

ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES | RESPUBLIKA KO'P TARMOQLI ILMIY KONFERENSIYA

# YANGI O'ZBEKISTON: 2023

CONFERENCES.UZ

INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

DAVRIYLIGI: 2018-2023

DUNYO TARIXIDA KOSMOSGA  
UCHGAN BIRINCHI INSON



*Дуню Тарафиди*

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA XORVIY OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI, YOSH OLIMLAR, DOKTORANTLAR, MAGISTRANTLAR VA IJTIDORLI TALABALAR

 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

 OKTYABR  
№57

**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 57-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 октябрь 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 19 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган еттита устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофик:– 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 Шохида 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, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

**20.Ветеринария**

Жалилов Фазлиддин Содиқович, DSc, Тошкент фармацевтика институти, Фармацевтик ишлаб чиқаришни ташкил қилиш ва сифат менежменти кафедраси профессори

**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 Хамидович «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 хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.*

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам Файзиев

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

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

**БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ  
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

<b>1. Таджибаева Дилафруз Рахмонбердиевна, Жумаева Машхура Абдурасул кизи</b> ПОТОК ИНФОРМАЦИИ, ЭНЕРГИИ И ВЕЩЕСТВА В КЛЕТКЕ. ....	7
<b>2. Самагова Г.У., Кахаров З.А.</b> ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ) .....	9
<b>3. Sayitxonova M.Z.</b> HOMILADORLIKNING UCHINCHI TRIMESTRIDA KORONAVIRUS INFEKSIYASINI O'TKAZGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK ASORATLARI VA NATIJALARI .....	12
<b>4. Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович, Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович</b> О СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И ЕЕ СООТВЕТСТВИИ ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ПЕРЕДОВЫМ МОДЕ- ЛЯМ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО УРОВНЯ.....	13
<b>5. Turdiyeva Hayriniso Aliyevna, Fayziyeva Hurriyat Baxtiyorovna</b> TA'LIM JARAYONIDA KUYISH VA MUZLASH HOLATIDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING MONIYATI .....	17
<b>6. Астанова Дилбар Холикул кизи, Тўхтаева Сарвиноз Алишеровна</b> ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ТАЛАБАЛАРНИ ЎҚИТИШДА УСТОЗ-ШОГИРД АНЪАНАЛАР- НИНГ АҲАМИЯТИ .....	18



## БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

### ПОТОК ИНФОРМАЦИИ, ЭНЕРГИИ И ВЕЩЕСТВА В КЛЕТКЕ.

**Таджибаева Дилафруз Рахмонбердиевна**  
(преподаватель Ферганского медицинского  
института общественного здоровья)

**Жумаева Машхура Абдурасул кизи**  
(студентки Ферганского медицинского  
института общественного здоровья)

**Аннотация:** В данной статье рассматривается, что в клетке происходит многочисленные процессы. Выделяется потоки информации, энергии и веществ. Эти процессы взаимосвязаны и необходимы для жизнедеятельности и обеспечивает функции клетки. Пролиферация-это процесс разрастание ткани организма путем митоза клеток делением.

**Ключевые слова:** поток информации, поток веществ, поток энергии, клеточная теория, транспорт веществ в клетке, пролиферация в медицине.

Жизнедеятельность клетки как единицы биологической активности обеспечивается совокупностью взаимосвязанных, приуроченных к определенным внутриклеточным структурам, упорядоченных во времени и пространстве обменных(метаболических) процессов. Эти процессы образуют три потока: информации, энергии и веществ. Благодаря наличию потока информации клетка на основе многовекового эволюционного опыта предков приобретает структуру, отвечающую критериям живого, поддерживает ее во времени, а также передает в ряду поколений. В потоке информации участвуют ядро (конкретно ДНК хромосом), макромолекулы, переносящие информацию в цитоплазму (мРНК), цитоплазматический аппарат трансляции (рибосомы и полисомы, тРНК, ферменты активации аминокислот). На завершающем этапе этого потока полипептиды, синтезированные на полисомах, приобретают третичную и четвертичную структуры и используются в качестве катализаторов или структурных белков. Кроме основного по объему заключенной информации ядерного генома в эукариотических клетках функционируют также геномы митохондрий, а в зеленых растениях — и хлоропластов. Поток энергии у представителей разных групп организмов обеспечивается механизмами энергоснабжения — брожением, фото- или хемосинтезом, дыханием. Центральная роль в биоэнергетике клеток животных принадлежит дыхательному обмену. Он включает реакции расщепления низко калорийного органического «топлива» в виде глюкозы, жирных кислот, аминокислот, а также использование выделяемой энергии для образования высококалорийного клеточного «топлива» в виде аденозинтрифосфата (АТФ). Энергия АТФ, непосредственно или будучи перенесена на другие макроэргические соединения (например, креатин фосфат), в разнообразных процессах преобразуется в тот или иной вид работы — химическую (синтезы), осмотическую (поддержание перепадов концентрации веществ), электрическую, механическую, регуляторную. Макроэргическим называют соединение, в химических связях которого запасена энергия в форме, доступной для использования в биологических процессах. Универсальным соединением такого рода служит АТФ. Основное количество энергии заключено в связи, присоединяющей третий остаток фосфорной кислоты.

