



ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

▶ **ELECTRONIC JOURNAL** • **МАРТ 2021 № 8 (133)**

▶ **SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

САЙТ ЖУРНАЛА: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)

ИЗДАТЕЛЬСТВО: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)

СВИДЕТЕЛЬСТВО РОСКОМНАДЗОРА ЭЛ № ФС 77-65699



ISSN 2542-081X



9 772542 081007

Вопросы науки и образования

№ 8 (133), 2021

Москва
2021





Вопросы науки и образования

№ 8 (133), 2021

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

**Главный редактор
ЕФИМОВА А.В.**

Издается с 2016 года.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77 – 65699

Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2542-081X



Содержание

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.....	4
<i>Холхужаев Ф.И., Орипов Ф.С., Уринбаев П.У.</i> НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ СОЧЕТАНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	4
<i>Shavazi N.M., Kardjavova G.A., Lim M.V., Lim V.I., Nosirova D.A.</i> NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN WITH MYOCARDITIS	10
<i>Камариддинзода А.К., Исматуллаев Ф.Х., Гулмуродов К.Р.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ	14
АРХИТЕКТУРА	24
<i>Джанкулаев А.А., Гуенко Н.А.</i> МАГНЕЗИАЛЬНЫЙ ЦЕМЕНТ	24
<i>Джанкулаев А.А., Гуенко Н.А.</i> ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЭЛЕМЕНТНЫЕ СМЕТНЫЕ НОРМЫ.....	27
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ.....	30
<i>Казиева Н.Н.</i> КВАЛИФИКАЦИОННАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ СУБЪЕКТА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	30
<i>Погорова Р.И.</i> ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ.....	38
<i>Албакова З.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРЕССА	46
<i>Тухужева Л.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА.....	53

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ СОЧЕТАНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Холхужаев Ф.И.¹, Орипов Ф.С.², Уринбаев П.У.³

¹Холхужаев Фаррух Икромович – ассистент,
кафедра травматологии и ортопедии;

²Орипов Фирдавс Суръатович – доктор медицинских наук,
доцент,

кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии;

³Уринбаев Пайзилла Уринбаевич – доктор медицинских наук,
профессор,

кафедра травматологии и ортопедии,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: изучена частота сочетания переломов костей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Установлено, что в большинстве случаев у больных с переломами проксимальной части бедренной кости обнаруживаются те или иные хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта. Это явление в преимущественных случаях наблюдается у больных старше 60 лет.

Ключевые слова: переломы костей, заболевания желудочно-кишечного тракта, гипокальциемия, остеопороз.

Актуальность. Остеопороз - это системное метаболическое заболевание скелета, которое характеризуется уменьшением костной массы и повышением риска переломов. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями — переломами позвонков и костей периферического скелета. Остеопоротические переломы являются одной из главных причин инвалидности. Заболевание развивается постепенно и клинически часто выявляется уже после перелома [2, 4, 10].

Прочность костей в некоторой степени обеспечивается компактным веществом, а также зависит от степени плотности содержания минералов в них. Данная патология обнаруживается в возрастной группе 50-59 лет только у 15% женщин, но с возрастом его частота возрастает, и доходит до 70% в 80 лет и старше. Надо отметить, что смертность в течение первого года после перелома колебалась от 30,8 до 35,1%, причем спустя год 78%, а через два года 65,5% нуждаются в постоянном уходе [3, 9, 15].

С учетом этиологии и патогенеза различают первичный и вторичный остеопороз. Вторичный остеопороз развивается как осложнение различных заболеваний. Одним из таких заболеваний органов пищеварения, приводящего к развитию остеопороза, является хронический панкреатит осложненный внешнесекреторной недостаточностью [4, 6, 10, 14].

Спектр патологии желудочно-кишечного тракта, череватой развитием нарушений минеральной плотности костной ткани (остеопороз, остеопения), очень широк: болезни печени, кишечника, поджелудочной железы, желчных путей. Все эти заболевания могут провоцировать уменьшение всасывания кальция, часто сочетающееся с нарушением обмена витамина D и дефицитом белка. Гипокальциемия ведет к активации паращитовидных желез и вторичному гиперпаратиреозу. Абсолютный или относительный дефицит витамина D сверх того обуславливает нарушение минерализации органического матрикса. Результатом этих комплексных нарушений является в большинстве случаев остеопения [1, 7, 11].

К основным причинам развития синдрома нарушенного всасывания при остеопорозе относятся: уменьшение площади всасывания, ускорение транзита химуса по тонкой кишке, нарушение желчеобразования и выделения желчи, нарушение экзокринной функции поджелудочной железы, блок всасывания в кишечнике при функционально сохранных клетках кишечника и уменьшение функционально активных клеток кишечника [5, 9, 13].

Известно, что течение желчнокаменной болезнь часто сопровождается билиарной недостаточностью, которая

может оказывать существенное влияние на процессы пищеварения. Поэтому недостаточное или несвоевременное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку может приводить к нарушению всасывания не только липидов, но и жирорастворимых витаминов. Таким образом, билиарная недостаточность является одной из причин нарушения всасывания кальция и витамина D и может оказывать негативное влияние на минеральную плотность костной ткани [2, 8]. Механизмы патогенетических нарушений процессов ремоделирования костной ткани у гастроэнтерологических больных по данным литературы представлены нарушением процессов всасывания витамина D, кальция, белков, жиров, что в свою очередь сопровождается нарушением метаболизма витамина D.

Вышеуказанные литературные данные показывает, что изучение частоты сочетания переломов костей с хроническими заболеваниями органов пищеварения является актуальным вопросом.

Цель исследования. Изучение частоты заболеваний органов пищеварения и гипокальциемии у больных с переломом проксимальной части бедренной кости.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра травматологии и ортопедии. Обследовано 64 больных с переломом проксимальной части бедренной кости (18 (28%) перелом шейки, 22 (34%) межвертельный и 24 (38%) чрезвертельный переломы бедренной кости). Контингент обследованных больных: 31 (48%) женщины, 34 (52%) мужчины.

Методы обследования: сбор анамнеза, рентгенография области перелома, консультация терапевта для определения сопутствующих заболеваний ЖКТ, также определение количество кальция в крови (Аппарат Mindray BS-200 биохимический анализатор) и другие обследования, и анализы по показанию состояния обследуемых.

Результаты исследования. У 38, из 64 обследованных нами больных с переломами проксимальной части бедренной кости, выявлены сопутствующие заболевания ЖКТ, а именно у 12 (32%) хронический энтероколит; у 10 (26%) хронический гастроэнтерит; у 8 (21%) хронический гепатит; у 6 (16%) язва желудка и двенадцатиперстной кишки; у 2 (6%) болезнь Крона.

При определении количества кальция в крови у 31 больных (14 мужчин, у 18 женщин) обнаружена гипокальциемия (показатель меньше, чем 1.8 ммоль/л). Из них 5 больных (2 женщины, 3 мужчины) в возрасте до 45 лет; 27 больных в возрасте старше 60 лет (12 мужчины, 15 женщины). В контексте распределено по заболеваниям ЖКТ: у 31% из них (4 (12%) мужчин, 6 (19%) женщины) диагностирован хронический энтероколит; у 28% (3 (9%) мужчины, 6 (19%) женщины) хронический гастроэнтерит; у 22% (4 (12,5%) мужчины, 3 (9,5%) женщины) хронический гепатит и цирроз печени и у 19 % (3 (9,5%) мужчины, 3 (9,5%) женщины) обнаружена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, около 60 % процентов из обследованных нами больных с переломами проксимальной части бедренной кости страдают теми или иными хроническими заболеваниями органов ЖКТ, при чем у 84% из них отмечается выраженная гипокальциемия. Если иметь в виду, что организм человека получает необходимое для него кальций через желудочно-кишечный тракт, то можно предполагать, что одна из причин перелома может являться нарушение ее всасывания через ЖКТ из-за заболеваний. Это в свою очередь, может быть причиной возникновения остеопороза приведший к перелому костей. Необходимо также отметить, 70% больных с гипокальциемией составило старше 60 лет. Причиной этого у них может быть также нарушения обмена кальция связанная с возрастным изменением в органах ЖКТ и перестройкой нейроэндокринной регуляции обменных процессов в организме в общем и в органах желудочно-кишечного тракта в частности.

Список литературы

1. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Мухтаров С.Н. Роль маркеров воспаления жировой ткани как основной фактор в развитии артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом // The priorities of the world science: experiments and scientific debate, 2019. С. 25-30.
2. Агабабян Л.Р. и др. Особенности чистопрогестиновой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией // Вопросы науки и образования, 2019. № 26. С. 70-75.
3. Дехканов Т.Д. и др. Морфология флюоресцирующих структур двенадцатиперстной кишки // European research, 2019. С. 183-187.
4. Дехканов Т.Д. и др. Морфология эндокринных клеток в стенке органов среднего отдела пищеварительного тракта // Вопросы морфологии XXI века. СПб, 2008. № 1. С. 119.
5. Мирзаева С.С. и др. Морфология местных регуляторных структур тощей кишки при врожденной тонкокишечной непроходимости в эксперименте у новорожденных // Вопросы науки и образования, 2019. № 27 (76).
6. Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Рахманов З.М. Особенности морфологии печеночно-поджелудочной ампулы некоторых лабораторных животных // Вестник науки и образования, 2020. № 19-1 (97).
7. Тешаев Ш.Ж., Худойбердиев Д.К., Тешаева Д.Ш. Воздействие экзогенных и эндогенных факторов на стенку желудка // Проблемы биологии и медицины, 2012. С. 212.
8. Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж. Морфофункциональные особенности тканевой организации энтероэндокринных клеток в возрастном аспекте // Проблемы биологии и медицины, 2020. № 2. С. 168-173.
9. Хасанова Д.А., Тешаев Ш.Ж. Макроанатомия лимфоидных структур брыжеечной части тонкой кишки крыс в норме и на фоне хронической лучевой болезни // Морфология, 2019. Т. 156. № 4. С. 51-55.

