профессионального образования (особенно, в высшей школе) в большей степени связана с классической университетской традицией, находящей свое обоснование в идеях платонизма, новоевропейского рационализма, философии культуры и др.

С другой стороны, компетентностный подход укоренен в неклассических представлениях позитивизма и прагматизма, современной теории менеджмента, тестологии. Несмотря на кажущуюся абстрактность, приведенное различие оказывает значимое влияние и на структуру описательных процедур. Так, российское педагогическое сознание в существенной степени - объектоцентрично, т.е. в большинстве используемых концепций основным элементом содержания являются объекты и знания о них. Соответственно, и компетенция в российском смысле определяется как способ деятельности в отношении определенных объектов.

Список используемых источников информации

1. Байденко В.И. Компетенции: к освоению компетентностного подхода. М. Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004.
2. Болотов В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе. Педагогика. -2003 № 10.
3. Иванов Д.А. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий. М.: АПК и ПРО, 2003.
4. Зеер Э.Ф. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход. М.-2005.
5. Зимняя И.А. Инновационно-компетентностная программа по учебной дисциплине: опыт проектирования. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2008.
6. Эльконин Д.Б. Понятие компетентности с позицией развивающего обучения. Красноярск, 2002.
7. Лебедев О.Е. Компетентностный подход в образовании. 2004. № 5

Казанцева Е.С., Фокеев С.Д.

Особенности свёртывания крови и белок-синтетической функции печени у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой и острым холангитом

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»

(Россия, Барнаул)

doi:10.18411/lj2016-4-09

Резюме

Проведено исследование у 106 пациентов коагуляционных свойств крови и белковообразовательных функций печени у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой и острым холангитом. Гемокоагуляционные свойства крови изучались по изменению активности V и VII факторов свертывания. Белковообразовательная функция печени определялась по активности V, VII факторов свертывания крови и основных физиологических антикоагулянтов – антитромбина III и протеина С. Ведущей причиной снижения свертываемости крови служило нарушение синтеза витамин К-зависимых факторов при умеренных изменениях со стороны фактора V, антитромбина III и протеина С.

Ключевые слова: гемостаз, рак поджелудочной железы, острый холангит, механическая желтуха

Введение.

В экономически развитых странах увеличивается частота рака панкреатодуоденальной зоны, на который приходится 7% в структуре злокачественных новообразований [4, 11]. Основным клиническим признаком у 70%–80% этой группы больных, служит механическая желтуха [2, 3], которая значительно ухудшает состояние пациентов, увеличивает риск развития печёночной и почечной недостаточности, тромбгеморрагического синдрома и холемического кровотечения, холангиогенных абсцессов печени, билиарного сепсиса, а также ряда других осложнений [6]. Эта проблема становится более актуальной из-за сочетания механической желтухи с острым холангитом в 84% случаях [3, 7], а также количеством пациентов пожилого и старческого возрастов, у которых летальность составляет 50-75%. На этом фоне происходит недостаточное усвоение витамина К, проявляющееся

нарушением синтеза К- зависимых про- и антикоагулянтов, и развитие интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, связанных с нарушением гемокоагуляции [1, 8].

Цель работы:

Изучить особенности свёртывания крови и белок-синтетической функции печени у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой и острым холангитом.

Материалы и методы

Проведено исследование системы гемостаза у 106 больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой (основная группа), находившихся на лечении в отделении хирургии КБУЗ «Городская больница № 5» г. Барнаула (клиническая база кафедры факультетской хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС им. И.И. Неймарка, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»).

Возраст больных варьировал от 41 до 86 лет, средний возраст составил $62,7 \pm 4,7$ года. Мужчин было 65 (61,3%), женщин - 41 (38,7%). Основная группа разделена на 2 подгруппы: 1-ая подгруппа – 68 больных с механической желтухой и 2-ая – 38 лиц, у которых механическая желтуха сочеталась с острым холангитом. При поступлении у всех обследованных пациентов была высокая концентрация билирубина, в среднем от 125,3 до 298,5 мкмоль/л.

Контрольную группу составили 31 практически здоровых лиц, без клинических или инструментальных признаков каких-либо заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными пациентами.