Поток энергии в клетке. Среди органелл животной клетки особое место в дыхательном обмене принадлежит митохондриям, выполняющим функцию окислительного фосфорилирования, а также матриксу цитоплазмы, в котором протекает процесс бескислородного расщепления глюкозы — анаэробный гликолиз. Из двух механизмов, обеспечивающих жизнедеятельность клетки энергией, анаэробный гликолиз менее эффективен. В связи с



неполным (в отсутствие кислорода) окислением, прежде всего глюкозы, в процессе гликолиза для нужд клетки извлекается не более 10% энергии. Недоокисленные продукты гликолиза (пируват) поступают в митохондрий, где в условиях полного окисления, сопряженного с фосфорилированием АДФ до АТФ, отдают для нужд клетки оставшуюся в их химических связях энергию. Из преобразователей энергии химических связей АТФ в работу наиболее изучена механохимическая система поперечно-полосатой мышцы. Она состоит из сократительных белков (актомиозиновый комплекс) и фермента аденозинтрифосфатазы, расщепляющего АТФ с высвобождением энергии. Транспорт веществ в клетку. Живые организмы представляют собой открытые системы, которые нуждаются в поступлении веществ и энергии извне. Поступление веществ в клетку называется эндоцитоз («эндо» = внутрь, «цитоз» = клетка), а их выделение из клетки – экзоцитоз («экзо» = наружу).

\*Эндоцитоз – поступление веществ в клетку.

\*Экзоцитоз – выделение веществ из клетки.

Существует два типа проникновения веществ в клетку через мембраны: пассивный и активный транспорт.

**Пассивный транспорт.** Перенос веществ через мембрану. По градиенту концентрации (из области большей концентрации в область меньшей). Без затрат энергии. Простая диффузия «Просачивание» молекул через билипидный слой или белковые поры. Путём простой диффузии в клетку проникают гидрофобные вещества (O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>, бензол) и полярные маленькие молекулы (CO<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>O, мочевины). Не проникают полярные относительно крупные молекулы (аминокислоты, моносахариды), заряженные частицы (ионы) и макромолекулы (ДНК, белки). Не требует затрат АТФ. Не проникают полярные относительно крупные молекулы (аминокислоты, моносахариды), заряженные частицы (ионы) и макромолекулы (ДНК, белки).

**Облегченная диффузия.** Диффузия вещества по градиенту его концентрации, которая осуществляется с помощью специальных погружённых в мембрану транспортных белков-переносчиков. Не требует затрат АТФ. Проникают полярные относительно крупные молекулы (аминокислоты, моносахариды), заряженные частицы (ионы) и макромолекулы (ДНК, белки).

**Осмоз.** Процесс односторонней диффузии растворителя в сторону большей концентрации растворённого вещества из области с меньшей концентрацией растворённого вещества через полупроницаемую мембрану. Перенос растворителя через мембрану обусловлен осмотическим давлением: система пытается выровнять концентрацию раствора в обеих средах, разделённых мембраной. Существует явление обратного осмоса – обратной диффузии растворителя.

**Активный и пассивный транспорт.** Активный транспорт. Перенос вещества через мембрану или слой клеток. Против градиента концентрации (из области меньшей концентрации в область большей). С затратой энергии АТФ. К активно транспортируемым веществам относят ионы натрия, калия, кальция, железа, водорода, хлора, йода, мочевой кислоты, некоторые сахара и большинство аминокислот.

**Фагоцитоз.** От греч. «фаго» – пожирать. Поглощение клеткой твёрдых органических веществ. Выросты мембраны окружают твёрдую частицу и образуют углубление, которое отпочковывается внутрь клетки и образуется пузырь – фагосома. Фагоцитоз свойственен простейшим, кишечнорастворным, лейкоцитам, а также клеткам капилляров костного мозга, селезенки, печени, надпочечников.

**Пиноцитоз.** От греч. «пино» – пью. Поглощения клеткой капель жидкости с растворёнными веществами. Механизм поглощения схож с механизмом фагоцитоза. Пиноцитоз характерен для животных клеток.

#### **Использованные литературы:**

1. Учеб. для медиц. спец. Вузов / В.Н. Ярыгин, В.И. Васильева, И.Н. Волков, В.В. Синельщикова; Под ред. В.Н. Ярыгина. — 5-е изд., испр. и доп. — М.: Высш. шк., 2003. — 432 с.: ил.

2. Медицинская биология и общая генетика: учебник для студентов учреждений высшего образования по специальности “лечебное дело”: стр 48-52 Учебник / О.-ЯЛ. Бекиш, В.Л. Бекиш.-2-е изд., испр. и доп. -Витебск: Издательство ВГМУ, 2011.-544 с.стр67-68

3. <https://maximumtest.ru/uchebnik/11-klass/biologiya/transport-7-veshchestv-v-kletke>



УДК-611.08

## ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Саматова Г.У., Кахаров З.А.  
Андижанский государственный  
медицинский институт кафедра  
анатомии и клинической анатомии

### Понятие физического развития и состояния здоровья девочек-подростков

На сегодняшний день в научной литературе встречаются несколько трактовок понятия «физическое развитие». Одними учеными этот термин понимается как совокупность динамических процессов роста, развития и биологического созревания ребенка в его различные возрастные периоды и рассматривается в широком смысле, в узком смысле этот термин понимают, как процесс изменения размеров тела и форм [3,7]. Ряд других ученых под физическим развитием представляют совокупность морфологических и функциональных свойств организма и влияющих на них факторов наследственности и внешней природной среды [2].