10. Холходжаев Ф.И., Орипов Ф.С., Уринбаев П.У. Соотношение структурных компонентов костей тазобедренного сустава у лиц в разные периоды жизни. Научно-методический журнал: Academy, 2020. № 5. (56), С. 79-84.
 11. Шодиярова Д.С. и др. Реактивные изменения нервных структур печени собак при экспериментальном голодании // Проблемы современной науки и образования, 2020. № 10 (155).
 12. Agababyan I.R., Agababyan L.R. The diagnostic value of routine research methods electrocardiography and echocardiography in patients with chronic heart failure elderly // International Conference «Process Management and Scientific Developments, 2019. С. 168-171.
 13. Makhmudova S.E., Agababyan L.R. Significance of prognostic markers in the development of preclampsia // International scientific review, 2020. № LXX. P. 84-88.
 14. Oripov F. et al. Development of immune structures of the leaning intestine of rabbits in early postnatal ontogenesis // International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. Т. 13. № 1. С. 299-301.
 15. Sivkov I.I., Mukharlyamov N.M., Agababyan I.R. The effect of peripheral vasodilating agents on the microcirculatory channel in congestive circulatory insufficiency //Sovetskaya meditsina, 1987. № 1. С. 3-9.
-

NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN WITH MYOCARDITIS

Shavazi N.M.¹, Kardjavova G.A.², Lim M.V.³, Lim V.I.⁴,
Nosirova D.A.⁵

¹*Shavazi Nurali Mamedovich – Professor, Head of Department;*

²*Kardjavova Gulnoza Abdulkarimova – Assistant;*

³*Lim Maksim Vyacheslavovich – PhD, Assistant;*

⁴*Lim Vyacheslav Inokentevich – Assistant of Professor; ,*

⁵*Nosirova Dilangiz Akbarovna – Student,*

DEPARTMENT OF PEDIATRICS № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: *according to statistics, in young children, respiratory diseases are in the first place, which are one of the main causes of death in this age group (Baranov A. A. 2010, Samsygina G. A. 2014). According to the literature data, the frequency of pneumonia, the severity of the course and the prognosis largely depend on the combination of the influence of modifiable and unmodified factors on the child's body, the socio-economic status of the child's family, the conditions of infection, as well as on the availability of medical care.*

Keywords: *pneumonia, myocarditis, treatment, children.*

Relevance. Respiratory diseases are the most common group of diseases among the child population and occupy the first place in the structure of the overall morbidity of children [8, 9, 10]. The relevance of chronization of bronchopulmonary processes, disability and mortality remains [1, 3]. Myocarditis is a disease of the myocardium of inflammatory origin that occurs under the influence of various infectious and non-infectious factors, characterized by inflammatory infiltration of the myocardium with fibrosis, necrosis and / or degeneration of myocytes [5, 7, 11]. In recent years, there has been an increase in the number of myocarditis, but the true frequency of the disease in children is unknown due to the lack of uniform diagnostic criteria

for the disease, even taking into account pathomorphological data and the extreme variety of clinical symptoms of the disease (from low-symptom "erased" forms to severe diffuse myocarditis such as Fiedler's myocarditis), as well as the almost complete lack of coordinated multicenter studies [2, 4, 6].

Objective: to determine the effectiveness of levocarnitine in children with community-acquired pneumonia on the background of myocarditis.

Materials and methods of research:

Due to the need to optimize the treatment of community-acquired pneumonia against the background of myocarditis, we studied 40 patients with community-acquired pneumonia against the background of myocarditis who were on inpatient treatment in the Samarkand Branch of the Republican Center for Emergency Medical Care, in pediatrics departments No. 1,2, who were divided into 2 groups of 20 patients, group I received standard therapy, group II received a complex of standard therapy in combination with levocarnitine.

Results of the study:

Upon admission, the general condition was assessed in children of group I as moderate in 2 (10.0%), in 16 – severe (80.0%) and extremely severe in 2 (10.0%), and in children of group II – moderate in 3 (15.0%), in 14-severe (70.0%) and extremely severe in 3 (15.0%), which indicates the relative same severity of the condition in patients of both groups.

The main pathological syndrome in almost all patients of this group, which causes the severity of the condition, as well as in patients receiving a traditional complex of therapy, was the syndrome of respiratory failure.

The clinical symptom complex was characterized by a combination of symptoms of acute hypoxia and characteristic signs of acute respiratory failure: cyanosis of varying severity from perioral to generalized cyanosis, participation of auxiliary muscles in the act of breathing, inflating of the wings of the nose, paroxysmal cough, impaired consciousness from arousal to coma, pasty skin, signs of peripheral blood circulation disorders.

There were also characteristic physical data in the lungs: box sound during percussion and diffuse expiratory wheezes. The analysis of physical changes in the lungs showed that if the percussive changes in the lungs were normalized by 4.6 ± 0.3 and auscultative changes by 5.1 ± 0.3 days against the background of traditional therapy, then in the group with levocarnitine there was a significantly accelerated improvement in these indicators (3.9 ± 0.4 ; 4.1 ± 0.3 ; $P < 0.02$). The inclusion of oral levocarnitine in the complex of traditional treatment was ultimately manifested by a decrease in the length of hospital stay of patients in comparison with patients of group II, on average by 1.0 day, while in patients of group II it was 4.8 ± 0.3 bed days ($P < 0.05$).

Conclusions: The results obtained indicate a typical clinical manifestation of community-acquired pneumonia against the background of myocarditis, at the same time, the study revealed a high clinical effectiveness of oral administration of levocarnitane, which was manifested in a reduction in the duration of hospitalization and oxygen therapy for the disease in children.

References

1. *Garifulina L.M., Kholmuradova Z.E., Lim M.V., Lim, V.I.* "The Psychological status and eating behavior in children with obesity" *Issues of science and education*. № 26 (110), 2020. Pp. 45-50.
2. *Shavazi N.M., Lim M.V. and Karimov's G.M.* "State of the heart hemodynamics according echocardiographic studies in young children with pneumonia complicated by infectious-toxic shock". *Bulletin of emergency medicine*. № 3, 2013. Pp. 289-290.
3. *Lim M.V., Shavazi N.M.* "The combined use of acetylcysteine and 3% of sodium chloride in the nebulizer therapy of acute bronchiolitis" *European science review*. № 11-12, 2016. Pp. 63-66.
4. *Shavazi N.M. et al.* "The assessment of the degree of broncho-obstruction in acute bronchiolitis in infants." *Materials of the III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan*, 2015.

5. *Shavazi N.M., Rustamov M.R., Lim M.V.* E: I INDEX-a Method of objective assessment of bronchial obstruction syndrome in children // Scientific and methodological journal ASADEMY, 2019. № 10 (49). P. 44.
 6. *Lim V.I., Nabieva Sh.M., Lim M.V.* Influence of the etiological factor of development on the course of hemolytic disease of newborns, 2020. № 15 (99).
 7. *Lim V.I., Shavazi N.M., Garifulina L.M., Lim M.V., Saidvalieva S.A.* Assessment of the frequency of metabolic syndrome among obese children and adolescents in the Samarkand region // Achievements of science and education, 2020. № 9 (63).
 8. *Shavazi N.M. et al.* Assessment of the degree of bronchial obstruction in acute bronchiolitis in young children // Materials of the III Congress of the Association of Emergency Medical Doctors of Uzbekistan, 2015. P. 285.
 9. *Shavazi N.M., Azimova K.T., Zakirova B.I., Lim M.V.* Prognostic significance of risk factors for the development of infectious and toxic shock in pneumonia in young children // Tyumen Medical Journal, 2011. № 2.
 10. *Shavazi N.M., Lim M.V., Lim V.I., Ruzikulov B.Sh., Azimova K.T.* The use of inhalations of 10% acetylcysteine in children with acute obstructive bronchitis. 2020. № 35 (119).
 11. *Shavazi N.M., Gaibullaev Zh.Sh., Lim M.V., Ruzikulov B.Sh., Kardzhavova G.A., Allanazarov A.B., Ibragimova M.F.* Acetylcysteine inhalation in the treatment of recurrent obstructive bronchitis in children // Questions of science and education, 2020. № 29 (113).
-

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Камариддинзода А.К.¹, Исматуллаев Ф.Х.²,

Гулмуродов К.Р.³

¹Камариддинзода Аминабону Камариддиновна – студент,
кафедра хирургических заболеваний № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд;

²Исматуллаев Фаррухжон Хикматуллаевич – врач,
Каршинский военный госпиталь;

³Гулмуродов Куйсин Ражабович – врач;
Каршинская центральная районная больница,
г. Карши,
Республика Узбекистан

Аннотация: в статье описаны современные методы диагностики и лечения Синдрома Мириizzi. Несмотря на широкий выбор хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день остаются не совсем удовлетворительными. Наличие Синдрома Мириizzi у пациента во время операции увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности в диагностике синдрома Мириizzi, риск повреждения желчного протока, несколько наблюдений, а также довольно широкий спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения этой проблемы.
Ключевые слова: синдром Мириizzi, желчные протоки, повреждение желчных протоков, осложнение.

УДК 616.366-003.7

Синдром Мириizzi (СМ) - одно из наименее изученных понятий в хирургии желчных протоков. Это связано с редкостью данной патологии. Заболевание встречается по литературным данным от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу холелитиаза [6, 12, 13, 17]. В связи с прогрессом хирургии желчевыводящих путей, увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью в последние годы

возрос интерес к этой проблеме. Однако до сих пор нет единого мнения о диагнозе и тактике хирургического лечения [1, 2, 7, 15]. Часто СМ диагностируется только во время операции, что увеличивает процент конверсии доступа и риск травмы общего желчного протока [9, 18].

