

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.Х. Сатретдинова, Г.А. Самохина, Н.М. Травинская,
З.Ж. Джулдузбаева, Т.Н. Максимова

АННОТИРОВАНИЕ И РЕФЕРИРОВАНИЕ НАУЧНОГО ТЕКСТА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

для иностранных студентов 2-3 курсов, обучающихся по специальностям:

Лечебное дело
Педиатрия
Стоматология
Фармация

Астрахань
2015

УДК 80:81

ББК 81.2Рус-5:81.2.Рус-923

АННОТИРОВАНИЕ И РЕФЕРИРОВАНИЕ НАУЧНОГО ТЕКСТА:
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ для иностранных студентов 3-4 курсов, обучающихся по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, Фармация / **Сост.:** А.Х. Сатретдинова, Г.А. Самохина, Н.М. Травинская, З.Ж. Джулдузбаева, Т.Н. Максимова – Астрахань: Изд-во ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ, 2015 г. – 78 с.

Цель учебного пособия – способствовать развитию и совершенствованию навыков письменного аннотирования и реферирования научной литературы по специальности.

Пособие включает в себя материал для поэтапного обучения аннотированию и реферированию: образцы вопросного, назывного и тезисного планов, аннотации и реферата, составленных на материале одной научной статьи по каждому направлению подготовки, а также материалы для учебного и контрольного аннотирования и реферирования.

Предназначено для работы с иностранными студентами 2-3 курсов.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор Попов Е.А. (заведующий кафедрой поликлинического дела и скорой медицинской помощи, декан лечебного факультета), кандидат филологических наук, профессор АГМА Татаринова Л.А. (заведующая кафедрой иностранных языков педиатрического факультета с курсом латинского языка АГМА).

Рекомендовано к печати редакционно-издательским советом ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ.

© А.Х. Сатретдинова, Г.А. Самохина, Н.М. Травинская, З.Ж. Джулдузбаева, Т.Н. Максимова
© ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет»

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Аннотация, реферат, план	5
Схема-модель аннотации	7
Схема-модель реферата	7
Средства языкового оформления аннотации и реферата.	9

Раздел 1. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Занятие 1. Текст-образец	11
Занятие 2. Учебный текст для аннотирования	17
Занятие 3. Текст для контрольной аннотации	19
Занятие 4. Учебный текст для реферирования	21
Занятие 5. Текст для контрольного реферата	23

Раздел 2. ПЕДИАТРИЯ

Занятие 1. Текст-образец	27
Занятие 2. Учебный текст для аннотирования	32
Занятие 3. Текст для контрольной аннотации	35
Занятие 4. Учебный текст для реферирования	37
Занятие 5. Текст для контрольного реферата	40

Раздел 3. СТОМАТОЛОГИЯ

Занятие 1. Текст-образец	43
Занятие 2. Учебный текст для аннотирования	47
Занятие 3. Текст для контрольной аннотации	51
Занятие 4. Учебный текст для реферирования	52
Занятие 5. Текст для контрольного реферата	56

Раздел 4. ФАРМАЦИЯ

Занятие 1. Текст-образец	58
Занятие 2. Учебный текст для аннотирования	63
Занятие 3. Текст для контрольной аннотации	66
Занятие 4. Учебный текст для реферирования	69
Занятие 5. Текст для контрольного реферата	73

ПРЕДИСЛОВИЕ

Для того чтобы овладеть научными знаниями, необходимо научиться самостоятельно работать с книгой, выбирать нужную, главную информацию, овладеть правильной, научно обоснованной методикой аннотирования и реферирования, что поможет использовать ее в познавательной деятельности.

Чтение учебной и научной литературы - сложная умственная деятельность, от эффективности которой зависят успешность обучения и самообразования, а также степень развития умственных способностей студента. Чтение является не только важнейшим средством приобретения суммы знаний, но и незаменимой школой мышления, способом овладения искусством письменной речи.

Учебное пособие предназначено для работы с иностранными студентами 2 и 3 курсов на занятиях по русскому языку.

Цель пособия – способствовать развитию и совершенствованию навыков письменного аннотирования и реферирования научной литературы по специальности.