У всех исследуемых больных для оценки системы гемостаза забиралась кровь из локтевой вены при поступлении, а также на 3–5 и 7–10 сутки после операции, у лиц контрольной группы – однократно. Определялись следующие параметры крови:

- активность факторов V и VII в плазме крови («Coagulation Factor V Deficient Plasma», «Coagulation Factor VII Deficient Plasma», фирмы Siemens) с применением полуавтоматического коагулометра Start 4 (Stago);

- активность антитромбина III («ХромоТех-Антитромбин», фирмы Технология-Стандарт) и протеина С в плазме крови («Berichrom Protein C», фирмы Siemens) с использованием автоматического коагулометра Sysmex CA-1500 (Sysmex Corporation);

Предоперационная подготовка включала: инфузионную терапию с целью коррекции водно-электролитных нарушений и детоксикации, антибактериальную терапию (парентеральное введение антибиотиков цефалоспоринового ряда, аминогликозидов, фторхинолонов и метронидазола в различных комбинациях), а также спазмолитическую терапию в соответствии с имеющимися рекомендациями.

Выполняли следующие виды операций - наложение холецисто- и гепатикоеюноанастомозов с межкишечным соустьем по Брауну и на отключенной кишечной петле по Ру – у 72 (67,9%) больных; гастропанкреатодуоденальную резекцию, наложение сквозного транспеченочного дренажа, наружное дренирование общего желчного протока по Керру, а также наложение холецистостомы - у 34 (32,1%) пациентов.

Результаты и обсуждение

У больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённого механической желтухой, показатели активности V фактора до и после операции по сравнению с данными контрольной группы не имели статистически значимых различий (таблица 1). На 3–5 сутки после операции активность V фактора по сравнению с исходными данными возросла на 14,63% ($p < 0,02$).

У пациентов с механической желтухой без признаков острого холангита показатели активности V фактора не отличались от контрольных данных.

Присоединение острого холангита сопровождалось снижением активности V фактора по сравнению с данными контрольной группы до операции на 23,45% ($p < 0,05$), после операции на 3–5 сутки – на 17,63% ($p < 0,01$), на 7–10 сутки – на 19,59% ($p < 0,01$).

В подгруппе больных с острым холангитом по сравнению с подгруппой пациентов, у которых острый холангит не отмечен, различия показателей активности V фактора были статистически значимы и снижением их в подгруппе с острым

холангитом до операции на 20,62% ($p < 0,05$), после операции на 3-5 сутки – на 26,16% ($p < 0,01$), на 7-10 сутки – на 29,59% ($p < 0,01$).

При исследовании активности фактора VII у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой, по сравнению с контрольными данными установлено (таблица 2), что до и после операции у пациентов она была снижена: до операции – на 74,82% ($p < 0,001$), на 3-5 сутки после операции на 55,18% ($p < 0,001$), на 7-10 сутки – на 60,3% ($p < 0,001$). В динамике у больных механической желтухой на 3-5 сутки после операции активность фактора VII возросла на 19,64% ($p < 0,001$) и оставалась на этом уровне на 7-10 сутки после операции, превышая к этому сроку уровень активности до операции на 14,52% ($p < 0,001$).

У больных механической желтухой без признаков острого холангита показатели активности VII фактора были меньше контрольных данных до операции на 66,97% ($p < 0,001$), на 3-5 сутки после операции на 51,22% ($p < 0,001$), на 7-10 сутки – на 66,49% ($p < 0,001$). У этих больных активность фактора VII после операции вначале (на 3-5 сутки) возросла на 15,75% ($p < 0,01$), а затем снизилась на 15,37% ($p < 0,01$).

У пациентов с острым холангитом показатели активности VII фактора до и после операции были ниже контрольных: до операции на 87,03% ($p < 0,001$), на 3-5 сутки после операции – на 64,67% ($p < 0,001$), а на 7-10 сутки – на 44,27% ($p < 0,001$). В динамике в этой группе больных активность VII фактора постепенно статистически значимо повышалась с 13,44% - 35,80% - 56,20% ($p < 0,01$).