### Факторы, оказывающие влияние на физическое развитие детей и подростков

Физическое развитие человека характеризует его организм в зависимости от влияния ряда факторов. Факторы, влияющие на здоровье людей, разделяются на эндогенные и экзогенные факторы. К эндогенным факторам относят: здоровье матери и отца ребенка, наследственные признаки семьи, состояние матери и плода во время беременности и родов, обеспечение питательными веществами беременной женщины, наличие врожденных патологий у ребенка, влияние эндокринных желез.

К экзогенным факторам относят: географические и климатические факторы, экологическая обстановка природной среды, социально-экономические и санитарно-гигиенические условия проживания, заболевания ребенка, двигательная и умственная активность ребенка, уход за ребенком,

организация режима дня и ночи, питания [3]. Ученные считают, что эндогенные и наследственные факторы играют определяющую роль на физическое развитие ребенка на ранних этапах развития его организма, но с последующим ростом ребенка все большее значение приобретают экзогенные факторы. Большое влияние на физическое развитие детей оказывают состояние и поведение матери при беременности, Установлено, что дети, которые были рождены от больных матерей, чаще всего отставали в физическом развитии. Плохое питание беременных женщин может привести к рождению ребенка с дефицитом роста или низкой массой тела [3]. Наоборот, ожирение беременных женщин во время беременности может привести к ожирению ребенка, когда он достигнет взрослого возраста [4].

Экологическая обстановка среды обитания также оказывает значительное влияние на рост и развитие детей, так как дети более чувствительны к неблагоприятным антропогенным воздействиям на природную среду. Так загрязнение среды обитания приводит к риску снижения скорости роста и развития организма и дефициту массы тела [1]. Установлено, что экологические условия среды обитания определяют около 25% патологий и заболеваний населения.

### Методы оценки физического развития и состояния здоровья детей и подростков

К основным методам исследования и оценки физического развития детей и подростков относят методы антропометрии, соматоскопии и физиометрии [9]. Антропометрия рассматривается как непосредственные измерения размеров и массы тела. Данный метод включает в себя определение длины тела, плеча, предплечья, верхней конечности, бедра, голени, нижней конечности, кисти и стопы, определение окружности груди и головы, бедра, голени, установление массы тела [8].



Соматоскопия представляет собой осмотр и описание телосложения человека. Данный метод включает в себя определение соматотипа человека, оценку состояния опорно-двигательного аппарата (определение формы черепа, грудной клетки, ног, стоп, позвоночника, вида осанки, развития мускулатуры), определение степени жировотложения, оценку степени полового развития, осмотр зубов, определение их формы, оценка зубной формулы, оценку состояния кожных покровов, оценку мускулатуры [9].

Физиометрия представляет собой исследование функциональных показателей организма: определение силы рук, становой силы, жизненного объема легких, функциональной работоспособности человека [8].

Антропометрия является показателем условной меры физической дееспособности организма. При антропометрии исследуют как тело человека в целом, так и отдельные части организма. В рамках антропометрии выделяются отдельные направления, связанные с измерением костей скелета (остеометрия) и черепа (краниометрия). Антропометрические показатели можно разделить на основные (длина тела, масса тела, окружности грудной клетки и головы) и дополнительные (длина ног, высота головы и другие). Анализ основных антропометрических показателей дает на момент обследования возможность оценить физическое состояние ребенка, а в динамике позволяет сделать вывод о темпах физического развития ребенка или детской популяции [9].

### **Оценка физического развития детей и подростков методом индексов**

Для оценки физического развития используют многочисленные индексы, которые определяются как состояния между различными антропометрическими показателями, представленные с помощью математических формул [6]. Преимущество метода индексов заключается в том, что он позволяет дать оценку физическому развитию детей и подростков в широком возрастном диапазоне. Расчетные формулы позволяют проследить за динамикой показателей физического развития ребенка, помогают охарактеризовать темпы его развития и определить на ранней стадии отклонение от нормы.

Индексы массы тела раньше имели широкое использование, применяли индексы массы тела Брока, Пинье, Рорелра, Кетле, Ливи. В настоящее время наиболее используемым индексом массы тела является индекс Кетле-Гульда-Каупа. Индекс Кетле имеет большое значение и используется при скрининговых исследованиях и выработки рекомендаций в области здорового питания. Нормальные значения данного индекса варьируют в пределах 60-70 г/см. Более низкие значения индекса говорят о внутриутробной гипотрофии, более высокие – о внутриутробной гипертрофии [5].

### **Оценка физического развития детей и подростков методом регрессий**

Наибольшее распространение в современной науке получил метод оценки физического развития по шкале регрессий. Некоторые авторы считают его наиболее совершенным. Он позволяет с легкостью определить детей с гармоническим и дисгармоническим развитием. Данный метод имеет следующее преимущество: он позволяет оценить антропометрические признаки в их взаимосвязи, что не наблюдается при использовании методов сигмальных отклонения и центильных шкал [6].

Гармоничным считают физического развитие ребенка, при котором масса тела и окружность грудной клетки соответствует длине тела или отличается от нормы в пределах одной сигмы регрессии.

Дисгармоничным считается физическое развитие, при котором масса тела и окружность грудной клетки отстают от нормы на 1.1-2 сигмы регрессии, а также более нормы на ту же величину. Резко дисгармоничным называют физическое развитие, при котором масса тела и окружность грудной клетки отстают от нормы на 2.1 сигмы регрессии и более или превышают должные на ту же величину.

