсиғи меъерий ҳолати тананинг ўрта чизик бўйлаб, мос равишда тўғри ва текис жойлашганида нисбат бериллади. Бурун тўсиғи эгрилиги (БТЭ) патология сифатида бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб, олинган маълумотларга кўра баъзи мамлакатларда ушбу патология аҳолининг 90,0% гача учрайди [2,6]. Оториноларингологияда эришилган муваффақиятларга қарамай, бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари юкори нафас йўлларининг патологияси орасида биринчи ўринни эгаллайди ва уларнинг аксарияти жарроҳлик аралашувни талаб қилади [5,14]. Бурун тўсиғининг деформацияси бурун ичидаги тузилмаларнинг табиий ва оқилона архитектурасини бузади, натижада бурун орқали нафас олишнинг табиий оқими бузилади [8,9]. Бурун тўсиғи эгрилигининг кўплаб таснифлари мавжуд, унда асосий эътибор унинг бурун тўсиғи шаклининг эгрилик характеристикасига қаратилган, яъни: бошоқ, тизма, “С” - симон, тароксимон, “S” – симон, тиконсимон ва бошқалар [6,10].

Бурун тўсиғи эгрилигининг шаклланиши экзоген (травма, бурун касалликлари) ва эндоген ("номаълум сабаблар", "ғайритабиий эгриликлар", "генетик деформациялар", "морфофункционал асимметрия шаклланишининг табиий онтогенетик жараёни") омилларга ва бурун тўсиғи эгрилигининг айрим турларининг тарқалишига боғлиқ, хусусан, орқа – суяк қисмида у ёшга қараб ортади, олдинги тоғай қисмида эса ёшга қараб камаяди [3,7]. Баъзи муаллифлар бурун тўсиғининг эгрилигини 52% ҳолларда болаликдаги олинган турли жароҳатлар билан боғлиқлигини таъкидлашади [4,13].

Болаларда бурун тўсиғи эгрилигида жарроҳлик муолажалар билан даволаш учун қатъий кўрсатмалар ҳали ҳам мунозарали бўлиб, ушбу мунозаранинг асосини маълум ёш даврларида буруннинг анатомик тузилмаларининг шаклланиши жараёни тугалланмаганлиги билан боғлашади. 14-15 ёшдаги болаларда бурун тўсиғининг деформацияси тоғай ва суяк-тоғай қисмларида кўпроқ учрайди. Болаларда бурун тўсиғи деформациясини жарроҳлик даволаш вақти бўйича замонавий ринопластикада ҳали ҳам яқдиллик мавжуд эмас. Оториноларингологларнинг аксарияти 15-16

ёшгача бўлган болаларда бурун тўсиғида жарроҳлик аралашувларни ўтказишга шошилишмайди, бошқалари эса 6-14 ёшда риносептопластика қилиш мумкин деб ҳисоблашади [5,6,11].

Аммо, бу ёшга келиб, бурун тўсиғининг эгрилиги бўлган болаларда бурундан нафас олиши доимий равишда бузилади, бурун цикли бузилади, пастки бурун коникасининг гипертрофияси ривожланади, бурун бўшлиғи ва параназал синусларнинг шиллик қаватида гипертрофия ва гиперплазия пайдо бўлади (1). Бундай болаларда доимий гипоксия туфайли хотира, диққат - эътибор ва уйқу бузилади. Болалар тез чарчайдилар, жисмоний ривожланишда тенгдошларидан орқада қоладилар. Юқоридагилар келиб чиқиб бурун тўсиғи эгрилигида оператив аралашув қанчалик эрта амалга оширилса, бурун бўшлиғининг фаолияти тезроқ тикланади. Аммо шунга таъкидлаш керакки, бемор бола организми, шу жумладан бурун тўсиғи эгрилигини жарроҳлик йўли билан тиклаш нафақат бурун бўшлиғида анатомик нисбатларни тиклашни, балки операциядан кейинги функционал натижаларни ҳам ҳисобга олиш лозим [7,14].