Пособие включает в себя материал для поэтапного обучения аннотированию и реферированию: образцы вопросного, назывного и тезисного планов, аннотации и реферата, составленных на материале одной научной статьи по каждому направлению подготовки, а также материалы для учебного, контрольного аннотирования и реферирования.

Приведенные в пособии языковые и речевые стандарты-клише рассчитаны на то, чтобы помочь иностранным учащимся ориентироваться в структуре и содержании аннотаций и рефератов.

В качестве учебного материала использованы оригинальные научные статьи из специализированных журналов и других изданий по соответствующим областям знаний.

АННОТАЦИЯ И РЕФЕРАТ

Аннотация (от лат. *annotatio* – замечание) – краткая характеристика текста (статьи, книги).

Структурно она состоит из двух частей: библиографического описания и текста аннотации. Библиографическое описание включает в себя фамилию и инициалы автора, название источника, место и время публикации. В тексте аннотации представлена информация об основном содержании статьи, перечень проблем и сообщение, для кого она предназначена.

Для составления аннотации необходимо:

- прочитать и понять текст;
- сформулировать тему и выявить проблематику статьи;
- кратко изложить основное содержание текста с помощью специальных языковых стандартов-клише.

Реферат (от лат. *referre* – докладывать, сообщать) – краткое изложение основного содержания научной работы, статьи, книги. Реферирование представляет собой интеллектуальный творческий процесс, включающий осмысление исходного текста, аналитико-синтетическое преобразование информации: описание текста, целевое извлечение наиболее важной информации, ее перераспределение и создание нового текста. Структура реферата включает в себя вступление, основную часть и заключение. Во вступлении дается общая характеристика источника. В основной части называется тема, выделяются проблемы и кратко излагаются основные положения статьи. Заключение представляет собой выводы автора.

Различают рефераты **репродуктивные** (реферат-конспект, реферат-резюме) и **продуктивные** (реферат-обзор, реферат-доклад). Репродуктивные рефераты воспроизводят содержание первичного текста. Продуктивные рефераты предполагают критическое или творческое осмысление литературы.

Реферат-конспект содержит в обобщенном виде фактографическую информацию, иллюстративный материал, сведения о методах исследования, о полученных результатах и возможностях их применения.

Реферат-резюме приводит только основные положения, тесно связанные с темой текста. В нем кратко характеризуются предмет исследования и результаты исследования.

Реферат-обзор охватывает несколько первичных текстов, дает представление разных точек зрения по конкретному вопросу.

Реферат-доклад дает анализ информации, приведенной в первоисточниках, и объективную оценку состояния проблемы.

Чтобы написать реферат, необходимо:

- прочитать и понять текст, разбить его на смысловые части;
- выделить основную информацию, записать ее в виде плана (вопросного, назывного или тезисного);
- определить тему текста, микротемы, известную (данную) информацию, новую информацию;
- выписать к каждому пункту плана ключевые слова и выражения, необходимые для изложения его смыслового содержания;
- переформулировать основные положения текста, используя экономичные способы передачи информации, различные виды трансформаций предложений;
- отобрать языковые средства (клише), оформляющие реферат;
- на основе полного анализа и отобранного языкового материала написать реферат.

План – это краткая программа изложения содержания книги, работы, статьи, схематически записанная, последовательно изложенная совокупность коротко сформулированных мыслей-заголовков. Проглядывая план, не читая самой книги (статьи), можно получить представление о ее содержании и схеме построения. В этой записи есть уже элементы обобщения, которые могут быть далее развиты в тезисах, конспектах, рефератах.

По структуре план может быть *простым, сложным и развернутым*. План может включать введение, основную часть и заключение. Сложный план в отличие от простого имеет ко всем основным пунктам еще и подпункты, которые детализируют или разъясняют содержание основных. Развернутый план содержит не только перечисление вопросов, но и раскрывает основные идеи произведения, может включать выдержки из него. По форме план бывает *назывной* (состоит из назывных словосочетаний), *вопросный* (состоит из вопросительных предложений) и *тезисный* (состоит из утвердительных предложений).

Удачно составленный план прочитанной книги или статьи свидетельствует об умении анализировать текст, о степени усвоения его содержания. План необходим для работы, так как он помогает осмыслить материал, продумать четкую структуру работы, систематизировать накопленные материалы.