При использовании данного метода оценки физического развития для начала устанавливают точный возраст исследуемого ребенка, после чего переходят к оценке показателей физического развития по шкалам регрессии [6].

### **Список литературы:**

1. Грицинская В. Л. Характеристика методов оценки физического развития детей // Педиатрия. 2004. № 2. С. 60–62.



2. Изаак С. И. Мониторинг физического развития и физической подготовленности российских детей дошкольного возраста / С. И. Изаак, Т. В. Панасюк // Педиатрия. - 2005. - № 3. - С. 60-62.
3. Нагаева Е. В. Рост как критерий здоровья ребенка // Педиатрия. 2009. №3. С. 58–62.
4. Нетребенко О.К.- Obesity in children. New prevention concepts and approaches. Literature review. January 2017 Вопросы современной педиатрии 16(5):399-405.
5. Кирилова И.А. – Оценка физического развития как популяционной характеристики детского населения Иркутск 2017 г
6. Петров, В.А. Методы определения и оценки состояния здоровья и физического развития детей и подростков / В.А. Петров. — Владивосток: Медицина ДВ, 2014.— 168 с.
7. Руденко, Мельникова Н.А., Лукьянова В.Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. 2005 Med. Medic. Studio
8. Узунова А. Н., Лопатина О. В., Зайцева М. Л. Основные закономерности развития здорового ребенка. Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2008. 164 с
9. Файзуллина Р. А., Самороднова Е. А., Закирова А. М. Физическое развитие ребенка. Казань: КГМУ. 2011. 65 с.



## HOMILADORLIKNING UCHINCHI TRIMESTRIDA KORONAVIRUS INFEKSIYASINI O'TKAZGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK ASORATLARI VA NATIJALARI

Sayitxonova M.Z.

Ilmiy rahbar: t.f.d. Muminova Z.A.  
9-Tug'ruq kompleksi, Toshkent, O'zbekiston

**Dolzarbligi:** Homiladorlik davrida COVID-19 bilan kasallanish bo'yicha nashr etilgan tadqiqotlar sonining ko'payishiga qaramay, homilador ayollarda COVID-19 ning kechishi, o'ziga xos akusherlik va perinatal asoratlari, shuningdek vertikal infeksiya haqida ob'ektiv xulosalar chiqarish uchun sifatli ma'lumotlar yetarli emas. Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homiladorlik paytida SARS-CoV-2 infeksiyasini o'tkazgan ayollarda homiladorlik va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning salbiy oqibatlarini xavfi yuqori, ammo bu aloqalar hali ham aniq emas.

**Tadqiqot maqsadi:** Koronavirus infeksiyasini o'tkazgan ayollarda homiladorlikning asoratlari bilan kechishi xavf omillarini izlash va aniqlash.

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Retrospektiv tadqiqotda 40 ta anamnezida Covid-19 bilan kasallangan 18 yoshdan 42 yoshgacha bo'lgan homilador ayollar ishtirok etdi. Barcha homilador ayollarda Covid-19 infeksiyasi SARS-CoV-2 virusi RNKsini polimeraza zanjiri reaksiyasi usulida tekshirib ijobiy natija olish asosida tasdiqlangan.

**Natijalar:** Uchinchi trimestrda Covid-19 bilan kasallangan 40 ta homilador ayollarning aksariyati 27/40 (67,5%) Covid-19 infeksiyasini yengil alomatlar bilan o'tkazgan. Kasallikni o'rta og'ir darajada o'tkazgan ayollar- 8/40 (20,0%)ni va og'ir darajada kechirganlar 5/40 (12,5%) ni tashkil etadi. Kasallikning asosiy simptomlari isitma, asteniya, tomoq og'rig'i bo'lib, ba'zi bemorlarda yo'tal va nafas qisilishi kuzatildi. Deyarli barcha homilador ayollar aniq epidemiologik anamnezga ega. Homilador ayollarning 11/40 (27,5%)ga pnevmoniya tashxisi qo'yilgan. COVID-19 bilan kasallangan barcha homilador ayollar standart terapiya oldi. 7/40 (17,5%) bemor intensiv terapiya bo'limida davolandi, shulardan 1/40 (2,5%) ayol zarur invaziv sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkazildi.

Ekstragenital patologiya tarkibida semirish ustunlik qildi – 17/40 (42,5%). Ulardan 9 ta ayolda semizlik I-darajasi, 5 tasida semizlik II-darajasi, 3 ta homilador ayolda ssemizlik III-darajasi tashxisi qo'yildi. COVID-19ni og'ir darajada o'tkazgan homiladorlar orasida semizlik mavjud ayollarning ulushi 3/5 (60,0%)ni tashkil etdi. COVID-19ning og'ir kechishi bilan semizlik orasida sezilarli korrelyatsion bog'liqlik borligi aniqlandi.

COVID-19 bilan homiladorlik asoratlari tarkibida temir tanqisligi kamqonligi – 15/40 (37,5%), preeklampsiya – 3/40 (7,5%), muddatdan oldingi tug'ruq xavfi – 13/40 (32,5%) ustunlik qildi. Muddatdan oldingi tug'ruq 11/40 (27,5%) hollarda sodir bo'lgan. Kesarcha kesish amaliyoti 19/40 (47,5%) hollarda amalga oshirilgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asoratlar darajasi 4/40 (10,0%) ni tashkil etdi. Reanimatsiya bo'limiga yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 3/40 (7,5%) terapiya uchun yuborilgan.