В подгруппах больных в зависимости от наличия острого холангита взаимоотношения уровня активности VII фактора в разные сроки были противоположными. До операции и на 3-5 сутки после операции при присоединении острого холангита активность VII фактора была ниже до операции на 22,06% ($p < 0,01$), на 3-5 сутки после операции – на 13,45% ($p < 0,02$), а на 7-10 сутки после операции – выше на 22,22% ($p < 0,01$).

Активность протеина С (%) у пациентов раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой, независимо от наличия острого холангита, до и после операции статистически была такой же, как в контрольной группе (таблица 3). Аналогичная ситуация имела место у больных механической желтухой без признаков острого холангита. У пациентов с механической желтухой и острым холангитом до операции активность протеина С была выше контрольных данных на 13,10% ($p < 0,05$). В целом в динамике - ни в основной группе, ни в подгруппах больных не отмечено статистически значимых изменений активности протеина С.

Активность антитромбина III у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой превышала контрольные данные на 13,63% ($p < 0,001$); (таблица 4). После операции она находилась на уровне контрольных показателей. В динамике после операции на 3-5 сутки она уменьшилась на 8,96% ($p < 0,001$) и оставалась на таком уровне на 7-10 сутки после операции.

У пациентов с механической желтухой без признаков острого холангита активность антитромбина III до операции была выше контрольных данных на 10,91% ($p < 0,001$) и оставалась повышенной на 7-10 сутки после операции на 7,8% ($p < 0,01$). В динамике в этой подгруппе изменения уровня активности антитромбина III были статистически не значимы.

У больных с механической желтухой без признаков острого холангита до операции активность антитромбина III была выше контрольных данных на 18,74% ($p < 0,001$). В динамике активность антитромбина III в этой подгруппе на протяжении периода наблюдения постепенно уменьшался: 118,11% - 103,22% - 94,32% ($p < 0,05$).

При сравнении показателей активности антитромбина III между подгруппами пациентов в зависимости от наличия острого холангита отмечено, что до операции его активность была выше на 7,83% ($p < 0,02$) при наличии острого холангита, на 3-5 сутки после операции её уровень в подгруппах был одинаковым, а на 7-10 день после операции стал ниже при остром холангите на 12,81% ($p < 0,001$).

Заключение

У исследованных больных продукцию гепатоцитами фактора V и физиологических антикоагулянтов (антитромбина III и протеина С) сказывалось на образовании полноценного и активного фактора VII, синтез которого происходит при участии витамина К. Полученные данные имеют клиническое значение, поскольку

расшифровка механизмов гипокоагуляции при раке панкреатодуоденальной зоны, осложнённым острым холангитом, позволяет разрабатывать новые пути корригирующей терапии.

Таблица 1.

Динамика активности V фактора (%), у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой

Сроки исследования (суток) и «р»		Контрольная группа (к) (n=31)		Основная группа (о) (n=106)		Подгруппа основной группы							
						первая (1) (n=68)		вторая (2) (n=38)		p _{к-о} >	p ₁₋₂ <	p _{1-к} >	p _{2-к} <
		$\overline{X}$	$\pm m$	$\overline{X}$	$\pm m$	$\overline{X}$	$\pm m$	$\overline{X}$	$\pm m$				
при поступлении		101,6 3	5,46	90,08	4,67	98,8 0	5,3 7	78,1 8	8,6 3	0,05	0,05	0,05	0,05
после операц ии	3-5			104,7 1	3,51	110, 16	5,0 0	84,0 0	2,5 9	0,05	0,00 1	0,05	0,01
	7-10			99,62	4,03	111, 63	4,9 6	82,0 4	4,8 6	0,05	0,00 1	0,05	0,01
P1-(3-5)				< 0,02		>0,05		>0,05					
P(3-5)-(7-10)>				0,05		0,05		0,05					
P1-(7-10)>				0,05		0,05		0,05					

Таблица 2.