СХЕМА-МОДЕЛЬ АННОТАЦИИ

Аннотируемая статья ... (название в кавычках, фамилия или фамилии и инициалы авторов) помещена (опубликована) в журнале ... (название и номер журнала, место и время публикации).

Она посвящена теме (проблеме, вопросу) ... В данной статье анализируются следующие проблемы: ... (излагаются такие проблемы, как ...; исследуются процессы, свойства, материалы ...; описываются особенности, виды, результаты ...; дается характеристика ...).

В статье автор рассматривает способы (методы, виды) ...; пишет о значении (результатах) ...; раскрывает сущность (причины, основные положения) ...; доказывает роль (значение, влияние) ...

Большое место в статье занимает рассмотрение ... Главное внимание обращается на ... Подробно освещаются такие вопросы, как...

В заключение автор делает вывод (приходит к выводу) о том, что ...

Статья рассчитана (на кого), предназначена (для кого), адресована (кому), может представлять интерес (для кого).

СХЕМА-МОДЕЛЬ РЕФЕРАТА

Общая характеристика текста

Реферируемый текст представляет собой статью ... (фамилия / фамилии авторов), опубликованную в журнале ... (название, год, номер).

Статья озаглавлена (называется, носит название) ...

Проблематика статьи

Статья посвящена теме (проблеме, вопросу) ... Тема статьи – ... Эта статья на тему о ... Перечисление основных проблем.

В этой (данной, предложенной, настоящей, рассматриваемой, реферируемой) статье (работе, главе, исследовании, тексте) автор ставит (поднимает, выдвигает, рассматривает) ряд (два, несколько) важных (следующих, основных, существенных, главных, интересных, актуальных, спорных) вопросов (проблем).

Назовем (перечислим) эти проблемы: ...

Автор затрагивает (ставит, освещает) вопрос о...

Композиция статьи. Переход к анализу некоторых вопросов

Статья делится на ..., состоит из...начинается с ..., заканчивается (словами)...

Во вступительной части речь идет о том, что..., говорится о..., ставится вопрос о том, что...

В основной части говорится о ..., дается описание..., анализируется..., дается характеристика (чего). Значительное место отводится (чему), большое

внимание уделяется (чему). Среди перечисленных вопросов наиболее интересным, с нашей (моей) точки зрения, является вопрос о ...

Одним из самых существенных (важных, актуальных) вопросов, по моему мнению (на мой взгляд, с моей точки зрения; как мне кажется, представляется, думается), является вопрос о ...

В статье имеются (содержатся) ценные сведения, важные неопубликованные данные (о чем), убедительные доказательства (чего).

Хотелось бы (можно, следует) остановиться на вопросе ...

Важно отметить, что...; необходимо подчеркнуть, что...; надо сказать, что...

Автор пишет (утверждает, говорит), что ... Автор подробно описывает, рассматривает, характеризует (что), останавливается (на чем), убедительно доказывает, подробно исследует (что).

Далее (затем, после того) автор переходит к проблеме ...

Сущность ее сводится к тому (к следующему): ...

В подтверждение своей мысли автор приводит следующие факты (цифры, данные, таблицы): ...

Переход к общему выводу

В заключение автор приходит к выводу о том, что ...

Автор делает вывод (заключение): ...

В итоге можно прийти к выводу, что ...

В заключение можно сказать, что ...

Использование цитат в реферате

В реферате могут быть использованы цитаты из реферируемой работы. Они всегда ставятся в кавычки. Следует различать три вида цитирования, при этом знаки препинания ставятся, как в предложениях с прямой речью.

1. Цитата стоит после слов составителя реферата. В этом случае после слов составителя реферата ставится двоеточие, а цитата начинается с большой буквы. Например: *Автор статьи утверждает: “Эволюционные процессы всегда являются приспособлениями к изменившимся условиям среды”.*

2. Цитата стоит перед словами составителя реферата. В этом случае после цитаты ставится запятая и тире, а слова составителя реферата пишутся с маленькой буквы. Например: *“Эволюционные процессы всегда являются приспособлениями к изменившимся условиям среды”, - утверждает автор статьи.*

3. Слова составителя реферата стоят в середине цитаты. В этом случае перед ними и после них ставится точка с запятой. Например: *“Эволюционные процессы, - утверждает автор статьи, - всегда являются приспособлениями к изменившимся условиям среды”.*

4. Цитата непосредственно включается в слова составителя реферата. В этом случае (а он является самым распространенным в реферате) цитата начинается с маленькой буквы. Например: *Автор статьи утверждает, что*

“эволюционные процессы всегда являются приспособлениями к изменившимся условиям среды”.