**Xulosalar:** Ko'pchilik homilador ayollar COVID-19 infeksiyasini yengil darajasini o'tkazgan. COVID-19 o'tkazmagan homilador ayollar bilan solishtirganda SARS-CoV-2 bilan kasallangan homilador ayollarda preeklampsiya, muddatdan oldingi tug'ruq, kesarcha kesish amaliyoti bilan tug'ish holatlari ko'proq. SARS-CoV-2 virusini vertikal o'tish holati aniqlanmadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asoratlarning chastotasi umumiy aholi ko'rsatkichlariga to'g'ri keldi.



## О СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И ЕЕ СООТВЕТСТВИИ ОБЩЕПРИЗНАННЫМ ПЕРЕДОВЫМ МОДЕЛЯМ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО УРОВНЯ

**Нажмитдинов Жамолитдин Юсуфович.**

к.м.н., доцент.

Электронная почта najmitdinnov@mail.ru

**Миралимов Мирмухитдин Миртурсунович.**

к.м.н., доцент.

Электронная почта mirmuhiddin.701@gmail.com

**Аннотация:** В последние годы в стране проводятся последовательные реформы, направленные на совершенствование системы социальной защиты населения, увеличение объема средств, выделяемых на социальную сферу из Государственного бюджета Республики Узбекистан, и привлечение дополнительных ресурсов, расширение охвата программами социальной защиты и внедрение дополнительных механизмов по выведению семей из тяжелой жизненной ситуации. Усиление социальной защиты граждан и сокращение бедности определены приоритетными направлениями государственной политики.

**Ключевые слова:** социальная защита, агентство социальной защиты, социальное страхование.

В целях безусловного обеспечения интересов и прав граждан на социальную защиту, кардинального повышения качества социальных услуг, оказываемых населению, а также внедрения в данную сферу совершенно новой системы управления, основанной на передовых международных стандартах Президентом Республики Узбекистан 01.06.2023 года подписан Указ «О комплексе мер по оказанию качественных социальных услуг и помощи населению, а также налаживанию системы их эффективного контроля». Данным Указом образовано Национальное агентство социальной защиты при Президенте Республики Узбекистан.

Создание данного агентства обусловлено тем, что достигнутые в последние годы результаты реформирования социальной сферы определили необходимость последовательного продолжения и дальнейшего совершенствования ее системного реформирования, обеспечения прав всех нуждающихся граждан на социальную защиту, создания эффективной системы межведомственной координации предоставления государством социальной помощи и услуг. Проведение дальнейших реформ должно обеспечить вхождение Республики Узбекистан к 2030 году в число государств с доходом граждан выше среднего путем устойчивого экономического развития и создание системы образования, медицины и социальной защиты, полностью соответствующей потребностям народа и международным стандартам.

Приоритетными направлениями социальной защиты населения Республики Узбекистан определены:

охват программами социальной помощи всех семей и лиц, нуждающихся в ней, и соответствующих критериям назначения социальных пособий;

расширение возможности использования обязательных социальных гарантий, в том числе видов социальной защиты за счет цифровизации сферы, внедрение принципов открытости и прозрачности в данные процессы;

обеспечение обязательных социальных гарантий и усиление социальной защиты нуждающихся слоев населения;

поэтапный переход к социальной модели установления инвалидности, а также обеспечение занятости лиц с ограниченными возможностями и инвалидностью;

обеспечение современными протезно-ортопедическими изделиями и средствами реабилитации нуждающихся слоев населения;

внедрение практики оказания социальных услуг населению непосредственно на уровне махалли.

Что же такое социальная защита и какие модели обеспечения социальных гарантий наиболее эффективны с учетом международного опыта?



Социальная защита - это государственная система мер помощи и поддержки граждан, пострадавших от реализации социальных рисков или оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Простыми словами - социальная защита – это право человека на медицинское обслуживание и гарантию дохода. Система социальной защиты должна обеспечивать каждого средствами к существованию, в случае болезни, безработицы, производственной травмы, инвалидности, беременности, в старости и т.д.

В широком смысле под социальной защитой понимают деятельность государства и социальных институтов, направленную на обеспечение нормальной жизнедеятельности населения. В узком смысле социальная защита — это система государственных социальных гарантий, социального страхования и социальной помощи.

Существует три формы социальной защиты:

- Социальное обеспечение
- Социальное страхование
- Социальная помощь

Социальное обеспечение – это защита, предоставляемая обществом отдельным лицам и домохозяйствам с целью обеспечить доступ к медицинскому обслуживанию, и сохранение гарантированного дохода, в первую очередь в старости, а также в случае безработицы, болезни, инвалидности, производственной травмы, при рождении т.д.

Социальное обеспечение базируется на предоставлении нуждающимся гражданам следующих видов социальных услуг:

- социально-бытовые услуги,
- социально-медицинские услуги,
- социально-педагогические услуги,
- социально-психологические услуги,
- социально-правовые услуги,
- социально-трудовые услуги,
- услуги повышения коммуникативного потенциала.

Социальное страхование — это защита и реализация конституционного права граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, потери кормильца, безработицы.