Шундай қилиб, бурун тўсиғи эгрилиги бўлган бемор болаларни даволаш мураккаб муаммо ҳисобланади. Бурун тўсиғи эгрилиги патогенези, морфологик ўзгаришлар, диагностика ва жарроҳлик даволаш тактикаси билан боғлиқ баъзи масалалар очик бўлиб қолмоқда ва у ҳал қилишни талаб қилади.

Ишнинг мақсади: болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг клиник ва рентгенологик хусусиятларини ўрганиш ва уларни ҳисобга олган ҳолда даволанишни мукамаллаштириш.

Материал ва усуллар. Ушбу бемор болалар Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази оториноларингология бўлимида 2020-2024 йиллар давомидаги даволаш ва текшириш натижалари таҳлили ўтказилди.

Барча бемор болалар оториноларингологияда қўлланиладиган кенг қамровли клиник - лаборатор, рентген ва эндоскопик текширувдан ўтдилар. Беморлар шикоят ва анамнезни батафсил ўрганиш ва йиғиш, объектив қўриқдан ўтказилди.

Олинган натижалар ва улар таҳлили. Бурун тўсиғи эгрилиги билан касалланган беморлар маълумотларини ёш ва жинсига кўра ўрганилганда қуйидагилар аниқланди. Кичик ёшдаги ўсмир (10-14 ёш) даги бемор болалар орасида умумий текширилган беморларга нисбатан 41 (34,2%) та ҳолатда кузатилган бўлса, ушбу ёшдагилар орасида ўғил болалар 23 (19,1%) тани, қиз болалар эса 18 (15%) тани ташкил этди, ўғил болалар ушбу ёш гуруҳида нисбатан кўпчиликни ташкил қилади (1-жадвал).

Бурун тўсиғи эгрилиги билан касалланган беморлар маълумотларини ёш ва жинсига кўра тақсимланиши

1-жадвал

№	Жинси	Кичик ёшдаги ўсмир беморлар (10-14 ёш)	Катта ёшдаги ўсмир беморлар (15-17 ёш)	Жами
1.	Қиз	18 (15%)	35 (28,3%)	53 (43,8%)
2.	Ўғил	23 (19,1%)	45 (37,5%)	68 (56,2%)
	Жами:	41 (34,2%)	80 (65,8%)	121 (100%)

Катта ёшдаги ўсмир беморлар (15-17 ёш) ни таҳлил қилганда ҳам ушбу касаллик кўпроқ ўғил болаларда – 45 (37,5%) та ҳолатда кузатилган, қиз болалар орасида эса 35 (28,3%) тани ташкил этган. Бизнинг фикримизча ушбу натижаларни қуйидагича таҳлил қилиш мумкин, яъни катта ёшдаги ўсмир ўғил болаларда жароҳат олиш эҳтимоли шу ёшдаги қизларга нисбатан кўпроқ, риносептопластика жарроҳлик даволаш усулини эса кўпгина шифокорлар 15-17 ёшдан тавсия қилишади. Болаликни эрта даврларида бурун тўсиғи анатомик тузилишининг ўзига хос хусусиятлари билан бурун тўсиғи ўсишидаги номувофиқликлар, ўзгарувчанлик боғлиқ анатомик шаклланишлар натижасида ушбу касаллик кам учрайди ва риносептопластика даволаш усулини қўллаш эҳтимоллигини камайтиради.

Бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги жойлашиш маконидан қатъий назар нафас олиш, ҳид билиш, шиллик қават дренаж, липиловчи эпителиал қатлам фаолияти бузилиши тузиллишлари кузатилади. Бурун тўсиғи эгрилиги жойлашишига кўра шартли равишда тоғай, суяк ва тоғай-суякда жойлашишига бўлинади (2-жадвал). Бемор болалар жинсига кўра бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашувини таҳлил қилинганда, ўғил болаларда тоғай соҳасида деформация 27 (22,3%) та ҳолатда, суяк соҳасида 5 (4,1%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 42 (34,8%) ни ташкил этган. Қиз болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашувини таҳлил қилинганда, тоғай соҳасида деформация 17 (14,0%) та ҳолатда, суяк соҳасида 5 (4,1%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 25 (20,7%) ни ташкил этган. Ушбу деформацияларни 74 (61,2%) таси ўғил болаларда, қолган 47 (38,8%) таси қиз болаларда аниқланган. Умумий олганда тоғай соҳасида деформация 44 (36,3%) та ҳолатни, суяк соҳасида 10 (8,3%) ни, тоғай – суяк комбинацияли жойлашув 67 (55,4%) ни ташкил этган.