Основные клинические проявления СМ – боль в правом подреберье, желтуха и лихорадка как следствие присоединившегося холангита [4, 8, 12]. Практически сложно выделить клинические симптомы, отличающие данный синдром от других, протекающих с механической желтухой. Дифференциальную диагностику проводят с такими заболеваниями и состояниями, как холедохолитиаз, рак холедоха, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, псевдотуморозный панкреатит, сдавление холедоха метастатически пораженными лимфоузлами, склерозирующий холангит и др. [18]. Диагностика СМ развивается параллельно прогрессу технического оснащения в медицине. Если в истоках описания синдрома стоит только интраоперационная холангиография, то в настоящее время на помощь хирургу приходят все новые технологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости является рутинным методом для выявления патологии панкреато-дуоденальной зоны. Указанный метод является скрининговым и в отношении СМ. Но, по данным разных авторов, чувствительность этого метода достаточно низкая и варьируется от 4 до 46 % [7, 8, 20, 21]. Такие характеристики по результатам УЗИ, как сморщенный желчный пузырь при наличии расширенных внутripеченочных протоков при нормальном размере дистального отдела холедоха позволяют уже на начальном этапе обследования заподозрить СМ [16, 20].

Основными клиническими проявлениями СМ являются боли в правом подреберье, желтуха и лихорадка в результате присоединения к холангиту [2, 6, 10]. Практически трудно отличить клинические симптомы, которые отличают этот синдром от других, возникающих при механической желтухе. Дифференциальная диагностика проводится при таких заболеваниях и состояниях, как холедохолитиаз, рак

холедоха, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, псевдоопухолевый панкреатит, сдавливание холедоха с метастатически пораженными лимфатическими узлами, склерозирующий холангит и др. [17, 23]. Диагностика СМ развивается параллельно с прогрессом технического оснащения в медицине. Если источником описания синдрома является только интраоперационная холангиография, то в настоящее время на помощь хирургу приходят все новые технологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости является рутинным методом выявления патологии поджелудочно-дуоденальной зоны. Указанный метод является скринингом и по отношению к СМ. Но, по мнению различных авторов, чувствительность этого метода довольно низкая и колеблется от 4 до 46% [5, 9, 15, 20]. Согласно результатам УЗИ, такие признаки, как усохший желчный пузырь при наличии расширенных внутрипеченочных протоков с нормальным размером дистального желчного протока, позволяют заподозрить СМ на начальном этапе обследования [12, 24].

В течение десятилетий стандартом предоперационной диагностики СМ было прямое контрастирование желчных протоков. Среди них наиболее часто используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) [3, 8, 13, 22]. С.-N. Да на всех. (2003) указывают на 100% чувствительность этого метода в диагностике СМ. В.С. Савельев В.И. Ревякин (2003) считает, что дифференциальный диагноз между сдавлением проксимальной части общего желчного протока и его стриктурой имеет большое значение для выбора объема операции. Чтобы исключить опухолевую природу заболевания, авторы предлагают использовать комплекс методик, состоящий из эндоскопической папиллотомии, выполняемой в диагностических целях, инструментальной ревизии желчных путей и селективной холангиографии деформированного протока. В то же время авторы подчеркивают, что использование дополнительных диагностических методов обычно повышает инвазивность

исследования, и поэтому показания к их применению должны быть ограничены. Другие методы прямого контрастирования желчных протоков, такие как чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), холецистохолангиография, менее актуальны в диагностике СМ из-за более высокой инвазивности. Кроме того, при выполнении ХГЧ возникают трудности при визуализации дистальной части общего желчного протока из-за препятствия, расположенного выше [1, 5].

Несмотря на то, что ЭРХПГ играет ведущую роль в предоперационной диагностике СМ, мы не должны забывать, что примерно у 6–22% пациентов невозможно катетеризировать большой дуоденальный сосочек или добиться визуализации всего общего желчного протока [2, 16]. Кроме того, после ЭРХПГ и эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), риск грозных осложнений, таких как панкреатит, холангит, кровотечение и сепсис, вероятен [8, 17]. И хотя их вероятность довольно низкая, тем не менее, риск выполнения ЭРХПГ может быть чреват угрозой для жизни. Все это заставляет исследователей искать новые эффективные и безопасные способы. В последние годы развиваются неинвазивные методы предоперационной диагностики СМ, такие как спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография [10, 14]. С.-Н. Да на всех. (2003) отмечают, что компьютерная томография (КТ) не дает никакой дополнительной информации по сравнению с УЗИ брюшной полости или ЭРХПГ. Только 79% камней, которые определяются в желчном пузыре по данным УЗИ, могут быть визуализированы вовремя КТ [19]. Однако этот метод исследования играет значительную роль в дифференциальной диагностике холангиокарциномы, рака желчного пузыря, сдавления общего желчного протока метастазами в воротах печени [13, 21]. Существует еще одна точка зрения на этот метод исследования. А.-ч. Кwon и Н. Inui (2007) в своей работе отметили высокую чувствительность, специфичность и точность, соответственно, 93%, 98% и 94%

спиральной компьютерной томографии после выполнения инфузионной холангиографии.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является новым и еще малоизученным методом диагностики СМ. Ряд авторов считают этот метод исследования наиболее перспективным для верификации этого синдрома [10, 22]. Е.С.Н. Лай, В.Ю. Lau (2006) рассказывает о пользе лапароскопического УЗИ панкреатодуоденальной области. Во время операции с подозрением на СМ этот метод диагностики позволяет в режиме реального времени создавать многоплоскостное изображение желчных протоков под разными углами, однако в настоящее время оно остается недоступным и недостаточно изученным.

В целом, несмотря на разнообразие методов диагностики, часто невозможно диагностировать КМ перед операцией. Такая ситуация во время операции может дезориентировать хирурга и создать риск травмы общего желчного протока, ошибочно считающегося желчным пузырем или широким пузырьным протоком. Таким образом, отсутствие универсальных предоперационных методов исследования СМ требует разработки оптимальной диагностической тактики. В лечении СМ в современной хирургии выделяются два основных направления: рентгеновские эндоскопические методы, хирургические вмешательства. Рентгенэндоскопические методы могут быть использованы в качестве первого этапа хирургического руководства в качестве предоперационной подготовки или в качестве самостоятельного метода лечения пациентов с СМ в случае высокого анестезиологического риска [6, 17]. Среди недостатков РЗВ авторы выделяют следующие: облучение пациентов и персонала; высокая стоимость эндоскопического и рентгенологического оборудования; невозможность устранения сужения просвета проксимального отдела холедоха [13].

Согласно литературным данным, методы оперативного доступа и варианты хирургического лечения синдрома Мириззи широко варьируются: например, некоторые авторы связывают этот синдром с абсолютными

противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии [2, 5, 17]. Антониу С.А. и соавт. (2010) в обзоре литературы об использовании лапароскопических методов при СМ указывают 40% конверсии доступа, 20% осложнений и 6% повторных операций. Однако существует ряд публикаций, авторы которых указывают на возможность использования лапароскопических методов при определенных условиях [10, 18]. Итак, А-Н. Kwon, Н. Inui (2007) указывают на возможность использования лапароскопического доступа опытным хирургом только с первым типом СМ. Наиболее распространенной операцией при первом типе СМ является холецистэктомия, дополняемая дренированием общего желчного протока [1, 5, 17]. При наличии билибилиарного свища его необходимо отсоединить с последующим восстановлением целостности общего желчного протока. В качестве одного из вариантов закрытия дефекта холедоха, используемого большинством хирургов, является устранение дефекта стенки общего желчного протока специально левой частью желчного пузыря [3, 8, 19] Однако О.Ю. Шах в ал. (2001) предполагают - теоретически логично, что оставленная ткань желчного пузыря может увеличить риск остаточного холедохолитиаза.

Во время операций по поводу СМ сохраняется высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений [3, 7, 17]. Наиболее частым осложнением после операции по поводу СМ следует считать стриктуру общего желчного протока. По мнению Г.И. Дряженкова И.Г. Дряженкова (2009) из 46 больных, оперированных с СМ, стриктура общего печеночного протока развилась у 6,5%. Результаты операций по так называемому утраченному дренажу выполнены у четырех пациентов с первой формой СМ («стенозирующая» форма), В.С. Савельев В.И. Ревякин (2003) оценивается как положительный. Однако причины удаления дренажа из протоков, такие как развитие желтухи, закупорка дренажа, вызванные образованием мелких камней, отложение солей на стенках дренажа и накопление шпательного детрита, которые приводят к повторным

приступам холангита, немедленно представлены. Наибольшую трудность при хирургическом лечении имеют пациенты со значительным разрушением стенки желчного протока. Отмечено, что чем выше степень разрушения стенки желчного протока (тип III - IV CM по данным С.К. McSherry et al., 1982), тем выше уровень послеоперационной смертности [2, 6]. При типе III - IV типа SM большинство хирургов придерживаются позиции, что необходим холедохоеюноанастомоз.

Таким образом, сегодня CM является одним из осложнений желчнокаменной болезни, в диагностике и хирургической тактике которого остается ряд нерешенных вопросов. Несмотря на широкий выбор хирургических методов лечения этого синдрома, результаты лечения на сегодняшний день остаются не совсем удовлетворительными. Наличие CM у пациента во время операции увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности в диагностике синдрома Мириizzi, риск повреждения желчного протока, несколько наблюдений, а также довольно широкий спектр методов хирургического лечения определяют актуальность изучения этой проблемы. Внедрение современных методов диагностики CM и разработка рациональной хирургической тактики в зависимости от типа синдрома позволит улучшить лечение пациентов с этим осложнением желчнокаменной болезни.

