

Исследование выявило взаимосвязь актуального и потенциального в развитии аксиологического потенциала личности, свидетельствующая о диалогическом характере изучаемого феномена и раскрывающая педагогическую сущность обеспечения ценности, мотивации достижений, контроля, актуализации субъектной позиции студента – будущего учителя – в познавательной, преобразующей, креативной деятельности в образовательном пространстве вуза.

Доказано наличие устойчивой взаимосвязи (зависимости) развития академической зрелости студента от уровня ценностного самоопределения и степени сформированности познавательной самостоятельности студентов. Раскрыта взаимосвязь аксиологии и

инноватики как ведущая линия развития профессионально значимых ориентаций будущего учителя.

Исследование показало, что именно наличие богатого, накопленного личностью в студенческие годы потенциала, может обеспечить непрерывное общее и профессиональное развитие учителя с инновационным стилем научно-педагогического мышления и деятельности.

Работа представлена на III научную конференцию «Фундаментальные и прикладные исследования. Образование, экономика и право» 3-10 сентября 2005г. Римини (Италия). Поступила в редакцию 01.08.2005 г.

Медицинские науки

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВОЙ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф.,
Макаренко Н.В., Максимов А.Ю., Демидова А.А.
*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
Ростов-на-Дону*

Целью исследования явилось изучить методы коррекции белковой и энергетической недостаточности у больных раком пищевода в отдаленный период одномоментного и двухэтапного хирургического лечения.

Среди больных раком пищевода были выделены группы: основная и контрольная. Основная группа – пациенты, которым была предпринята одномоментная субтотальная резекция пищевода и пластика желудком (операция типа Льюиса) (n=128). Контрольная группа – пациенты, которым выполняли двухэтапную операцию: на первом этапе – резекция опухоли пищевода с формированием эзофаго- и гастростомы, на втором этапе – формирование искусственного пищевода из желудка (желудочный стебель) (n=119).

Среди пациентов основной группы через 6 мес. после операции 33% больных имели белковую недостаточность, у 67% питательный статус был в рамках компенсации. Среди больных контрольной группы 66% пациентов имели нарушения трофического статуса, а у 34% белковой и энергетической недостаточности не было. Итак, среди пациентов контрольной группы количество больных, нуждающихся в коррекции белкового обмена, было большим.

После белковой и энергетической коррекции смесью «Берламин модуляр» у больных основной группы содержание белков в крови увеличилось на 28,1% (p<0,05), альбуминов – на 58,7% (p<0,05) и альбумино-глобулиновый индекс возрос на 44,9% (p<0,05). У больных контрольной группы содержание белков в крови увеличилось на 21,9% (p<0,05), альбуминов – на 13% (p<0,05) и альбумино-глобулиновый

индекс возрос на 26% (p<0,05). Изучение динамики содержания токсичных остаточных продуктов белкового обмена у больных с белковой недостаточностью после лечения показало, что у больных основной группы происходило достоверное снижение мочевины в крови на 40,3% (p<0,05), креатинина – на 12% (p<0,05). У пациентов контрольной группы имело место снижение мочевины в крови на 34,2% (p<0,05), креатинина – на 18,3% (p<0,05).

Таким образом, у больных основной группы в отличие от пациентов контрольной группы коррекция белкового обмена была более качественной.

Итак, применение питательной смеси «Берламин модуляр» способствовало компенсации питательной недостаточности. У больных основной группы по сравнению с контрольной встречаемость белковой недостаточности была ниже, а ее компенсация происходила в большей мере. Данное обстоятельство можно объяснить тем, что больные после операции Льюиса могут осуществлять пероральный прием жидкой пищи уже со 2-го дня после операции, когда у больных контрольной группы питание в первые месяцы после операции зондовое.

ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф.,
Макаренко Н.В., Максимов А.Ю., Демидова А.А.
*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
Ростов-на-Дону*

Целью исследования явилось изучить динамику личностно-социальной реабилитации у больных раком пищевода в отдаленный период одномоментного и двухэтапного хирургического лечения;

Среди больных раком пищевода были выделены группы: основная и контрольная. Основная группа – пациенты, которым была предпринята одномоментная субтотальная резекция пищевода и пластика желуд-

ком (операция типа Льюиса) (n=128). Контрольная группа – пациенты, которым выполняли двухэтапную операцию: на первом этапе – резекция опухоли пищевода с формированием эзофаго- и гастростомы, на втором этапе – формирование искусственного пищевода из желудка (желудочный стебель) (n=119). Для выявления особенностей психического статуса больных проводили экспериментально-психологическое исследование личности и реагирования на заболевание путем сопоставления усреднённых профилей личности по данным Миннесотского многопрофильного личностного опросника S. R. Hathaway.