Бемор болалар жинсига кўра бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашувини

2-жадвал

Жинси	Тоғай	Суяк	Тоғай- суяк	Жами
Ўғил	27 (22,3%)	5 (4,1%)	42 (34,8%)	74 (61,2%)
Қиз	17 (14,0%)	5 (4,1%)	25 (20,7%)	47 (38,8%)
Жами	44 (36,3%)	10 (8,3%)	67 (55,4%)	121 (100%)

Бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги тури ва жинсига қараб тақсимланиши таҳлил қилинганда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 15 (12,3%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8 (6,6%) тани, қиз болалар эса 7 (5,7%) тани ташкил этади. Бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 31 (25,7%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 21 (17,4%) тани, қиз болалар эса 10 (8,3%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли 46 (38%) тани ташкил қилган (3 жадвал).

№	Турлари	Кичик ўсмир ёшдагилар (10-14 ёш)		Катта ўсмир ёшдагилар (15-17 ёш)		Жами
		ўғил	қиз	ўғил	қиз	
1.	Тароксимон шакли	8 (6,6%)	7 (5,7%)	21 (17,4%)	10 (8,3%)	46 (38%)
2.	S-симон шакли	9 (7,4%)	7 (5,7%)	12 (10%)	10 (8,3%)	38 (31,4%)
3.	Тиконсимон шакли	6 (4,9%)	2 (1,6%)	8 (6,6%)	8 (6,6%)	24 (19,8%)
4.	C-симон шакли	3 (2,6%)	-	8 (6,6%)	2 (1,6%)	13 (10,8%)
	Жами	26 (21,5%)	16 (13,2%)	49 (40,5%)	30 (24,8%)	121 (100%)

Бурун тўсиғи S-симон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 16 (13,1%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 9 (7,4%) тани, қиз болалар эса 7 (5,7%) тани ташкил этади. Бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 22 (18,3%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 12 (8,3%) тани, қиз болалар эса 10 (8,3%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли 38 (31,4%) тани ташкил қилган.

Бурун тўсиғи тиконсимон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 8 (6,5%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 6 (4,9%) тани, қиз болалар эса 2 (1,6%) тани ташкил этади. Бурун тўсиғи эгрилиги тиконсимон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 16 (13,2%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8 (6,6%) тани, қиз болалар ҳам 8 (6,6%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги тиконсимон шакли 24 (19,8%) тани ташкил қилган.

Бурун тўсиғи C-симон шакли таҳлил қилинганда, ушбу шакл кичик ёшдаги ўсмир болаларда жами 3 (2,6%) та беморда аниқланган бўлиб, шуларни барчасини ўғил болалар ташкил этади, бизнинг кузатувимизда ушбу ёш гуруҳидаги қиз болаларда бурун тўсиғининг C-симон шакли кузатилмади. Бурун тўсиғи эгрилиги C-симон шакли катта ёшдаги ўсмир болаларда жами 10 (8,2%) та беморда аниқланган бўлиб, шундан ўғил болалар 8 (6,6%) тани, қиз болалар эса 2 (1,6%) тани ташкил этади. Умумий ҳисобда бурун тўсиғи эгрилиги C-симон шакли 13 (10,8%) тани ташкил қилади.

Хулоса. 1. Олинган натижаларга кўра, назоратдаги бемор болаларда бурун тўсиғи эгрилиги тароксимон шакли нисбатан кўпроқ учраган ва 46 (38%) тани ташкил қилган. Бурун тўсиғи эгрилиги S-симон шакли 38 (31,4%) тани ташкил қилган, бурун тўсиғи эгрилиги тиконсимон шакли 24 (19,8%) тани ташкил этган бўлса, бурун тўсиғи эгрилиги C-симон шакли энг кам - 13 (10,8%) тани ташкил қилган.