Список литературы

1. *Акбаров М.М. и др.* Совершенствование хирургического лечения больных со свежими” повреждениями магистральных желчных протоков // Шпитальна хірургія, 2014. № 4. С. 39-44.
2. *Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Мухтаров С.Н.* Роль маркеров воспаления жировой ткани как основной фактор в развитии артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом // The priorities of the world science: experiments and scientific debate, 2019. С. 25-30.

3. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириizzi // Научно-методический журнал Academy. № 2 (17), 2017. С. 95-98.
4. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М. Выбор дифференцированной тактики лечения больных с синдромом Мириizzi // Завадские чтения. 2017. С. 62-65.
5. Давлатов С.С., Хидиров З.Э., Насимов А.М., Аззамов Ж.А., Алиева С.З. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017. Москва. ISSN- 2075-6895. С. 394-395.
6. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Хидиров З.Э., Зайниев А.Ф. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi // Медицинский журнал Узбекистана. № 3, 2017. С. 21–24.
7. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Кушмурадов Н.Ё., Ражабов Ж.П., Рахматова Л.Т. Выбор хирургической тактики при синдроме Мириizzi // Вестник врача. Самарканд, 2012. № 3. С. 96-98.
8. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Научно-практический журнал Врач-аспирант. № 2,1 (51). 2012. С. 135-138.
9. Курбаниязов З.Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. № 4. С. 56-57.
10. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Аскарлов П.А. Профилактика билиарных осложнений в хирургическом лечении синдрома Мириizzi // Проблемы биологии и медицины, 2011. № 4 (67). С.48-50.

11. Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi // Материалы X международного симпозиума гепатологов Беларуси. Гродно, 26-27 сентября 2013.
12. Назаров З.Н., Юсупалиева Д.Б.К., Тилавова Ю.М.К. Малоинвазивные технологии в лечении больных с острым деструктивным холециститом // Достижения науки и образования, 2019. № 3 (44).
13. Назыров Ф.Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) // Хирургия Узбекистана, 2011. № 4. С. 66-73.
14. Раджабов Ж.П., Аскарлов П.А., Давлатов С.С., Азимов Р.Р. Современные методы диагностики и хирургической коррекции синдрома Мирizzi // Сборник материалов 77-й итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. 23-26 апреля 2013 г. Красноярск. С. 772-773.
15. Сулайманов С.У., Юсупалиева Д.Б.К. Тилавова Ю.М.К. Дифференцированный подход к лечению больных острым холангитом // Достижения науки и образования, 2019. № 6. С. 47.
16. Сулаймонов С.У., Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Давлатов С.С. Профилактика и лечение билиарных осложнений при синдроме Мирizzi // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 221-224.
17. Ahmedova A.T., Agababyan L.R., Abdullaeva L.M. Peculiarities of the perimenopause period in women with endometriosis // International scientific review, 2020. № LXX. P. 84-88.

18. *Davlatov S.S., Kasimov S.Z.* Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
19. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. – №. 8. С. 548.
20. *Kasimov S.Z. et al.* Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 3. С. 44-46.
21. *Kurbaniyazov Z. et al.* Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Medical and Health Science Journal, 2012. Т. 10. С. 41-47.
22. *Kurbaniyazov Z.B., Saidmuradov K.B., Rakhmanov K.* Результати хірургічного лікування хворих з посттравматичними рубцевими стриктурами магістральних жовчних протоків та білідігестивних анастомозів // Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2014. Т. 13. № 4.
23. *Nazyrov F.G., Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S.* Modified method of plasmapheresis in the treatment of patients with purulent cholangitis // European science review, 2018. № 7–8. P. 136-141.
24. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.

АРХИТЕКТУРА

МАГНЕЗИАЛЬНЫЙ ЦЕМЕНТ

Джанкулаев А.А.¹, Гуенко Н.А.²

¹Джанкулаев Адам Амерханович – студент;

²Гуенко Николай Анатольевич – студент,

*Институт архитектуры, строительства и дизайна
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик*

Аннотация: в данной статье рассматриваются свойства и области применения магнезиального цемента.

Ключевые слова: цемент, магнезит.

Магнезиальный цемент – это дисперсионный порошок, состоящий из двух компонентов. Его активную часть составляет оксид магния, получаемый из магнезита $MgCO_3$ или доломита в результате прокаливания при высокой температуре. Исходный материал обжигают при температуре 800 градусов до спекания, а затем полученный магнезиальный клинкер проходит тонкое измельчение.

Для затворения смеси используют водный раствор хлорида магния, реже – его сульфида. Затворение такого вяжущего водой приводит к медленному твердению материала и низкой прочности. Повышение содержания сульфида магния улучшает водонепроницаемость готового продукта, но ухудшает его прочностные характеристики. Сульфид магния стоит дороже хлорида магния. При производстве магнезиального цемента важно найти оптимальное соотношение между компонентами затворителей, чтобы получить не слишком дорогое вяжущее с хорошими конструкционными характеристиками.

Затворенная магнезиальная смесь представляет собой быстро твердеющий белый вязкий продукт. Отвердевшие растворы и смеси, приготовленные на базе магнезиального цемента, уже на ранней стадии отличаются хорошей прочностью на изгиб, сжатием и растяжением.

Достаточно широкое применение этого вида вяжущего обеспечивают следующие положительные свойства твердевших смесей и растворов на его основе:

- Быстрое схватывание и твердение. Скорость этих процессов зависит от соотношения компонентов. За сутки материал может набрать 30-50 % марочной прочности.

- Хорошая совместимость со многими органическими и неорганическими заполнителями.

- Прекрасная адгезия к различным поверхностям.

Для бетона, созданного на основе магнезиального цемента, характерны:

- механическая и ударная прочность;

- высокая устойчивость к воздействию органических растворителей, щелочных сред, солей;

- хорошие теплоизоляционные характеристики;

- огнестойкость;

- высокая износостойкость;

- экологическая безопасность – токсичные выделения отсутствуют.

Применение магнезитового цемента ограничивают его отрицательные свойства. Прежде всего, это невысокая устойчивость к воздействию воды. Поэтому вяжущее не используют для эксплуатации в местах с повышенной влажностью. В этих случаях вещество не обеспечит нужную герметичность. При использовании данного материала для обустройства пола, его необходимо хорошо защитить от влажности, особенно со стороны стен. Из-за этого недостатка магнезиальный цемент длительное время считался неактуальным для применения в строительстве.

Хорошие эксплуатационные свойства состава позволяют применять его для устройства бесшовного монолитного пола. При этом будущее сооружение будет отличаться беспыльностью, долговечностью без потери качественных характеристик. Магнезиальный пол не горюч и экологичен. Полы из этого материала пришли на смену традиционным бетонным покрытиям. Магнезитовый цемент используют для заливки мозаичных полов – ярких, оригинальных, с

уникальными узорами. В качестве заполнителей в этих случаях используются кусочки гранита, мраморная и кварцевая крошка.

Таким образом, магнезиальный цемент является довольно востребованным веществом в строительстве, если обладает всеми необходимыми эксплуатационными свойствами. Для получения качественного материала необходимо строго соблюдать все требования условий производства, дозировки составляющих и области применения.

Список литературы

1. *Выродов И.П.* О структурообразовании магнезиальных цементов. Журнал прикладной химии. Т. 33. № 11, 1960.
-

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЭЛЕМЕНТНЫЕ СМЕТНЫЕ НОРМЫ

Джанкулаев А.А.¹, Гуенко Н.А.²

¹Джанкулаев Адам Амерханович – студент;

²Гуенко Николай Анатольевич - студент,

*Институт архитектуры, строительства и дизайна
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик*

Аннотация: в данной статье приводится ГЭСН на строительные работы, состав, структура, порядок разработки и применения.

Ключевые слова: ГЭСН, смета.

Важным инструментом поддержания необходимого экономического равновесия в условиях рыночных отношений - являются нормативы, выполняющие роль обоснованного измерителя предстоящих затрат и результатов производственно-хозяйственной деятельности субъектов. Под сметными нормативами в строительстве понимается обобщенное название комплекса сметных норм, расценок и цен, объединяемых в отдельные сборники. Вместе с правилами и положениями, содержащими в себе необходимые требования, они служат для определения сметной стоимости строительства и реконструкции зданий и сооружений, расширения и технического перевооружения предприятий всех отраслей хозяйства и промышленности.

Государственные элементные сметные нормы входят в состав межотраслевой системы документов в строительстве. Они предназначены для определения потребности в ресурсах (затратах труда рабочих, строительных машин, материалов, изделий и конструкций) при выполнении строительных, монтажных, пуско-наладочных и ремонтно-строительных работ в промышленном и гражданском строительстве. Их используют для разработки индивидуальных и укрупненных сметных нормативов, единичных расценок федерального, отраслевого, территориального, фирменного уровней, для

определения прямых затрат в составе сметной стоимости строительства ресурсным методом.

В ГЭСН входят несколько сборников, они подразделяются по видам и направленности работ:

- сборники государственных элементных сметных норм на строительные работы (ГЭСН-2001);
- сборники государственных элементных сметных норм на ремонтно-строительные работы (ГЭСНр-2001);
- сборники государственных элементных сметных норм на монтажные работы (ГЭСНм - 2001);
- сборники государственных элементных сметных норм на пусконаладочные работы (ГЭСНп-2001).

В сборниках ГЭСН-2001 отражаются среднеотраслевые затраты на эксплуатацию строительных машин и механизмов, технология и организация выполнения соответствующих видов строительных, ремонтных, монтажных и пусконаладочных работ.