СРЕДСТВА ЯЗЫКОВОГО ОФОРМЛЕНИЯ АННОТАЦИИ И РЕФЕРАТА

При составлении текстов аннотаций и рефератов употребляются следующие стандартные выражения.

Статья (работа) – данная, настоящая, аннотируемая, реферируемая.

Анализировать – проанализировать (какую) проблему, теорию, взгляд, (характерные) особенности (чего), взгляд, (характерные) особенности (чего), развитие (чего), структуру (чего), (основные) закономерности (чего), воздействие (чего) на (что), метод (чего), (главные) тенденции (чего), (основные) направления (чего), факторы (чего), принципы (чего), причины (чего), результаты (чего), итоги (чего), способы (чего).

Давать – дать (научное) освещение (чего), (подробное) описание (чего), понятие (о чем), представление (о чем), критику, оценку (чего), (сравнительную, краткую, полную) характеристику (чего), (краткий, критический) обзор (чего), теоретическое объяснение (чего).

Излагать – изложить (какую) теорию, теорию (чего), историю возникновения, формирования, развития, создания (чего), метод (чего), методику исследования (чего), содержание (чего), основные принципы (чего), основы теории (чего), задачи исследования (чего), современные достижения.

Исследовать (какие) проблемы, вопросы, такие проблемы, как, комплекс (каких) вопросов, процесс (чего), влияние чего на что), взаимодействие (чего с чем), зависимость (чего от чего), применение (чего в чем), процессы (чего), свойства (чего), явления (чего), новые материалы.

Обосновывать – обосновать (какую) теорию, выдвинутую гипотезу, круг (каких) проблем, необходимость (чего), (какие) выводы, взгляды, методы.

Обобщать – обобщить данные (кого, чего), выводы (кого о чем), не только данные, но и (какие) материалы (чего), полученные результаты (чего), некоторые явления (чего).

Описывать – описать (какую) теорию, (какой) метод, метод (чего), способ (чего), систему (чего), (какое) явление, ряд фактов, основные закономерности (чего), главные особенности (чего), основные виды (чего), результаты (чего), свойства (чего), принципы (чего).

Освещать – осветить (какую) проблему, проблему (чего), широкий круг проблем, (какую) теорию, теорию (чего), данный вопрос, основные закономерности, особенности, принципы (чего), цели, задачи, формы, методы (чего).

Показывать – показать сущность (чего), возможность (чего), (чего на что).

Подвергать – подвергнуть критике теорию (чего), рассмотрению, анализу, результаты (чего).

Приводить – привести характеристику (чего), исследование (чего), факты, примеры, результаты, доказательства (чего), анализ (чего), сведения (о чем), данные, характеризующие (что).

Раскрыть – раскрывать (какую) проблему, проблему (чего), ряд проблем, содержание положения (чего), главные проблемы (чего), такие проблемы, как, роль (чего), значение (чего), связь.

Рассматривать – рассмотреть (какую) проблему, проблему (чего), такие проблемы, как, теорию (чего), (какой) вопрос, вопрос (о чем, чего), метод (чего), принцип (чего), зависимость (чего от чего), значение (чего), вопросы, имеющие значение (для чего), основные направления (чего), факторы, способствующие (чему), свойства (чего), выводы (о чем).

Сопоставлять – сопоставить (полученные) данные (о чем), результаты (чего с чем), (какие) факты, возможности (чего с чем), различные точки зрения, понятия (чего).

Характеризовать – охарактеризовать сущность (чего), ряд проблем (чего), основные направления (чего), возможности (чего), результаты (чего).

Устанавливать – установить закономерности (чего), новое понятие (чего), основные закономерности (чего), следующие положения.