2. Умумий кузатилган бемор болалар орасида ушбу касаллик кўпроқ - 80 (65,8%) ҳолатда аниқланган.

3. Бизнинг фикримизча ўғил болаларда бурун тўсиғи эгрилигининг жойлашуви уларнинг жисмоний фаоллиги натижасида келиб чиқса, тоғай – суяк соҳасида кўпроқ учраши (55,4%) тоғай ва суяклар турли таркибга эғалиги ва ривожланиш жараёни бир-бирдан фарқ қилиши билан изоҳлаш мумкин.

АДАБИЁТЛАР РОЙХАТИ:

1. Алексеев С., Дворяничков В. В., Артюшкин С. А., Барашкова С. В., Кривопапов А. А., Туриева В. В., Мельник Б. О. Влияние сопутствующего искривления носовой перегородки на показатели мукоцилиарного транспорта в послеоперационном периоде у детей с хроническим риносинуситом. Российская оториноларингология. 2022;21(6):8–16.
2. Н.В. Бойко, И.А. Залеская. Совершенствование способов хирургической деформации перегородки носа // Медицинский вестник Юга России, 2012, с.4-6.].
3. Пискунов, В. С. (2009). О классификации и деформации перегородки носа. Российская оториноларингология, (1), 112-116.
4. Послеоперационная динамика показателей функционального состояния носа у больных с деформацией носа, сочетанной с патологией полости носа и околоносовых пазух. Махмудназаров М.И. Вестник Авиценны, том 24, №1, 2022. с.50-57.
5. У.А. Курбанов, И.Х. Махмудов, С.М. Джанобилова, Ш.И. Холлов, Ж.Ю. Дадоджонов. Современный подход к диагностике и хирургическому лечению искривлений перегородки носа // Вестник Авиценны, 2019, т.21, №1, с.77-82.
6. Хасанов Улугбек Саидакрамович, Вохидов Улугбек Нуридинович, & Джураев Жамолбек Абдукахарович (2018). Состояние полости носа при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с миокардитом. European science, (9 (41)), 50-51.
7. Царапкин Г.Ю., Кунельская Н.Л., Товмасын А.С., Кишиневский А.Е., Мусаева М.М., Кочеткова Т.А., Вершинина Е.А. Осложнения хирургического лечения искривления перегородки носа. Российская ринология. 2021;29(2):90-96.
8. Budkovaуа M. A., Artemyeva E. S. The objective evaluation of nasal breathing function in patients after rhinosurgical interventions. [Russian otorhinolaryngo logy]. 2018;1(92):25–33. (in Russ.). doi: 10.18692/1810-4800-2018-1- 25-33.
9. Kumar L, Belaldavar BP, Bannur H. Influence of Deviated Nasal Septum on Nasal Epithelium: An Analysis // Head Neck Pathol. 2017 Dec;11(4):501-505. doi: 10.1007/s12105-017-0819-9. Epub 2017 May 4.].
10. Martins de Oliveira GM, Rizzo JА, Camargos PA, et al. Are measurements of peak nasal flow useful for evaluating nasal obstruction in patients with allergic rhinitis? Rhinology. 2015;53(2):160–166. doi: <https://doi.org/10.4193/Rhin14.048>.
11. Raupov F. S. (2024). Acute Bacterial Destructive Pneumonia of the Lungs in Children. Research Journal of Trauma and Disability Studies, 3(5), 506–512. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/2926>
12. Ф.С., Р. . (2023). К ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЯ ОБДП У ДЕТЕЙ . Research Journal of Trauma and Disability Studies, 2(5), 239–244. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/914>
13. Raupov F.S., ., & Shavkatov Sh.Kh., . (2023). EMPIRICAL ANTIBACTERIAL THERAPY FOR ACUTE BACTERIAL DESTRUCTIVE PNEUMONIA IN CHILDREN. International Journal of Medical Sciences And Clinical Research, 3(05), 84–89. <https://doi.org/10.37547/ijmscr/Volume03Issue05-12>
14. Fuller JC, Levesque PA, Lindsay RW. Functional septorhinoplasty in the pediatric and adolescent patient. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;111:97–102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.06.003>.

Қабул қилинган сана 20.09.2024