Каждый сборник ГЭСН содержит техническую часть и таблицы элементных сметных норм.

Техническая часть сборника подразделяется на разделы:

- *Общие указания* - в этот раздел включается перечень общих требований и положений о порядке применения элементных сметных норм.

- *Правила исчисления объемов работ* - в этот раздел включаются правила, формулы и примеры расчетов.

- *Коэффициенты к сметным нормам* - этот раздел включаются коэффициенты, учитывающие конкретные особенности производства работ и конструктивных элементов.

Таблицы ГЭСН содержат следующие нормативные показатели:

- затраты труда рабочих (строителей, монтажников), в чел.-ч;

- средний разряд работы (звена рабочих); затраты труда машинистов, в чел.-ч;

– состав и продолжительность эксплуатации строительных машин, механизмов, приспособлений, механизированного инструмента в маш.-ч.;

– перечень материалов, изделий, конструкций, используемых в процессе производства работ, и их расход в физических (натуральных) единицах измерения.

Строительные нормативы федерального значения разрабатывает и устанавливает только ФГУ Федеральный центр ценообразования в строительстве и промышленности строительных материалов (ФЦЦС), региональные строительные нормативы разрабатывают региональные центры ценообразования в строительстве (РЦЦС).

Подробный порядок применения ГЭСНов прописан в «Указаниях по применению государственных элементных сметных норм на строительные и специальные строительные работы». Применение ГЭСНов практикуется в ресурсном методе определения стоимости.

Список литературы

1. Экономика строительства: учебник / под общей ред. И.С. Степанова. 3-е изд., доп. и перераб. М.: Юрайт-Издат, 2007.
2. Составление смет в строительстве на основе сметно-нормативной базы 2001 года (практическое пособие). Москва, Санкт-Петербург, 2003.

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ СУБЪЕКТА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Казиева Н.Н.

*Казиева Нуржаган Нурбагандовна – доцент,
кандидат психологических наук, заведующий кафедрой,
кафедра общей и социальной психологии,
Дагестанский государственный университет, г. Махачкала*

Аннотация: в статье рассматриваются характеристики квалификационной и психологической готовности субъекта к профессиональной деятельности. Представлены разные уровни развития квалификационной и психологической готовности субъекта к профессиональной деятельности. Доказано, что квалификационная готовность к выполнению профессиональной деятельности является субъектным образованием, не обладающим активным началом, а психологическая готовность выступает в качестве феномена, являющегося более сложным результатом синтеза профессиональной подготовки и личностных качеств ее субъекта.

Ключевые слова: личность, профессиональная деятельность, субъект, психологическая готовность, компетентность, регуляция.

DOI: 10.24411/2542-081X-2021-10801

Вопросы готовности субъекта к реализации профессиональной деятельности представляют собой существенный интерес не только для практики, но и для теории, разрабатываемой в рамках дисциплин психолого-педагогического блока. Данная позиция основывается, с одной стороны, на признании исключительной важности такого рода готовности субъекта для регуляции общественного производства, с другой стороны, на понимании ее принадлежности к феноменологии,

рассмотрение которой позволяет лучше понимать и совершенствовать особенности функционирования регуляторной системы человека.

Отражая уровень подготовленности субъекта к профессиональной деятельности, готовность указывает на то, в какой степени он способен включиться в выполнение определенных действий, выполнять их в текущих, «обыденных», и особых, экстремальных, условиях, совершенствовать уровень данной способности. Таким образом, данная характеристика может рассматриваться в качестве особой способности человека, отражающейся на построении не только его текущей, но и перспективной, не только репродуктивной, но и продуктивной активности.

Согласно утвердившимся представлениям, готовность к выполнению профессиональной деятельности носит интегральный характер. Исходя из содержательных особенностей, в ее структуре можно выделить две основные составляющие: квалификационную готовность и психологическую готовность.

Квалификационная готовность к профессиональной деятельности основывается на профессиональном образовании, полученном субъектом, по сути, выступая следствием его информированности относительно содержания обязанностей, форм и условий деятельности в профессиональной сфере. Это позволяет рассматривать ее следствием интеграции знаний и умений, освоенных субъектом в период его непосредственного обучения в рамках некоторого направления (профиля) профессиональной подготовки в среднем специальном или высшем учебном заведении.

На объективном уровне квалификационная готовность специалиста определяется учебной программой обучения, которую он прошел в некотором учебном заведении. Соответственно, анализ ее состояния позволяет в какой-то степени оценить эффективность функционирования профессиональной системы подготовки будущих специалистов. Однако квалификационная готовность к

профессиональной деятельности не может являться только результатом суммирования знаний, транслируемых в этом учебном заведении. Она опосредуется собственной способностью субъекта интериоризировать эти знания, переводить их на субъектный уровень.

В результате, поступление в профессиональное учебное заведение само по себе недостаточно для того, чтобы гарантировать получение достаточного уровня субъектной готовности к работе в определенной профессиональной сфере. Для достижения данного результата необходима собственная активность субъекта профессиональной подготовки в соответствующем направлении, позволяющая осуществить перевод профессиональной информации в особое субъектное образование, обозначаемое как профессиональная компетентность.

В настоящее время под профессиональной компетентностью субъекта обычно понимается его готовность и способность к качественному выполнению определенного вида профессиональной деятельности. Профессиональная компетентность образуется на основе овладения субъектом комплексом знаний, умений и способностей в заданном виде профессиональной деятельности. Формированию профессиональной компетентности способствует система подготовки, выстроенная в профессиональном учебном заведении.

В составе профессиональной компетентности субъекта выделяются некоторые элементарные компетенции, отражающие его способность выполнять определенные аспекты соответствующей профессиональной деятельности. Данные компоненты зафиксированы в соответствующих Федеральных образовательных стандартах профессиональной подготовки. Предполагается, что в процессе профессиональной подготовки в профессиональном учебном заведении, субъект должен приобрести комплекс компетенций, наличие которых, засвидетельствованное присвоением соответствующей квалификации, обозначает его профессиональную

компетентность в некотором виде профессиональной деятельности. В свою очередь, профессиональная компетентность должна обеспечивать подготовленность выпускника учебного заведения к выполнению некоторого комплекса профессиональных действий в соответствии с полученным уровнем квалификации.

Вместе с тем, выработка профессиональных компетенций в профессиональном среднем или высшем учебном заведении и присвоение соответствующей квалификации не всегда сопровождается обретением субъектом уровня готовности, достаточного для выполнения того комплекса обязанностей, которые проистекают из его принадлежности к определенной профессиональной группе. Причем причиной этого не всегда являются объективные факторы, а зачастую преобладает давление субъективных факторов.

Анализ причинного поля неспособности субъекта, получившего профессиональную квалификацию, приступить к выполнению соответствующего вида профессиональной деятельности, позволяет утверждать, что квалификационная готовность к выполнению профессиональной деятельности является субъектным образованием, не обладающим активным началом.

Сделанный вывод побуждает обратиться к рассмотрению второй составляющей готовности субъекта к профессиональной деятельности, обозначаемой в качестве психологической готовности к ее выполнению.

Под психологической готовностью субъекта к выполнению профессиональной деятельности нами понимается сложное личностное образование, которое способствует переводу профессиональной компетентности из пассивного состояния в активное, по сути, дополняя квалификационную готовность деятельностным началом. Основной функцией психологической готовности данного рода является, соответственно, обеспечение включенности субъекта профессиональной подготовки в процесс реализации профессиональной деятельности. При этом имеется в виду продуктивное включение в

профессиональную деятельность, способное привести к созданию и выполнению субъектом качественной продукции и услуг, которое составляет основу для дальнейшего профессионального развития его в качестве специалиста.

Являясь следствием полученной профессиональной подготовки, психологическая готовность к выполнению профессиональной деятельности органично связана с квалификационной готовностью к ее осуществлению. Если квалификационная готовность к деятельности может быть обеспечена без психологической готовности, то для психологической готовности такое невозможно, ее формирование предполагает образование квалификационной готовности к деятельности. Итак, профессиональная подготовка должна предполагать не только формирование квалификационной, но и психологической готовности к выполнению профессиональной деятельности, а квалификационная готовность к профессии должна достигать такого уровня, чтобы способствовать образованию у субъекта психологической готовности к соответствующей профессиональной деятельности (рис. 1).

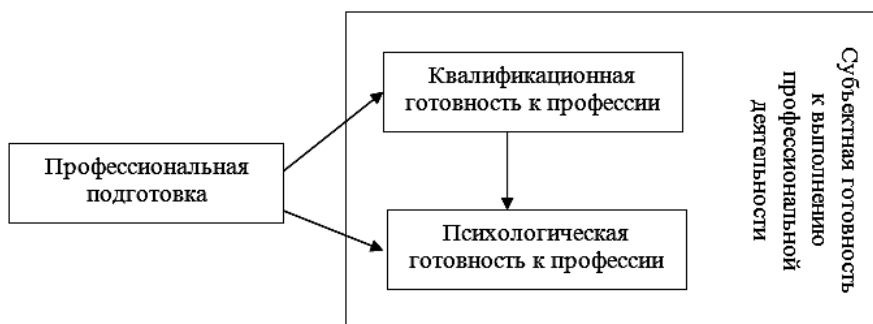


Рис. 1. Связь составляющих субъектной готовности к выполнению профессиональной деятельности и профессиональной подготовки субъекта

Таким образом, подчеркнем, что психологическая готовность к профессиональной деятельности выступает в качестве феномена, являющегося более сложным результатом

синтеза профессиональной подготовки и личностных качеств ее субъекта. Данную позицию мы основываем на том, что для ее формирования необходимо, чтобы квалификационная готовность к деятельности в некоторой профессиональной сфере достигла определенного уровня.