Динамика активности VII фактора (%), у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой

Сроки исследования (суток) и «р»		Контрольн ая группа (к) (n=31)		Основная группа (о) (n=106)		Подгруппа основной группы							
						первая (1) (n=68)		вторая (2) (n=38)		Р _{к-о} <	Р ₁₋₂ <	Р _{1-к} <	Р _{2-к} <
		X	± m	X	± m	X	± m	X	± m				
при поступлении		100,4 7	4,02	25,65	3,12	33,5 0	3,8 0	13,4 4	4,9 3	0,00 1	0,01	0,00 1	0,001
после операц ии	3-5			45,29	2,82	49,2 5	3,7 7	35,8 0	3,8 3	0,00 1	0,02	0,00 1	0,001
	7-10			40,17	3,18	33,9 8	5,3 7	56,2 0	5,1 7	0,00 1	0,01	0,00 1	0,001
P1-(3-5) <				0,001		0,01		0,001					
P(3-5)-(7-10)				>0,05		<0,02		<0,01					
P1-(7-10)				<0,001		>0,05		<0,001					

Таблица 3.

Динамика активности протейна – С (%), у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой

Сроки исследования (суток) и «р»		Контрольная группа (к) (n=31)		Основная группа (о) (n=106)		Подгруппа основной группы							
						первая (1) (n=68)	вторая (2) (n=38)	P _{к-о} >	P ₁₋₂ >	P _{1-к} >	P _{2-к}		

		$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$				
при поступлении		95,50	4,20	108,1 5	8,36	104,67	10,61	118,60	10,46	0,05	0,05	0,05	<0,05
после операции	3-5			99,22	6,01	102,73	7,11	93,71	11,07	0,05	0,05	0,05	0,05
	7-10			106,13	7,95	114,60	9,11	89,2	13,50	0,05	0,05	0,05	0,05
P1-(3-5)>				0,05		0,05		0,05					
P(3-5)-(7-10)>				0,05		0,05		0,05					
P1-(7-10)>				0,05		0,05		0,05					

Таблица 4.

Динамика активности антитромбина III (%), у больных раком панкреатодуоденальной зоны, осложнённым механической желтухой

Сроки исследования (суток) и «р»	Контроль - ная группа (к) (n=31)		Основная группа (о) (n=106)		Подгруппа основной группы							
					первая (1) (n=68)		вторая (2) (n=38)		Р к-о	Р 1-2	Р 1-к	Р 2-к
	$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$	$\bar{X}$	$\pm m$				
при поступлении			113,10	1,82	110,28	2,58	118,11	1,88	<0,001	<0,02	<0,001	<0,001
после операции	3-5	99,37	1,78	104,14	1,89	104,66	2,48	103,22	2,91	>0,05	>0,05	>0,05
	7-10			102,50	1,71	107,13	2,07	94,32	2,56	>0,05	<0,001	<0,01
P1-(3-5)				<0,001		>0,05		<0,001				
P(3-5)-10				>0,05		>0,05		<0,05				
P1-10				<0,001		>0,05		<0,001				

Список используемых источников информации

1. Баркаган, З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. - Издание 3-е. - М.: Ньюдиамед, 2008. - 292 С.
2. Ветшев, П.С. Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механической желтухе / П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.Г. Бардаков // Вестн. хирургич. гастроэнтерологии. - 2008. - № 2. - С. 24-32.
3. Гальперин, Э.И. Оптимальный уровень общего билирубина перед выполнением окончательного этапа лечения при механической желтухе опухолевой этиологии / Э.И. Гальперин, А.Е. Котовский, О.Н. Момунова // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т.16. - №1. - С. 45-51.
4. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2009. - Т. 20. - № 3 (77). - Прил. 1. - 158 С.
5. Долгов, В.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза / В.В. Долгов, П.В. Спирин. - М.: Триада, 2005. - С. 142-143.
6. Дусбоев, А. Особенности лечения острого холангита у пожилых больных / А. Дусбоев, А.К. Хайитов // Анн. хирургич. гепатологии. - 2005. - Т. 10, № 2. - С. 193-194.
7. Меджидов, Р.Т. Хирургическая тактика при остром холангите / Р.Т. Меджидов, М.А. Хамидов, М.А. Алиев и др. // Анн. хирургич. гепатологии. - 2003. - Т. 8, № 2. - С. 321.
8. Момот, А.П. Патология гемостаза принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики / А.П. Момот. - СПб., 2006.
9. Современные методы распознавания состояния тромботической готовности: монография /А.П. Момот, Л.П. Цывкина, И.А. Тараненко и др. [под научн. ред. А.П.Момота]. - Барнаул: Изд-во Алтайского государственного университета, 2011. - 138 С.
10. Шойхет, Я.Н. О роли и взаимосвязи гемостатических и воспалительных реакций в формировании очагов гнойной деструкции органов и тканей / Я.Н. Шойхет, А.П. Момот // Проблемы клинической медицины. - 2008. - № 4(16). - С.102-117.