Исторически определились три формы организации систем социального страхования:

Коллективное (страхование, организуемое профсоюзами);

Государственное;

Смешанное (основанное на взаимодействии государства и профсоюзов).

К видам обязательного социального страхования являются:

- 1) оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- 2) пенсия по старости;
- 3) пенсия по инвалидности;
- 4) пенсия по случаю потери кормильца;
- 5) пособие по временной нетрудоспособности;
- 6) пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;
- 7) пособие по беременности и родам;
- 8) ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- 9) пособие по безработице;
- 10) единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- 11) единовременное пособие при рождении ребенка;
- 12) пособие на санаторно-курортное лечение;
- 13) социальное пособие на погребение;
- 14) оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Социальная помощь — помощь в денежной или натуральной форме, финансируемая государством или добровольными пожертвованиями, гражданам, которые находятся в тяжелом материальном положении.



Видами государственной социальной помощи являются:

- денежные выплаты (социальные пособия, субсидии и другие выплаты);
- натуральная помощь (топливо, продукты питания, одежда, обувь, медикаменты и другие виды натуральной помощи).

Наиболее распространенными моделями социальной защиты, принятой за основу отдельными странами являются:

Модель социальной защиты О. Бисмарка, иначе еще называемая континентальной моделью (используется в Германии, Франции, Австрии, Бельгии).

Модель социальной защиты У. Бевериджа, иначе еще называемая Англо-саксонской моделью (используется в Англии, Ирландии, США и Канаде).

Шведская модель социальной защиты, иначе еще называемая скандинавской моделью (используется в Дании, Исландии, Норвегии, Швеции и Финляндии).

**В основе модели социальной защиты по О. Бисмарку** лежит социальное страхование:

- Обязательное социальное страхование профессиональных сообществ, трудящихся на основе паритетного разделения страховой нагрузки между работниками и работодателями;
- Система самоуправления социальным страхованием посредством формирования товариществ взаимного страхования.

Основной целью данной модели являются:

- замещение заработной платы,
- договорное регулирование страховых тарифов и заработной платы по обязательному социальному страхованию внутри профессиональной отрасли.

**В основе модели социальной защиты по У. Бевериджу** находится:

- установление связи между уровнем социальной защиты и длительностью профессиональной деятельности (чем больше зарабатываешь, тем выше социальные отчисления);

- обеспечение упора на рынок и принцип социального страхования под государственным наблюдением;

- не высокая роль государства в социальном секторе, активность проявляют благотворительные фонды и общественные организации.

- трехуровневый тип социальной защиты: государство (базовые гарантии всему населению); работодатель (страхование наемных работников); работник (дополнительные виды личного страхования);

- обеспечение государством минимальных базовых стандартов социальной защищенности граждан: здравоохранение, равные возможности для рождения и воспитания детей семьям с различным уровнем дохода посредством пособий, минимизация риска массовой безработицы.

этой модели социальной защиты:

- государственные гарантии ориентированы на прожиточный минимум;
- дополнительное профессиональное страхование ориентировано на компенсацию (замещение) заработной платы;

- дополнительное личное страхование ориентировано на реализацию трудящимися индивидуальных возможностей в интересах личной социальной защищенности;

При этой модели социальной защиты государство гарантирует минимальный уровень социальных гарантий всем гражданам, в частности:

- здравоохранение на безвозмездной основе,
- предотвращение массовой безработицы,
- обеспечение нуждающихся категорий семей детскими пособиями,
- договорное регулирование уровня заработной платы.
- гарантия гражданам минимального размера пособий и пенсий (не ниже прожиточного минимума).

Шведская модель социальной защиты («государство всеобщего благосостояния»)

Главными целями шведской модели являются равенство и полная занятость, а сущностными компонентами — универсальная (всеобщая) система социального обеспечения, развитый и значительный по масштабу государственный сектор социальных услуг, политика солидарности в области заработной платы и активная политика занятости.

Система обязательного социального страхования находится под строгим контролем



государства, которому отведена активная роль в обеспечении функционирования данной системы и, соответственно, значительная часть расходов (дотаций из государственного бюджета). А политика солидарности в сфере заработной платы позволяет сократить разницу в доходах между высоко- и низкооплачиваемыми рабочими.

Социальное обеспечение всех категорий граждан страны за счет средств государственного бюджета.

Дополнительное социальное страхование трудящихся и членов их семей (при высокой доле дотаций государства).

Активная государственная политика в сфере труда и занятости, создание новых рабочих мест, достижение максимально полной занятости трудоспособного населения, отраслевое регулирование системы оплаты труда.

Для южно-европейских стран (Испания, Италия, Греция, Португалия) характерен относительно невысокий уровень социальной защиты, в качестве основного элемента которой выступает пенсионное обеспечение.