Высказанная позиция позволяет выделять, как минимум, два уровня квалификационной готовности субъекта к выполнению профессиональной деятельности. В соответствии с задачами нашего исследования, обозначим их следующим образом: уровень, не способствующий возникновению психологической готовности к деятельности (не фасилитирующий ее), и уровень, благоприятный для достижения психологической готовности к деятельности (фасилитирующий ее возникновение).

Первый из названных уровней развития квалификационной готовности субъекта к профессиональной деятельности не фасилитирует его психологическую готовность к выполнению этой деятельности. Согласно нашим представлениям, он соответствует формально и фрагментарно усвоенным профессиональным знаниям. Не образуя системы, такие знания носят разрозненный характер, не позволяющий составить целостную картину о профессии и осуществить ментальную реконструкцию ее субъекта. Профессиональные способности такого субъекта слабо развиты. Как мы предполагаем, его профессиональная компетентность относится только к отдельным аспектам предстоящей профессиональной деятельности. Важным является и то, что, имея определенные профессиональные представления, он оказывается неспособным к их использованию на практике. Это приводит к возникновению у него неуверенности в своей профессиональной эффективности, отсутствию мотивированности к включению в профессиональную среду. Обозначенные особенности квалификационной готовности не совместимы с образованием у субъекта профессиональной подготовки психологической готовности к осуществлению деятельности в соответствующей профессии.

Второй из рассматриваемых уровней квалификационной готовности характеризуется полнотой и глубиной усвоения основных профессиональных знаний. Субъект не только имеет разносторонние знания в сфере будущей профессиональной деятельности, они позволяют ему осуществить построение картины «себя в профессии». Развитые у него способности носят профессионально ориентированный характер. Для формирования психологической готовности к ее выполнению, он также должен обладать сформированной способностью к применению профессиональных знаний в рамках профессиональной деятельности, т.е. необходимо наличие некоторого комплекса профессиональных умений и навыков.

Обладание соответствующими знаниями, практическими умениями и способностями дает субъекту большую уверенность в своей профессиональной пригодности, позволяет надеяться на успешность включения в профессиональную сферу и достижение в ней достаточной результативности. В результате у него формируется устойчивая направленность на будущую профессию. Таким образом, данный уровень развития квалификационной готовности к профессиональной деятельности вполне благоприятен для возникновения у субъекта психологической готовности к ее выполнению.

Выделение двух уровней квалификационной готовности субъекта к выполнению профессиональной деятельности не означает того, что они исчерпывают собой характеристику данного феномена способного выступать основой для образования психологической готовности к выполнению этой деятельности. По сути, они образуют собой два полюса, между крайними характеристиками которых возможны промежуточные варианты, с меньшей очевидностью определяющие образование психологической готовности к выполнению профессиональной деятельности.

Список литературы

1. *Абдрахманова Р.Я., Богданова А.Х., Мухаметзянов Ф.А.* Специфика профессиональной подготовки будущего педагога-психолога // Интеграция образования, 2007. № 1. С. 111.
 2. *Деркач А.А.* Акмеологические основы развития профессионала. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2004. 752 с.
 3. *Иванова Е.М.* Психология профессиональной деятельности. М.: ПЕР СЭ, 2006. 382 с.
 4. *Котова И.Б., Маслова Е.С.* Психические ресурсы как основа самоопределения и самореализации личности студентов вуза // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки, 2015. № 3. С. 125-134.
 5. *Кучеренко С.М.* Оценка психологической готовности студентов к профессиональной деятельности как одно из направлений повышения качества подготовки специалистов // Вестник Харьковского университета, 1998. № 403. С. 107-115.
 6. *Шанц Е.А.* Развитие социально значимых качеств личности студента в процессе профессиональной подготовки // Концепт, 2013. № 2. Спецвыпуск.
-

ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

Погорова Р.И.

Погорова Райшат Исмаиловна – кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра психологии, юридический факультет, Ингушский государственный университет, г. Магас

Аннотация: *в статье представлены характеристики социально-психологической зрелости студентов-психологов. Определен набор качеств, присущих зрелой в социально-психологическом плане личности. Рассматриваются проблемы становления и формирования личности, с которыми сталкиваются студенты-психологи. Доказано, что социально-психологическая зрелость у студентов-психологов наступает тогда, когда помимо общеобразовательной подготовки студенты получают опыт межличностных отношений, когда появляется способность соотносить теоретический материал и личный опыт.*

Ключевые слова: *зрелость, личность, способность, готовность, обучение, профессионализм, социально-психологическая зрелость.*

DOI: 10.24411/2542-081X-2021-10802

Обществу как никогда раньше нужны специалисты-психологи, способные работать с проблемами социально-психологической и личностной зрелости. Одно из условий профессионализма – соответствие профессиональным ценностям, отраженным в Этическом кодексе психолога. От специалиста требуется готовность к решению этических дилемм, возникающих в профессиональной деятельности, осознание границ своих личных и профессиональных возможностей, готовность нести ответственность за свои действия и помнить о своих профессиональных и научных

обязательствах перед клиентами, профессиональным сообществом и обществом в целом. Чтобы стать профессионалом, психологу необходимо обладать набором качеств, присущих зрелой в социально-психологическом плане личности.

Социально-психологическая зрелость позволяет студенту осознать-необходимость строить себя как личность для успешности в профессиональной деятельности. Среди преподавателей и практикующих психологов существует убеждение, что именно личность является главным рабочим инструментом психолога. Опыт преподавателей показывает, что значительно глубже осваивают психологию заочники, несмотря на то что объем часов у них гораздо меньше. Это объясняется тем, что многие из них уже обладают необходимым уровнем социально-психологической зрелости личности.

Понятие «зрелость» часто употребляется для обозначения возрастного этапа развития, соответствующего взрослости или старости. В таком ключе термин «зрелость» использован в эпигенетической теории Э. Эриксона [6]. Зрелостью автор называет возраст, в котором достигается интеграция и целостность личности (вторая эго-идентичность). При этом новообразования, приобретенные во всех предшествующих возрастах (базовое доверие, чувство автономии, чувство инициативы, трудолюбие и чувство достижения, идентичность, интимность, производительность) могут быть рассмотрены как основание для обретения личностью целостности и достижения зрелости.

Иная интерпретация понятию «зрелость» дана в контексте акмеологии; это – достижение человеком вершины способностей, таланта, творчества, многомерное состояние, характеризующее рост человека как гражданина, личности, супруга или родителя, профессионала [2].

С первых лет обучения студенты направления (специальности) «Психология» изучают становление и

формирование личности, знакомятся с представлениями отечественных и зарубежных авторов о структуре личности и личностной зрелости. Можно ожидать, что эти особенности учебной программы способствуют личностной зрелости самих студентов, однако характер совершаемых поступков и высказываний будущих психологов нередко свидетельствует об обратном. Так, некоторые студенты объясняют возникновение у них трудностей в освоении какой-либо учебной дисциплины скорее внешними обстоятельствами (специфические требования преподавателя, необходимость работать, романтические отношения), чем признают свою ответственность за текущее положение дел.

«Не хватило времени», «не смог распределить время», «не успел сдать в срок», «обычно делаю всё в последний момент» – фразы, которые можно услышать из уст студентов. В качестве поглощающих время они называют компьютерные игры, просмотр фильмов и сериалов, общение в социальных сетях. Среди таких студентов есть и те, кто знакомы с психотехниками, позволяющими эффективно распределять время, что, однако, не помогает им справиться с собственными затруднениями. Вероятно, истина кроется в неумении расставлять приоритеты, выстраивать значимые жизненные цели.

Преподаватели традиционно и неоднократно задают студентам вопрос о том, зачем они пошли учиться на психолога, тем самым призывая к рефлексии своих мотивов к учебной и профессиональной деятельности. Студенты 1 курса порой затрудняются дать однозначный ответ, говорят о мнении родителей, друзей, знакомых, об абстрактном стремлении помогать людям, то есть ссылаются на социально-психологические детерминанты своего личностного состояния. К концу обучения появляются те, кто осознают, что одним из основных мотивов при поступлении для них было стремление решить свои личностные проблемы в процессе приобретения профессиональной квалификации. Такие студенты иногда

открыто признаются, что после окончания университета не собираются работать по профессии. Иными словами, поступающие на специальность (направление) «Психология» нередко демонстрируют невысокую степень осознанности при выборе профессии.

Низкий уровень осознанности своих мотивов, неумение расставлять приоритеты, неготовность принять ответственность за свои поступки – это проявления личностной незрелости в ее социально-психологической проекции. При этом социальная зрелость понимается как готовность и способность к наиболее полной социальной самореализации в конкретных культурно-исторических условиях [1].

Среди студентов-психологов есть те, кто успешно справляется с учебной программой, осознанно движутся к профессионализму. Некоторые из них в первые же годы обучения определяют с тем, в какой отрасли психологии они хотели бы работать, находят даже вне стен университета возможность для получения дополнительных знаний по специальности или для их применения.

Кроме того, чтобы быть успешными в учёбе, студентам необходимо обладать способностью самостоятельно организовывать и планировать учебную деятельность, уметь ставить цели и достигать их. При этом они, как правило, умеют эффективно организовать взаимодействие с администрацией вуза и с преподавателями, так как видят в лице сотрудников университета ресурс для повышения своей профессиональной компетентности, при разрешении спорных ситуаций проявляют инициативность и готовность к сотрудничеству, берут на себя ответственность за свои поступки. Другими словами, проявляют качества социально-психологической зрелости личности.

Социально-психологическая зрелость связана со зрелостью социальной, которая предполагает равнодушие к судьбе своей страны, своего народа, формирование активной гражданской позиции. Рядовые члены общества порой не интересуются проблемами своего

города, не говоря уже о масштабах всего государства, склонны делегировать свою ответственность за принятия решений, в том числе политических, кому-то другому. Патриотизм же можно выстроить в первую очередь на основе социально-психологической зрелости.