РАЗДЕЛ I ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

ЗАНЯТИЕ 1

Задание 1. Прочитайте статью и ознакомьтесь с образцами вопросного, назывного и тезисного планов, а также аннотации и реферата этой статьи. Обратите внимание на слова и словосочетания, необходимые для аннотирования и реферирования.

БОЛЬ В СПИНЕ

*С.М. Кожухов, врач-ревматолог
(«Медицинская газета», 2010 г., № 2)*

Люмбаго – это острая, неожиданно возникшая боль непосредственно в пояснице. Радикулит – боль по ходу нервного корешка. Как правило, она идет от поясницы в правую или левую ногу, чаще всего по задней поверхности бедра и ниже, иногда до пальцев стопы. Такую боль иногда называют ишиас, то есть воспаление седалищного нерва. Так вот, люмбаго, ишиас и радикулит – это не самостоятельные болезни, а лишь симптомы, характеризующие боль. О причинах этих болей медики говорят скупно и однообразно, сводя все исключительно к остеохондрозу и грыжам межпозвоночных дисков. На самом деле острая боль может быть проявлением самых разных болезней, но в большинстве случаев люмбаго, радикулит и ишиас являются следствием трех заболеваний: острого мышечного спазма, смещения межпозвоночных суставов и грыжи межпозвоночных дисков.

Острый мышечный спазм возникает обычно после неудачного движения, повышенной физической нагрузки, работы в неудобном положении или сна в неудобной позе; спазм может спровоцировать сквозняк, переохлаждение или стресс. Сначала происходит перенапряжение и спазм мышц спины, затем отекают мышечные волокна, что вызывает раздражение нервных окончаний, и, как следствие, боль. Дальше образуется порочный круг: боль вызывает усиление мышечного спазма и ущемление нервных корешков, а те, в свою очередь, отзываются острой болью.

Болезнь чаще всего проявляется утром после сна. Часто боли, вызванные спазмом независимо от того, в каком отделе он произошел, бывают сильными настолько, что человек не может даже пошевелиться. В первый раз это для больного как катастрофа. К счастью, в 70-80% случаев приступ проходит без следа через 3-4 дня. Но бывает, что приступ затягивается и, хотя боль

становится не такой сильной, провоцирует дальнейшие повреждения: смещение (подвывих) позвонков или появление грыжи межпозвонкового диска.

Несмотря на жуткую боль, острый мышечный спазм снимается легко, если лечение начато сразу и приступ не затянулся надолго. Во-первых, необходимо, чтобы больное место находилось по возможности в полном покое, что достигается пояснично-крестцовым корсетом достаточной жесткости. Длительность и режим его использования определяет врач. Больной участок желательно смазать какой-нибудь согревающей мазью, а внутрь принять любой противовоспалительный препарат: например, «Флексен», «Диклофенак», «Индометацин», «Мовалис». Если не помогает, можно попробовать препараты для расслабления мышц, миорелаксанты («Сидралуд», «Мидокалм»), иногда они устраняют болезненный спазм в первые 3-4 часа после приема. Но когда приступ затягивается дольше чем на 5-7 дней, обращайтесь к врачу.

Смещение межпозвонкового сустава чаще всего возникает после удара, падения, неудачного наклона, поворота или подъема тяжести или провоцируется давлением мышц при их спазме. Появление мышечного спазма приводит к ущемлению проходящих сквозь толщу мышц нервов. Ущемление нервных корешков, в свою очередь, еще больше усиливает спазм мышц, причем он распространяется на другие, рядом расположенные мышцы. В результате позвоночник «стягивается», при этом повышается давление на межпозвонковые диски, которые могут выпячиваться или разрываться, образуя грыжу диска.

Остро возникающее смещение сустава мало чем отличается от симптомов острого мышечного спазма, но болезнь протекает тяжелее и без лечения всегда затягивается надолго. Смещение поясничных позвонков, как и острый мышечный спазм, приводит к приступам люмбаго или радикулита, только приступы оказываются более затянутыми и сильными. При остром мышечном спазме боль чаще возникает в пояснице – люмбаго, в вот радикулит бывает крайне редко. А при смещении межпозвонковых суставов чаще бывает ущемление бедренного и седалищного нервов. В этом случае к боли по ходу пораженного нервного ствола присоединяются сосудистые нарушения: происходит нарушение кровообращения ног, в ногах появляется чувство тяжести, онемение или их крутит и сводит.

