

начинает уменьшаться в размерах относительно брюшной полости. И только на этой стадии развития появляются первые три треугольные складки интраабдоминального отрезка нисходящего колена ПКП, которые относятся к тощей кишке. Дальнейшее относительное уменьшение печени, а также редукция мезо-нефросов и укорочение корня брыжейки ПКП приводят к репонированию ПКП в брюшную полость плода, которое завершается обычно в середине 10-й нед., когда под нижним краем печени, поперечной ободочной и слепой кишки определяются два клубка петель тонкой кишки: вентральный – 7 петель подвздошной

кишки, дорсальный – 5-9 петель тощей кишки. Вскоре они сливаются в единый массив.

**Заключение.** Таким образом, петли подвздошной кишки появляются раньше, чем петли тощей кишки. В основе их морфогенеза лежит интенсивный рост средней кишки в длину в очень плотном окружении, прежде всего – печени. Полость пупочного стебелька оказывается более «просторной» и стабильной по объему, чем брюшная полость. Этим можно объяснить более раннее образование и постоянство 7 петель подвздошной кишки. Петли тощей кишки возникают позднее, при торможении переменного роста печени.

### *Педагогические науки*

#### **ПРОБЛЕМА ПЕДАГОГИЧЕСКИ НАПРАВЛЕННОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ**

Молодцова Т.Д.

*Таганрогский институт имени А.П. Чехова, филиал ФГБОУ ВО РГЭУ (РИНХ)», Таганрог, e-mail: molodcovaid40@mail.ru*

Проблемы дезадаптации людей в последние годы беспокоят многих, и особенно это проявляется на рубеже перехода ребенка от детства к взрослости, т.е. в подростковом возрасте.

В современной науке термин «дезадаптация» получает все большую весомость, чаще употребляется, удачно объединяя все предыдущие определения.

Исследования данного явления в теории и практике позволило дать ему авторское определение, которое, как представляется, позволяет объединить все детские трудности единым термином.

Дезадаптация – это результат внутренней или внешней (иногда комплексной) дисгармонизации взаимодействия личности с самой собой, окружающими людьми или обществом, проявляющаяся во внутреннем дискомфорте, нарушениях поведения взаимоотношений и деятельности [2].

Как видно из определения, дезадаптация – явление столь объемное, что может охватить любые виды отношений – от патогенных до социальных.

Как показал предварительный анализ явления дезадаптации несовершеннолетних, оно многогранно, многовариантно, может проявляться с разной степенью интенсивности, широты и быть вызвано различными причинами. Отсюда все явления, обозначенных данным термином, рассматривали как дезадаптацию: трудновоспитуемость, педагогическую и социальную запущенность, безнадзорность, дискомфортность, недисциплинированность, неуспеваемость, девиантность, деленквентность и т.д. [1].

Уделяя внимание всем видам дезадаптации подростков, мы считали, что сложным ребёнком

надо заниматься тогда, когда он ещё не попал в преступную среду, когда «болезнь» не запущена, т.е. на уровне школьного социума. В этом случае речь идёт о воспитании, перевоспитании, коррекции, профилактике и т.д., что можно обозначить как педагогическую социализацию, которая призвана обеспечивать не столько нормальное социальное воздействие на детей, сколько создание условий для их социализации, для переживания и осознания себя субъектами жизнедеятельности. Эти условия носят нередко предупредительный характер и, как правило, связаны с социальным статусом человека, его ролью как субъекта взаимодействия в деятельности, характером выполняемой деятельности, ценностными критериями. Это вызвано тем, что отклонения в поведении являются статусными, ролевыми, деятельностными и ценностными. При этом статусные и ролевые отклонения могут проявляться в деятельностных и коммуникативных взаимоотношениях. Поэтому школа, являясь своеобразной социальной «площадкой» для школьника, призвана упорядочить социальный опыт школьника, адаптировать его к восприятию сложных жизненных явлений, сглаживать социально-статусную дифференциацию, ограждать от асоциальных влияний, направить эмоционально-нравственное восприятие социальных ценностей, перевести понимаемые и осознаваемые ценности в их реально действующую систему. Это определяет следующие коррекционно-воспитательные направления в процессе педагогически организованной социализации:

I. Коррекция эмоциональных способов поведения в целом как динамичной системы взаимодействия субъекта с окружающими на ценностной основе.