Психологическая зрелость описывается через такие проявления, как высокий уровень самостоятельности, осознанности и нравственности, точность ориентировки в окружающем мире, подлинность отношений с другими, активность и творчество в преобразовании действительности и самого себя [3].

Запрос на работу с проблемой социальной и личностной зрелости поступает от самих членов общества, о чём свидетельствует характер и содержание затруднений, с которыми клиенты обращаются к психологу, а также увеличивающаяся популярность разнообразных тренингов личностного роста. Особенно актуально всё вышеизложенное для молодёжи. От молодых людей зависит направление развития общества, разрешение социальных проблем, принятие тех ценностей, которых общество будет придерживаться в будущем.

Современные молодые люди нередко испытывают трудности при выборе своего жизненного пути, на что указывает, в том числе, и регулярное отчисление из вузов значительного числа студентов (21% для России по данным на 2020 год). Популярны среди молодёжи тренинги и литература на тему личностной зрелости. В социальных сетях, основными пользователями которых являются именно молодые люди, можно найти публичные страницы с названиями «Духовное развитие», «Ты – личность», «Психология, развитие, успех», «Саморазвитие и личностный рост»; число подписчиков некоторых из подобных страниц составляет свыше 100 000 человек. Форумы и блоги содержат рекомендации о том, как «вырастить» в себе личность, как добиться успеха в обществе, как развить в себе те или иные личностные качества.

Острота проблемы социально-психологической незрелости заключается в том, что современные молодые

люди недостаточно осознают её существование. С запросами на решение этой проблемы к специалистам обращаются, как правило, родители, учителя, преподаватели вузов. Е.П. Ильин предлагает различать зрелость как этап жизни и как уровень развития [4].

Нередко можно услышать от преподавателей, работающих со студентами-психологами: «Создаётся впечатление, что работаешь в пустоту». Трудности подобно рода связаны с тем, что студентам не хватает «жизненной базы» для усвоения теоретического материала. Будущим психологам требуется не только общеобразовательная подготовка, но и богатый опыт межличностных отношений, личностной работы, совершения поступков, способность соотносить материал и личный опыт.

Именно это обеспечивает сущностное понимание материала, возможность практического применения теоретических положений, готовность присваивать и критически оценивать то, что даёт преподаватель во время лекции. Ведь подлинное освоение материала требует от студента усилий по встраиванию его в свою собственную мировоззренческую систему и определённого уровня форсированности мировоззрения, а зрелость системы мировоззрения связана с социально-психологической зрелостью личности.

В современной психологии продолжается развитие понятия зрелость, что включает в себя: выделение его общих и отличительных признаков на основе системных принципов целостного изучения личности человека; дифференцированный анализ разных форм проявления зрелости/незрелости; исследование онтогенетических этапов становления зрелости; динамику процессов интеграции и дифференциации в достижении зрелого состояния; степень целостности континуума «личность-субъект» и т.д. В числе психологических качеств зрелости находятся: интериоризация человеком этических ценностей общества, интеграция своей идентичности, самоуважение, внутренняя направленность мотивации, внутренний локус контроля,

психологическая суверенность личности, проявляющаяся в самопроизвольном контроле поведения и способности к спонтанной активности [5].

Понятие зрелости используется в психологии для обозначения проблематики, связанной с созреванием психических функций разного уровня. В основе этой традиции, как это случается с большинством понятий, лежит перенос (метафора) значения биологической (возрастной) зрелости на близкую, но по природе уже иную область – психическую реальность. Но и в этой области уже наблюдается расширение сфер применения идеи зрелости и созревания.

В научной литературе используется не только понятие «зрелость», но и множество словосочетаний с ним, а также другие эквиваленты этого понятия. Показано, что «зрелость» исходно представляет собой метафору, где созревание психических процессов и функций мыслится по аналогии с созреванием организма. В результате длительной практики использования понятие зрелости приобрело статус полноценного термина, широко применяемого в психологии развития, в возрастной психологии. По отношению же к социально-психологической зрелости это понятие еще не прошло полный путь демегафоризации, и его следует рассматривать как находящееся в развитии. Это обстоятельство требует наполнить понятие конкретным социально-психологическим содержанием.

Таким образом, готовность и способность психолога соответствовать ценностям закладывается в период обучения в вузе. Актуальным становится проблема потенциала личности будущего психолога, готового удержать планку ценностных ориентиров в профессиональной деятельности психолога. Личностная, социальная, психологическая, и в конечном итоге, социально-психологическая зрелость наступает тогда, когда помимо общеобразовательной подготовки студент получает опыт межличностных отношений, когда появляется способность соотносить материал и личный опыт.

Список литературы

1. *Александрова Г.Г.* Психологические критерии социальной зрелости личности в условиях современного российского общества: Дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2004. 150 с.
 2. *Бодалев А.А.* Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения. М: Флинта: Наука, 1998. 168с.
 3. *Брантова Ф.С.* Представления о психологически зрелой личности в сознании людей разного возраста: Дис... канд. психол. наук. М., 2011. 247 с.
 4. *Ильин Е.П.* Психология взрослости. СПб: Питер, 2012. 469 с.
 5. *Нозикова Н.В.* Понятие «зрелость» и основные эпистемологические подходы к его исследованию // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки, 2013. № 1. С. 81–87.
 6. *Эриксон Э.* Детство и общество / Пер. с англ. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб.: Ленато: АСТ: Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.
-

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРЕССА

Албакова З.А.

*Албакова Зара Абдул-Мажитовна – преподаватель,
кафедра психологии, юридический факультет,
Ингушский государственный университет, г. Магас*

Аннотация: *в статье представлены многочисленные факторы, влияющие на возникновения стресса. Указаны основные причины возникновения стрессовых ситуаций. Даны определения профессиональному и психологическому стрессу. Указаны проблемы, приводящие к стрессу из-за дистанционной работы в период самоизоляции.*

Ключевые слова: *стресс, адаптация, эмоциональная напряжённость, стрессоустойчивость, личность.*

DOI: 10.24411/2542-081X-2021-10803

Интенсивность жизни за последние несколько десятилетий многократно увеличилась, от человека требуется совершенно другая скорость принятия решений и действий. Источники стресса окружают нас со всех сторон. Стресс является привычным состоянием человека, живущего в современном мире. Хотя незначительные стрессы неизбежны и безвредны, чрезмерный стресс создает проблемы для индивидуумов. Человеку нужно научиться различать допустимую степень стресса, чтобы избежать необратимых последствий.

Стресс, как вид эмоционального состояния, характеризуется повышенной физической и психической активностью. При благоприятных условиях это состояние может трансформироваться в оптимальное состояние, при неблагоприятных – в состояние нервно-эмоциональной напряженности, для которого характерно снижение работоспособности и истощение энергетических ресурсов.

Производственный или профессиональный стресс представляет собой многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную

рабочую ситуацию. Он возникает при достаточно длительном, более или менее интенсивном воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, которое связано непосредственно с выполняемой профессиональной деятельностью [1].

Селье Г. выделяет три основные стадии стресса: стадию тревоги, когда происходит мобилизация ресурсов человека; стадию резистентности, когда осуществляется сбалансированное расходование адаптационных возможностей; стадию истощения, когда энергия сопротивления исчерпана, механизмы психологической и физиологической защиты сломлены [6].

Проблема стрессоустойчивости представляет не только научный интерес, она имеет большую практическую значимость при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокорректирующих мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья работников. Профессиональная деятельность для определенной категории людей является одним из наиболее сложных, характеризуется высокой психологической нагрузкой, зачастую – выраженной физической нагрузкой и является высокоответственным.

Каждый человек рождается с определенными психофизиологическими задатками, которые на первых порах обеспечивают его самостоятельное существование. Однако уже с рождения обнаруживаются индивидуальные особенности его биологических реакций, характеризующие интенсивность, подвижность и уравновешенность основных нервных процессов. Эти врожденные индивидуально-биологические свойства, определяемые как темперамент, являются наиболее стойкими, консервативными и могут быть свойственны человеку на протяжении всей его жизни. Вместе с тем темперамент является лишь основой формирования другого уровня человеческой индивидуальности характера, который отражает совокупность психологических особенностей человека, преобладающих в его поведении,

отношениях, реагировании на различные условия и обстоятельства [5].

Формирование характера базируется на темпераменте. В совокупности темперамент и характер составляют основу индивидуальных особенностей человека как личности. В наиболее обобщенном виде личность представляет собой совокупность индивидуальных психофизиологических, психологических и социальных свойств человека, формирующихся и устойчиво проявляющихся в процессе его взаимодействия с окружающей средой.

При изучении искомым свойств личности ученые столкнулись с большим многообразием отдельных ее свойств и все же можно выделить несколько больших групп, которые и определяют все видимое разнообразие личностных проявлений.

Первая группа. Ее составляют природные свойства человека, которые определяют индивидуальные особенности людей, динамику их психической деятельности. От них зависят следующие характеристики: скорость возникновения и устойчивость психических процессов; выраженность психических процессов; темп и ритм психической деятельности; направленность психической деятельности.

Вторая группа. Ее составляют черты, которые проявляются в межличностных отношениях.

Третья группа. В нее входят устойчивые черты личности, отражающие самосознание (требовательность к себе, чувство собственного достоинства.д.).

Четвертая группа. Эти черты личности определяют отношение к вещам и материальным ценностям.

Пятая группа. В нее входят свойства, проявляющиеся в отношении человека к различным видам деятельности (трудолюбие, добросовестность...).

Шестая группа. К ней относят нравственные свойства, ориентированные на общечеловеческие этические принципы и моральные нормы [3].