11. Greenlee, R.T. Cancer statistics, 2001 / R.T. Greenlee, M.B. Hill-Harmon, T. Murray, M. Thun // Cancer J. Clin. – 2001. – Vol. 51, N 15. – P. 36.
12. Katsinelos, P. Recurrent cholangitis as the first manifestation of an intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas / P. Katsinelos, G. Paroutoglou, A. Beltsis et al. // Rom J Gastroenterol. – 2005. – Vol. 14. – P. 169-172.

Конищева А.Н.

Специфика организации познавательной деятельности иностранных студентов на этапе предвузовской подготовки

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
(Россия, Белгород)
doi:10.18411/lj2016-4-10*

Обучение русскому языку как иностранному рассматривается как основная часть предвузовской подготовки иностранных студентов, целью которой является формирование и развитие коммуникативной компетенции, позволяющей осуществлять коммуникацию как в ситуациях повседневного общения, так и в сфере профессиональных интересов. Специфика этапа предвузовской подготовки иностранных студентов проявляется, прежде всего, в его интенсивности, обусловленной необходимостью овладения основами русского языка в сжатые сроки, а также в необходимости обучать специалистов-нефилологов на изучаемом языке в соответствии с их потребностями для успешного осуществления дальнейшей образовательной деятельности.

В небольших учебных группах при краткосрочном обучении наиболее результативно применение интенсивных методов обучения, которые направлены на усвоение максимального объема материала в минимальные сроки. Отличительными особенностями интенсивных методов являются: 1) максимальная активизация обучающихся в ходе занятий (с этой целью предлагаются специальные задания в форме этюдов, ролевые игры, аудиовизуальные и компьютерные средства обучения); 2) мобилизация скрытых психологических резервов личности обучающихся; 3) использование всех средств воздействия на обучающихся. С помощью интенсивных методов обучения удается за сравнительно короткий отрезок времени сформировать и активизировать навыки и умения практического владения языком в пределах ограниченного набора тем и ситуаций, представляющих повышенный интерес для обучающихся. Тем самым в ходе интенсивного обучения максимально учитывается мотивационная сторона обучения. Мотивация на уроке обеспечивается, прежде всего, осознанием обучающимися успешности изучения иностранного языка, ощущением прогресса в обучении. Среди интенсивных методов обучения наиболее популярным является суггестопедический метод обучения (Г. Лозанов), который представляет собой систему введения и закрепления речевого материала в ситуациях общения, имитирующих естественную речевую среду, а также активизацию обучающихся в ходе учебного процесса и мобилизацию их скрытых психологических резервов [5, с. 52].

Результативность такого метода обучения русскому языку во многом зависит от интенсивности познавательной деятельности иностранных студентов как на занятиях в аудитории, так и во время внеаудиторной работы. Познавательная активность студентов невозможна без определенного уровня развития психических познавательных процессов, прежде всего мышления, поскольку осуществление рефлексии, самоконтроля и самооценки предполагает сформированность операций мыслительной деятельности: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и т. д. [6, с. 163].

По мнению Л.С. Выготского только правильно организованное обучение влечет за собой умственное развитие, способствует формированию продуктивного (творческого, теоретического) мышления, познавательной активности личности [2].

В связи с этим становится актуальным применение различных форм организации познавательной деятельности обучаемых, способствующих раскрытию резервных возможностей личности, которые бы позволили иностранным студентам повысить эффективность учебно-познавательного процесса.

Под формой организации познавательной деятельности следует понимать «...целенаправленно формируемый характер общения в процессе