II. Изменение сложившейся системы отношений и самоотношения. Показателем самоотношения как результата ценностного восприятия других и себя в связи с другими выступает социальный статус.

III. Направленность активности школьника на социальное содержание и исправление дей-

ствий, осуществляемых безотносительно ценности или в противовес ей.

Механизм педагогически направленной социализации индивида реализуется через его деятельность, а ее организация, мотивация, побуждение к осмыслению и эмоционально адекватному восприятию ее атрибутов, стимулирование составляют сущность педагогической коррекции. Данные исходные положения позволяют говорить о программе педагогической социализации таких школьников, которая включает в себя: изменение их мотивации обучения в сторону более четкого, конкретного, образного раскрытия социальных ценностей и необходимости социальных достижений: изменение социального статуса, социальной активности, социального взаимодействия школьника; введение в содержание учебных предметов нравственных понятий; организацию воспитательных дел с частой сменой социальных ролей школьников; развитие социально познавательных видов деятельности для расширения познания окружающего мира.

В результате этого должна осуществляться перестройка взаимоотношений педагога и ученика – переход на демократическую основу; систему индивидуальной работы с учащимися, направленной на: а) мотивацию усвоения социально значимой ценности; б) развитие социальной рефлексии; в) закрепление ориентации на социальную ценность в группе; г) организацию группового взаимодействия с школьниками адаптивным поведением с учетом сложившего-

ся индивидуального опыта, постепенно более умеющие школьники присоединяются к не умеющим для развития уверенности и взаимопомощи; д) тренинги: игровой социально-педагогический, социально-ориентированный диалог учителя и учащегося на основе социального взаимодействия, в ходе которой формируется опыт социальной активности; е) разработку и применение инновационных форм и методов; ж) специальную работу с родителями по коррекции первичной социализации школьника.

Методы педагогической социализации: метод групповых предписаний, актуализация социальных связей, оптимизация – эмоционального самочувствия, методы индивидуальной поддержки социализации: эмоционально-обучающего диалога, социально-личностного самоопределения, поэтапного усвоения социальной роли во взаимосвязи с адекватными средствами: ценностно-содержательными, эмоционально-выраженными и организационно-предполагающими.

Таким образом, при педагогической социализации необходимо усвоение учащимися опыта социального взаимодействия, развитие их социальной активности и приобретение необходимого социально-ролевого статуса.

#### Список литературы

1. Алмазов Б.Н. Средовая адаптация и социальная поддержка в процессе воспитания // Социальная педагогика. Б.Ф. Семенов. – Свердловск: Уральский университет, 1989.
2. Молодцова Т.Д. Психология, диагностика и коррекция детских трудностей. – Ростов на Дону: РГПУ – 2005.

### *«Практикующий врач», Италия (Рим, Флоренция), 6-13 сентября 2016 г.*

#### *Медицинские науки*

#### **ОБУЧЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ -НОВОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ**

Байжаркинова А.Б., Ибрагимова Н.З.,  
Досимов А.Ж.

*ЗКГМУ им. Марата Оспанова, Актобе,  
e-mail: bayzharkinova@mail.ru*

**Актуальность.** Обучение врачей общей практики диагностике острых хирургических заболеваний, проведению дифференциальной диагностики их между собой и другими заболеваниями брюшной и грудной полостей является всегда актуальным вопросом в практической медицине. В Европе считают знающими врачами, если они хорошо разбираются в диагностике хирургической патологии.

**Цель.** Повышение компетентности врача общей практики на основе практического подхода к вопросам обучения диагностики хирургических заболеваний. Формирование знаний проходит последовательно от уровня «знать»

к уровню «сделать». Формирование компетентности считается с уровня «показать как». Самое важное – понимание практической значимости данной специальности (ВОП) в вопросе управления процессом оказания медицинской помощи прикрепленному населению независимо от возраста и пола больного в условиях ПМСП.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является приоритетным направлением осуществления реформы системы здравоохранения РК. Врач общей практики (ВОП) относительно новая специальность для Казахстана. Особенность ВОП- чрезвычайная широта знаний, при первом обращении пациента именно он решает какие исследования надо провести в первую очередь, с каким специалистом надо проконсультировать больного, именно он следит за ходом лечения и видит его в целом. С годами врач общей практики черпает знания из проиденного материала, из медицинской литературы, углубляя и оттачивая коммуникативные навыки, совершенствует человеческие качества.