Стрессоры определяют основные причины возникновения стресса. Одинаковые факторы провоцируют возникновение

стрессовой ситуации в той мере, в какой они воспринимаются человеком. Если неудачи и промахи воспринимаются человеком как средство получения опыта и возможность научиться чему-то новому, то стрессовое состояние будет проявляться как незначительное волнение. Если же промахи воспринимаются очень остро, то стресс может привести к серьезным последствиям и нанести значительный ущерб психическому и физическому состоянию человека. Поэтому причины и источники стресса имеют относительный характер и индивидуальны для каждого человека. Одни способны стойко переносить серьезное напряжение, а другие могут сломаться, столкнувшись даже с самым незначительным препятствием или разочарованием [2].

На способности переносить стрессовые ситуации оказывают влияние многие условия. В их число входит эмоциональное состояние, общее восприятие жизни, характер взаимоотношений. Причины, вызывающие стрессовое состояние, могут носить внешний и внутренний характер. К внешним относятся все жизненные ситуации, которые человек способен контролировать. Внутренние причины – это в большей степени плод воображения, который находится в подсознании. Разделять их можно только условно, поскольку они находятся в тесной взаимосвязи. К внешним причинам возникновения стрессовой ситуации можно отнести значительные перемены в жизни, трудности в семье и в отношениях с другими людьми, проблемы материального характера, большую занятость на работе, личную жизнь. Внутренние причины и источники стресса – это пессимистические настроения, негативное восприятие самого себя, отсутствие настойчивости в достижении цели, ожидание нереального [7].

По мнению ученых, основная причина большого распространения стрессов, связана с ускорением научно-технического прогресса, в частности, с тем, что физиологические возможности человека не поспевают за радикальными изменениями образа жизни, стремительным

вторжением в нее новых видов материалов, средств передвижения и связи, за темпом предоставления разнообразной информации, внедрением в быт микроэлектронной техники и т.д. Люди не могут столь же быстро приспособиться к новым условиям и возможностям, надежно защитить себя от нежелательных последствий практического применения научно-технических достижений.

В работах К. Купер и Д. Маршалл отмечается, что для руководителей основным источником стресса являются профессиональные перегрузки. Американские ученые ввели понятие количественной и качественной перегрузки. Первая связана с наличием «слишком большого количества работы», «вторая - с тем, что работа «слишком сложная». Доказано, что в большинстве систем перегрузка ведет к деструкции вне зависимости от того, связана ли она с единичным биологическим звеном или руководителем организации [4].

Исследование, направленное на выявление проблем, приводящих к стрессу из-за дистанционной работы в период самоизоляции, проводилось весной 2020 года базе Ингушского государственного университета. Работа проводилась в три этапа: теоретический анализ научно-методической литературы; определение основных проблем, приводящих к стрессу из-за дистанционной работы в период самоизоляции; уточнения проблем влияния стресса на сотрудников в процессе дистанционной работы в условиях пандемии. В опросе приняли участие 60 преподавателей Ингушского государственного университета.

На вопрос: «С какими трудностями вы столкнулись при дистанционном формате работы в условиях пандемии?» Ответы преподавателей были классифицированы по основным группам:

- уровень нагрузки (увеличение времени на подготовку к занятиям – 93% всех преподавателей;

- сложности подачи учебного материала (неготовность и неумения работать дистанционно и др.) – 70% всех преподавателей;

- технические проблемы при работе с электронной образовательной средой, e-mail, Zoom и др. – 67% преподавателей;

- недостаточное взаимодействие со студентами вуза – 48% преподавателей.

Остальные причины были объединены в пятую группу. К другим причинам были отнесены проблемы со своим здоровьем, материальные трудности, проблемы с родными и др.

Выявленные стрессовые ситуации подводят нас к необходимости проведения дальнейшего исследования особенностей дистанционной работы преподавателей в условиях пандемии и определения возможностей повышения стрессоустойчивости. Дополнительно рекомендуются поддержка преподавателей бесплатной психологической помощью на базе вуза, поскольку условия пандемии предъявляют повышенные требования к стрессоустойчивости не только преподавателей, но и остальных участников образовательной среды и возможностям их адаптации к произошедшим изменениям.

Таким образом, стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Причинами профессионального стресса в нашем исследовании явились вышеуказанные психологические факторы. Данные факторы обуславливают характер ответных реакций, при этом они индивидуальны и не всегда могут быть предсказуемы.

Список литературы

1. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. СПб.: Речь, 2010. 169 с.
2. *Гринберг Дж.С.* Управление стрессом. СПб.: Питер, 2011. 496 с.
3. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М., 2007. 680 с.

4. *Купер К.Л., Маршал Дж.* Источники стресса «белых воротничков» // Психология труда и организационная психология. Современное состояние и перспективы развития. М.: Радекс, 1995.
 5. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 2011.
 6. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 2009.
 7. *Щербатых Ю.В.* Психология стресса. М.: Эксмо, 2008. 304 с.
-

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

Тухужева Л.А.

*Тухужева Ляна Анзоровна - студент,
Институт педагогики,
психологии и физкультурно-спортивного образования
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик*

Аннотация: *в данной статье подробно рассматриваются психологические особенности младшего школьника и их влияние на учебную успеваемость.*

Ключевые слова: *младший школьник, учитель.*

Младшим школьным возрастом принято считать возраст детей примерно от 7 до 10-11 лет, что соответствует годам его обучения в начальных классах. Это возраст относительно спокойного и равномерного физического развития.

Поступление в школу вносит важнейшие изменения в жизнь ребёнка. Резко изменяется весь уклад его жизни, его социальное положение в коллективе, семье. Основной, ведущей деятельностью становится отныне учение, важнейшей обязанностью – обязанность учиться, приобретать знания.

На первых порах учащиеся начальной школы хорошо учатся, руководствуясь своими отношениями в семье, иногда ребёнок хорошо учится по мотивам взаимоотношений с коллективом. Большую роль играет и личный мотив: желание получить хорошую оценку, одобрение учителей и родителей.

Формирование интереса к содержанию учебной деятельности, приобретению знаний связано с переживанием школьниками чувства удовлетворения от своих достижений. А подкрепляется это чувство одобрением, похвалой учителя, который подчёркивает каждый, даже самый маленький успех, самое маленькое продвижение вперёд. Младшие школьники испытывают чувство гордости, особый подъём сил, когда учитель хвалит их.

Учебная деятельность в начальных классах стимулирует, прежде всего, развитие психических процессов непосредственного познания окружающего мира – ощущений и восприятий. Младший школьник с живым любопытством воспринимает окружающую среду, которая с каждым днём раскрывает перед ним всё новые и новые стороны.

Наиболее характерная черта восприятия этих учащихся – его малая дифференцированность, где совершают неточности и ошибки в дифференцировке при восприятии сходных объектов. Следующая особенность восприятия учащихся в начале младшего школьного возраста – тесная связь его с действиями школьника. Восприятие на этом уровне психического развития связано с практической деятельностью ребёнка. В процессе обучения восприятие углубляется, становится более анализирующим, дифференцирующим, принимает характер организованного наблюдения.

Некоторые возрастные особенности присущи вниманию учащихся начальных классов. Основная из них – слабость произвольного внимания. Возможности волевого регулирования внимания, управления им в начале младшего школьного возраста ограничены. Произвольное внимание младшего школьника требует так называемой близкой мотивации.

Значительно лучше в младшем школьном возрасте развито непроизвольное внимание. Всё новое, неожиданное, яркое, интересное само собой привлекает внимание учеников, без всяких усилий с их стороны.

Возрастные особенности памяти в младшем школьном возрасте развиваются под влиянием обучения. Усиливается роль и удельный вес словесно-логического, смыслового запоминания и развивается возможность сознательно управлять своей памятью и регулировать её проявления.

Основная тенденция развития воображения в младшем школьном возрасте – это совершенствование воссоздающего воображения. Оно связано с представлением ранее воспринятого или созданием образов в соответствии с данным описанием, схемой, рисунком и т. д. Воссоздающее

воображение совершенствуется за счёт всё более правильного и полного отражения действительности.

Под влиянием обучения происходит постепенный переход от познания внешней стороны явлений к познанию их сущности. Мышление начинает отражать существенные свойства и признаки предметов и явлений, что даёт возможность делать первые обобщения, первые выводы, проводить первые аналогии, строить элементарные умозаключения. На этой основе у ребёнка постепенно начинают формироваться элементарные научные понятия.

Младший школьный возраст – возраст достаточно заметного формирования личности. Для него характерны новые отношения со взрослыми и сверстниками, включение в целую систему коллективов, включение в новый вид деятельности – учение, которое предъявляет ряд серьёзных требований к ученику.

Список литературы

1. *Выготский Л.С.* Психология / Л.С. Выготский. Москва: ЭКСМО - Пресс, 2010.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ИЗДАТЕЛЬСТВО
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:
153008, Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ
ТЕЛ.: +7 (915) 814-09-51.**

**[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)**

**ИЗДАТЕЛЬ:
ООО «ОЛИМП»
УЧРЕДИТЕЛЬ: ВАЛЬЦЕВ СЕРГЕЙ ВИТАЛЬЕВИЧ
108814, Г. МОСКВА, УЛ. ПЕТРА ВЯЗЕМСКОГО 11/2**



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»
HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 **РОСКОНАДЗОР**
СВИДЕТЕЛЬСТВО ЭЛ № ФС 77–65699



INTERNATIONAL STANDARD
SERIAL NUMBER 2542-081X

Российская
книжная палата
ТАСС

 Google™
scholar

 **РОССИЙСКИЙ
ИМПАКТ-ФАКТОР**
IMPACT-FACTOR.RU



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ЦЕНА СВОБОДНАЯ