Мануальная терапия – единственный метод, который устраняет причину болезни. Почему посещение мануального терапевта не всегда приводит к ожидаемому выздоровлению? Потому что смещение позвонка вызывает цепную реакцию со стороны окружающих тканей: мышцы уже спазмированы, нервный корешок зажат по пути своего прохождения и воспален, кровообращение нарушено. Следовательно, «вправление» межпозвонкового сустава обратно на место не может устранить эти последствия его смещения. Одной мануальной терапией не обойтись и лучше всего в этом случае применить и иглорефлексотерапию, и массаж, и нестероидные противовоспалительные средства, и препараты, расслабляющие мышцы. Очень хороший и быстрый эффект дает новокаиновая блокада с кортикостероидными гормонами. Меньше помогают различные физиотерапевтические

электропроцедуры. Уменьшают мышечную боль и разгружают пораженный сустав специальные корсеты.

Межпозвонковая грыжа (разрыв или выпячивание межпозвонкового диска) – самая тяжелая болезнь позвоночника. Грыжа диска часто бывает заболеванием вторичным, появляющимся в результате острого спазма мышц спины. Не менее часто межпозвонковая грыжа возникает сразу после травмирующей ситуации, то есть неудачного подъема тяжести, или выпрямления с одновременным поворотом в сторону, или падения на копчик, неудачного приземления после прыжка.

Появление грыжи поясничного отдела позвоночника почти всегда сначала проявляется резкой болью в пояснице, и лишь затем боль распространяется по ходу защемленного нерва в одну или обе ноги, вызывая радикулит. Радикулиту очень часто сопутствует нарушение чувствительности ног и перекос тела: за счет перекоса тела позвоночник пытается приспособиться к грыже, найти положение, в котором нерв меньше подвергается давлению, и освободить нервный корешок. В самых тяжелых случаях грыжи нижепоясничного отдела могут приводить к частичной или полной парализации ног с нарушениями функции мочевого пузыря и толстого кишечника. Но это бывает редко, менее чем в 1% случаев.

Способны подтвердить или опровергнуть наличие межпозвонковой грыжи компьютерная томография позвоночника и ядерная магниторезонансная томография (ЯМРТ). Оба метода отчетливо показывают наличие грыж и, как ни странно, вводят врачей в заблуждение. Обнаружив у пациента грыжу, неврологи, как правило, настойчиво убеждают больного в необходимости операции, чтобы скорее удалить эту грыжу. При этом многие врачи забывают, что 70% грыж вообще протекает без боли. А боль, из-за которой пациента направили на томографию, вызвана острым мышечным спазмом или смещением межпозвонковых суставов. Человек может иметь небольшую грыжу диска и быть практически здоровым, а может не иметь ее и быть совершенно больным. Если проводить томографическое обследование совершенно здоровых людей старше 40 лет, никогда не имевших проблем со спиной, то, как минимум, у каждого третьего обнаружатся межпозвонковые грыжи, о которых эти люди и не подозревали. Эти грыжи – обычные возрастные изменения позвоночника. Грыжа вызывает беспокойство, только если она больших размеров или неудачно расположена. Тогда происходит ущемление нервов или сдавливание спинного мозга. Грыжа на томографии – это еще не приговор и не диагноз. Обнаружив грыжу при томографическом обследовании, врач прежде всего должен установить ее роль в развитии заболевания.

Лечение межпозвонковых грыж можно разбить на три ступени: консервативное лечение, проводимое во избежание операции на позвоночнике; сама операция и послеоперационное восстановление организма. Хотя понятно, что консервативное лечение имеет шансы на успех только при не очень большой грыже.