Усреднённый профиль личности больных контрольной группы характеризовался в отличие от пациентов основной группы большим невротическим уклоном, значительным преобладанием показателей по шкалам невротической триады, выраженными пиками 1-й (ипохондрия, соматизация тревоги) и 3-й (истерия, эмоциональная лабильность) шкал, а также существенным подъёмом по шкале «0» (социальная дезадаптация) и более выраженным, чем у больных основной группы, снижением профиля по 9-й шкале.

Профиль личности больных основной группы отличался меньшей дисгармоничностью: менее выраженными пиками по 2-й (тревога, депрессия) и 6-й (паранойя, ригидность) шкалам, меньшими показателями по 1-й (ипохондрия, соматизация тревоги), 3-й (истерия, эмоциональная лабильность), 8-й (аутизация) и 0-й (социальная дезадаптация) шкалам.

В динамике отдаленного послеоперационного периода у больных контрольной группы «невротический уклон» профиля личности, выраженность социальной дезадаптации, депрессивности и психопатизации снижались в меньшей мере, чем у пациентов основной группы.

Компоненты боли, уровень депрессии и ситуационной тревожности у пациентов после операции Льюиса были ниже. Это привело к повышению самоконтроля над ситуацией, более высокой самооценке участия окружающих в сложившейся ситуации, повышению качества жизни. Для больных контрольной группы в отдаленный послеоперационный период была характерна дисгармоничность межличностных отношений, которая усиливала социальную дезадаптацию больных. Итак, личностно-социальная реабилитация больных основной группы по сравнению с контрольной группой проходила успешнее.

ТЕМПЫ И ОБЪЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф.,
Макаренко Н.В., Максимов А.Ю., Демидова А.А.
*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
Ростов-на-Дону*

Целью исследования явилось изучить динамику психологической реабилитации у больных раком пищевода в отдаленный период одномоментного и двух-

этапного хирургического лечения.

Среди больных раком пищевода были выделены группы: основная и контрольная. Основная группа – пациенты, которым была предпринята одномоментная субтотальная резекция пищевода и пластика желудка (операция типа Льюиса) (n=128). Контрольная группа – пациенты, которым выполняли двухэтапную операцию: на первом этапе – резекция опухоли пищевода с формированием эзофаго- и гастростомы, на втором этапе – формирование искусственного пищевода из желудка (желудочный стебель) (n=119). Для изучения оценки больными своего самочувствия, активности и настроения использовали тест дифференциальной самооценки функционального состояния, основанный на принципах полярных профилей Ч. Осгуд. Для оценки качества жизни использовали опросник ECOG-ВОЗ.

У больных основной группы величина самооценки настроения через 3 месяца была $2,9 \pm 0,002$ баллов, через 6 месяцев – $3,6 \pm 0,003$ баллов и через 12 месяцев – $4,9 \pm 0,001$ баллов. У пациентов контрольной группы величина самооценки настроения через 3 месяца была $1,9 \pm 0,002$ баллов, через 6 месяцев – $2,3 \pm 0,003$ баллов и через 12 месяцев – $2,4 \pm 0,001$ баллов. У больных основной группы величина самооценки самочувствия через 3 месяца была $3,2 \pm 0,001$ баллов, через 6 месяцев – $4,7 \pm 0,002$ баллов и через 12 месяцев – $4,4 \pm 0,003$ баллов. У пациентов контрольной группы величина самооценки самочувствия через 3 месяца была $2,3 \pm 0,001$ баллов, через 6 месяцев – $2,8 \pm 0,002$ баллов и через 12 месяцев – $3,0 \pm 0,001$ баллов.

По результатам анализа качества жизни по опроснику ECOG-ВОЗ установлено, что через 3 мес после операции оценка качества жизни пациентами изучаемых групп практически не имела различий. Через 6 мес и через 1 год больные основной группы оценивали качество жизни выше.

Оценивая влияние психического здоровья на качество жизни у больных основной группы, обращала внимание склонность к депрессивным состояниям у 39% больных. Величина психической составляющей здоровья у больных основной группы была $53,2 \pm 1,9$. При оценке психического здоровья в контрольной группе больные отмечали частые смены настроения, склонность к невротизации. У 35,6% пациентов была отмечена депрессия. Средняя оценка психического здоровья соответствовала $40,2 \pm 1,9$ баллам.

Итак, психологическая реабилитация больных раком пищевода после операции Льюиса проходила более высокими темпами и с большей производительностью.