#### **Используемые литературы:**

1. Конституция Республики Узбекистан. Ташкент, Узбекистан, 2003 г.
2. Указ Президента Республики Узбекистан № 82 “О комплексе мер по оказанию качественных социальных услуг и помощи населению, а также налаживанию системы их эффективного контроля”. Ташкент, Узбекистан, 1 июня 2023 г.
3. Абашидзе А.Х., Маличенко В.С. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов // М., журн. “Медико-социальная экспертиза и реабилитация”, 2014 г.
4. Базаева Е.А., Марушева Л.Г., Трифонова О.Б., Герман С.В. Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения Нижегородской области в 1992-2009 гг. // М., журн. “Медико-социальная экспертиза и реабилитация”, 2011 г.
5. Дымочка М.А., Красновская Е.С., Веригина Н.Б. Закономерности формирования инвалидности взрослого населения (раздел I). Показатели инвалидности у взрослого населения Российской Федерации за период 2017-2019 гг. // М., журн. «Медико-социальные проблемы инвалидности», 2020 г.
6. Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: Российский и Международный подходы // *Вестник НГУЭУ*. Новосибирск: Издательство Сибирского отделения Российской академии наук, 2016.
7. Деденова И.В. Совершенствование деятельности главных бюро медико-социальной экспертизы по повышению качества государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. *Дис ... канд.мед.наук*. Санкт-Петербург, 2014.
8. Кулагин Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты. *Региональная экономика: теория и практика*. Москва: ООО “Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ”, 2016 г.
9. Миралимов М.М., Умаров С. Тиббий -ижтимоий экспертиза хизмати фаолиятида иш юритишга оид меъерий хужжатлар тўплами. Тошкент, 2011й.



## ТА’ЛИМ ЖАРAYONIDA KUYISH VA MUZLASH HOLATIDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO’RSATISHNING MOHIYATI

**Turdiyeva Xayriniso Aliyevna,  
Fayziyeva Hurriyat Baxtiyorovna**  
Navoiy Abu Ali Ibn Sino nomidagi  
jamoat salomatligi texnikumi o’qituvchilari

Mavzuning dolzarbligi shundaki, bugungi kunda yetishib chiqayotgan turli soha vakillari nafaqat o’z sohalarning yeuk mutahassisi, balki hayot faoliyatlarida uchrashi mumkun bo’lgan favqulotda shoshilinch holatlarda tez va to’g’ri qaror qabul qila olishi, bunday vaziyatlarda to’g’ri harakatlanish qoidalarini bilishi, o’z – o’ziga va o’zaro yordam ko’rsatishni amalda qo’llay olishi kuyganda, sovuq urganda va boshqa xolatlarda shoshilinch birinchi yordam ko’rsatish ko’nikmalariga ega bo’lishiga erishgishdir.

Kuyish deb –to’qimalarning yuqori harorat, kimyoviy moddalar, elektr toki, nur energiyasi ta’sirida elib chiqqan jarohatga aytiladi.

Kuyish turlari quyidagilarga bo’linadi

1; Termik –issiq suvdan, olovdan, bug’dan, cho’g’dan.

2; Kimyoviy – kislota va ishqorlardan, uksus essensiyasida.

3; Nur energiyasi elekt tokidan kuyish. Kuyish darajalari

1 - darajali kuyishda teri qizaradi, shishadi, og’riydi va achishadi.

2- darajali kuyishda esa qizarish, achishish, og’rishdan tashqari terida ichi serroz suyuqlik bilan to’lgan pufakchalar paydo bo’ladi.

3- darajali kuyishda 2- darajasi belgilariga qo’shimcha tarzda pufakchalar yorilgan kuygan soha qoraygan bo’ladi.

4- darajali kuyishda teri, teri osti yumshoq to’qimalar, muskullar, qon tomirlar, nerv tolalaridan tashqari suyakkacha kuyadi

Yordamning asosiy maqsadi termik omil ta’sirini yo’qotishdir. Kuyishda asseptik bog’lam qo’yiladi, og’riqsizlantiruvchi dori yoki narkotiklar yuboriladi va shokka qarshi profilaktika o’tqaziladi. Kimyoviy moddadan kuyganda uni kuchli cuv oqimi bilan tez yuvib tashlash, qoldiqlarni esa neytrallash kerak. Kislotalarni neytrallash uchun ikki foizli soda eritmasi qo’llaniladi. Ishqoriy kuyishda esa bu sohaga bor kukuni, kuydirilgan magneziydan ho’l qilib sepiladi. Teriga yonib turgan fosfor bo’laklari tushganda gavdaning shu qismini suvga botirib turish fosfor qoldiqlarini pensit bilan olib tashlash lozim. Shikastlangan sohaga 5 foizli mis kuporosi eritmasi qo’llanilgan bog’lam qo’yiladi yoki talk sepiladi. Termik kuygan sohaga sintomitsin yoki salkosiril mazi qo’yiladi. To’rtinchi darajali kuyishda jarrohlik amaliyotidan foydalaniladi.

Sovuq urushi; gavda yoki uning ma’lum nir qismiga uzoq vaqt sovuq ta’sir etishi natijasida muzlash holati kuzatiladi.

9. darajali sovuq urushning 1-40-60 daqiqasida teri qizarib, barmoqlar shishadi, ko’karadi, uvushadi, jimmilab og’riydi

10. darajasida gemorrogik suyuqlik to’la pufakchalar paydo bo’ladi

11. darajasida pufakchalar yorilib yaralar cheti qorayib, o’lgan to’qimalar osilib qoladi. Tana xarorati 34-27 gradusgacha pasayadi, puls 92-96 gacha tezlashadi, qon bosimi 140-80 ga teng bo’ladi

12. darajasida barmoqlar qorayib, shishib quriy boshlaydi. So’ngra uzulib tushadi. Tana harorati 27-23 gradusgacha pasayadi. Nafas olishi susayadi, qon bosimi 100\50 gacha pasayishi mumkun. Sovuq urganda birinchi yordam ko’rsatish

1. Bemor issiq xonaga olib kiriladi

2. Sovuq urgan joy quruq latta bilan artilib so’ngra 32-34 gradusli iliq suvga solinadi, 10 daqiqa davomida suv harorati 40-5 gradusga ko’tariladi. Agar sezish tiklansa qo’l oyoqlar ko’rilib 33% spirt bilan artiladi

Agar isitilayotganda og’riq kuchaysa, barmoqlar sovuq va oqishligicha qolsa, bemor travmatologiya yoki jarrohlik bo’limiga jo’natiladi.



## ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ТАЛАБАЛАРНИ ЎҚИТИШДА УСТОЗ-ШОГИРД АНЪАНАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Астанова Дилбар Холикул қизи,  
Тўхтаева Сарвиноз Алишеровна  
Навоий Абу Али Ибн Сино  
номидаги жамоат саломатлиги  
техникуми ўқитувчилари

Маълумки, буюк тарихимизнинг етук алломалари, жумладан Абу Наср Форобий, Абу Райхон Беруний, Абу Али ибн Сино, шунингдек, ўз даврининг илғор мутафаккирлари, жумладан Анбар отин, Аҳмад Дониш, Мунаввар қори, Абдурауф Фитрат, Маҳмудхўжа Бехбудий ҳамда бошқа маърифатпарварлар ўз асарларида, мактаб ва мадрасаларда мударрис, устоз-мураббий сифатида, инсонни ақлий камолотга етказишда ўқитишнинг турли усуллари ва воситаларидан фойдаланишга катта аҳамият бердилар, муаллим ва устоз-мураббийнинг педагогик маҳорати ҳамда энг қулай таълим усуллари амалиётда қўллаш йўллари баён этишга ҳаракат қилдилар. Ибн Синонинг ҳам тиб илмида юксак маҳоратга эришишида бухоролик бошқа бир табиб Абу Мансур ал-Ҳасан ибн Нух ал-Қумрийнинг хизмати катта бўлди. Ибн Сино ундан табобат дарсини олиб, бу илмнинг кўп сирларини ўрганган. Бундан шуни англаш мумкинки, барча етук намоёндаларнинг ҳам ўз устозлари ва йўл кўрсатувчи мураббийлари бўлган, демак “Устозшогирд” анъаналари қадимдан ўз қимматини йўқотмай келмоқда.

Барча сохалардаги каби тиббиёт йўналишида ҳам “Устоз-шогирд” анъаналари катта аҳамият касб этиб келмоқда. Чунки назарий билимларни бериш билан бир қаторда амалий кўникмаларни ўргатиш учун албатта талабаларни бир ёки бир нечта устоз-мураббийларга бириктириш муҳимдир.

Тарихдан маълумки, шифокорларни “Устоз шогирд” сифатида тайёрлаб келишган ва бу йўналиш Ибн Сино давридан бери татбиқ қилиниб келинмоқда. Бу нафақат Тошкент Тиббиёт Академиясида, балки хориждаги олий ўқув муассасаларида ҳам кўришимиз мумкин. Масалан: Ақш, Англия, Туркия, Испания ва Россия каби мамлакатлар олий ўқув юртлирида бу йўналишдан кенг фойдаланиб келишмоқда.

Навоий Абу Али Ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникумида ҳам мураббийлар талабалар билан фаол иш олиб борадилар. Талабалар ҳар бир гуруҳ миқёсида мураббийларга бириктирилади. Мураббийлар ўз ҳаёт тажрибаларидан келиб чиқиб ўз билим ва кўникмаларни талабаларга ўргатадилар. Бунда нафақат илмий нуқтаи назардан, балки маънавий-маърифий, маданият, тарбия жиҳатларини ўз аксини топади. Айниқса, клиник фанларни ўқитишда, “Устоз-шогирд” йўналиши муҳим аҳамият касб этади.

Шу жумладан, Навоий Абу Али Ибн Сино номидаги жамоат саломатлиги техникумида деярли барча клиник йўналишларда тўғараклар ташкил этилган. Масалан, “Ёш терапевт”, “Ёш травматолог”, “Ёш жаррох”, “Ёш акушер-гинеколог”, “Тери касалликлар сирлари”, “Болалар касалликлари” ва бошқа яна кўп турдаги тўғараклар фаолият олиб боради. Яъни талабалар дарсдан ташқари вақтида тўғаракларга қолиб янада кўпроқ маълумотларни, кизиқарли ҳаётий тажрибаларни ўрганиб ўз билим кўникмаларини бойитадилар.

Албатта тиббиёт таълимида талабалар ўз устозлари билан беморларни кўригида иштирок этадилар. Беморлар билан мулоқот сирлари, деонтология қоидалари, ташхисот ва даволаш тамойилларини ўргатадилар. Шунингдек, талабалар шифокор устозлар билан навбатчиликда қатнашиб шошилиш ҳолатларда беморларга қандай ёрдам кўрсатишни реал шароитда кўрадилар.

Қадимий ва юксак кадрларимиздан саналиб келган “Устоз ва шогирд” анъаналари келажакимиз пойдевори бўлмиш ёшларни етук ва малакали мутахассис бўлиб етишишида катта ўрин эгаллаши шубҳасиздир.

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

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

Эълон қилиш муддати: 31.10.2023

**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](mailto: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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000