Вопросный план	Назывной план
<p>I. Вступление</p> <p>1. Из-за чего возникают боли люмбаго, радикулита и ишиаса?</p> <p>2. Следствием каких 3-х заболеваний являются люмбаго, радикулит и ишиас?</p> <p>II. Основная часть</p> <p>1. Как проявляется острый мышечный спазм?</p> <p>2. Чем отличаются симптомы смещения сустава от симптомов острого мышечного спазма?</p> <p>3. Какова самая тяжелая болезнь позвоночника?</p> <p>III. Заключение</p> <p>1. Как проводится лечение межпозвоночных грыж?</p>	<p>I. Вступление</p> <p>1. Причины возникновения болей люмбаго, радикулита и ишиаса.</p> <p>2. Люмбаго, радикулит и ишиас – следствие 3-х заболеваний.</p> <p>II. Основная часть</p> <p>1. Проявление острого мышечного спазма.</p> <p>2. Отличие симптомов смещения сустава от симптомов острого мышечного спазма.</p> <p>3. Самая тяжелая болезнь позвоночника.</p> <p>III. Заключение</p> <p>1. Способы лечения межпозвоночных грыж.</p>

Задание 2. Сравните 2 вида планов – в форме вопросов и назывной. Скажите, чем они отличаются друг от друга.

Задание 3. Опираясь на образцы планов, проанализируйте, как трансформированы вопросительные предложения в назывные.

Задание 4. Найдите в вопросительных предложениях глаголы, от которых образованы отглагольные существительные в назывных конструкциях.

Задание 5. Назовите вопросительные слова в вопросном плане.

Задание 6. Какие способы замены вопросительных предложений назывными при сохранении адекватности мысли приведены в образцах?

Тезисный план

1. Люмбаго, ишиас и радикулит – это не самостоятельные болезни, а симптомы, характеризующие боль.

2. Люмбаго, ишиас и радикулит являются следствием 3-х заболеваний: острого мышечного спазма, смещения межпозвоночных суставов и грыжи межпозвоночных дисков.

3. Острый мышечный спазм является следствием неудачного движения, повышенной нагрузки, сна в неудобной позе, переохлаждения или стресса.

4. Лечение проводится покоем, противовоспалительными препаратами, препаратами для расслабления мышц, использованием пояснично-крестцового корсета.

5. Межпозвоночная грыжа (разрыв или выпячивание межпозвоночного диска) – самая тяжелая болезнь позвоночника.

6. Смещение межпозвонкового сустава возникает в результате удара, падений, подъёма тяжести или провоцируется давлением мышц при их спазме.

7. Компьютерная томография и ядерная магниторезонансная томография (ЯМРТ) подтверждают или опровергают наличие межпозвонковой грыжи.

8. Мануальная терапия – единственный метод, устраняющий смещение позвонка. Возможно применение иглорефлексотерапии, массажа, нестероидных противовоспалительных препаратов.

9. Лечение разбивается на 3 ступени: консервативное лечение, операция, послеоперационное восстановление.

Задание 7. *Сравните образцы трех видов планов: вопросного, назывного и тезисного. Скажите, чем отличаются тезисный план от вопросного и назывного.*

Задание 8. *Опираясь на образец тезисного плана, проанализируйте этапы составления такого плана:*

- 1) найти главную информацию одного или нескольких абзацев;
- 2) поставить вопрос к выделенной главной информации;
- 3) ответить на поставленный вопрос повествовательным или назывным предложением.

Задание 9. *Прочитайте образец аннотации и определите её структуру.*

Аннотация

Аннотируемый текст представляет собой статью врача-ревматолога С.М. Кожухова в «Медицинской газете» (№ 20, 2010 г.).

Автор определяет заболевания люмбаго, ишиас и радикулит не как самостоятельные болезни, а как симптомы, характеризующие боль. По мнению автора, они являются следствием 3-х заболеваний: острого мышечного спазма, смещения межпозвонковых суставов и грыжи межпозвонковых дисков. В статье раскрываются причины и способы лечения этих заболеваний.

Текст предназначен для студентов медицинских учебных заведений, обучающихся по специальности «Лечебное дело».

Задание 10. *Проанализируйте композицию текста образца аннотации статьи «Боль в спине».*

Задание 11. *Определите в тексте аннотации языковые стандарты-клише её структуры и скажите, чем обусловлено их употребление.*

Задание 12. *Прочитайте образец реферата и определите его структуру.*

Реферат

Реферируемая статья опубликована в «Медицинской газете» (№ 20, 2010 г.). Её автор – врач-ревматолог Кожухов С.М.

Статья посвящена лечению острого мышечного спазма, смещения межпозвонковых суставов и грыжи межпозвонковых дисков.

Во вступлении автор пишет о том, что люмбаго, ишиас и радикулит – не самостоятельные болезни, а лишь симптомы, характеризующие боль. Он говорит о причинах этих болей, называет заболевания: острый мышечный спазм, смещение межпозвонковых суставов и грыжа межпозвонковых дисков.

В основной части раскрывается суть 3-х заболеваний. Автор объясняет причины возникновения острого мышечного спазма, его симптомы. Особое внимание уделяется лечению острого мышечного спазма, определяется его длительность и режим, даются названия эффективных препаратов.

Автор показывает, к чему приводит смещение межпозвонкового сустава, перечисляет симптомы остро возникшего смещения сустава, предупреждает о возможных сосудистых осложнениях. С.М. Кожухов говорит о мануальной терапии как о единственном методе, который устраняет причину болезни, предлагает применение иглорефлексотерапии, массажа, нестероидных противовоспалительных средств и препаратов, расслабляющих мышцы. В качестве эффективного средства автор предлагает новокаиновую блокаду с кортикостероидными гормонами.

Далее приводятся симптомы межпозвонковой грыжи, предлагается проведение обследования (ЯМРТ) для подтверждения или опровержения наличия межпозвонковой грыжи.

Автором приводится пример из практики лечения смещения межпозвонкового сустава во время сеанса мануальной терапии.

В заключение делается вывод о том, что консервативное лечение имеет шансы на успех при не очень большой грыже.

Задание 13. Проанализируйте композицию текста образца реферата статьи «Боль в спине».

Задание 14. Выделите в тексте образца реферата языковые стандарты-клише и скажите, чем обусловлено их употребление.

Задание 15. Проанализируйте порядок слов в предложениях текста образца реферата, установите, где находится основная и вспомогательная информация, и скажите, чем она выражена.

Задание 16. Найдите в тексте образца реферата слова-организаторы мысли, вводящие логический контекст, определите языковые средства их выражения и скажите, чем обусловлено их употребление.

Задание 17. Найдите в тексте образца реферата слова-организаторы мысли, характеризующие степень объективности информации, содержащейся в первичном документе. Определите языковые средства их выражения и скажите, с какой целью они употребляются.

Задание 18. Найдите в тексте образца реферата слова-конкретизаторы мысли. Определите языковые средства их выражения и скажите, чем обусловлено их употребление.

Задание 19. Прочитайте ещё раз образцы текстов аннотации и реферата и скажите, чем они отличаются друг от друга.

ЗАНЯТИЕ 2

Задание 1. Прочитайте текст «Высокий холестерин». Выделите в нем вводную, основную и заключительную части.

ВЫСОКИЙ ХОЛЕСТЕРИН

*С.В. Наумов, врач-кардиолог, кандидат медицинских наук
(газета «Аргументы и факты. Здоровье», 2009 г., № 15)*

Сегодня уже не вызывает сомнений, если у молодой женщины по каким-то причинам удалена матка или яичники, она может столкнуться с повышением уровня холестерина в крови.

Еще один повод для повышения холестерина в крови у женщин — прием оральных контрацептивов. Гинекологи утверждают, что они безвредны и даже положительно действуют на различные органы и системы. Кардиологи же предупреждают, что прием оральных контрацептивов в молодом возрасте может вызывать серьезные проблемы в дальнейшем. У зрелых женщин есть риск увеличения триглицеридов в крови. Именно избыток триглицеридов способствует развитию ишемической болезни у женщин, причем на целых 76%.

Если у женщины уже были хотя бы незначительные нарушения липидного равновесия в крови, роды после 35 лет могут спровоцировать повышение холестерина.

Некоторые заболевания щитовидной железы тесно связаны с нарушениями липидного обмена. Например, гипотиреоз часто сопровождается снижением количества липидов высокой плотности — так называемого хорошего холестерина. Наши сосуды становятся более уязвимыми, так как теряют помощников в борьбе с липидами низкой плотности — плохим холестерином.

Похожее происходит и при поликистозе яичников. У 50% женщин, столкнувшихся с этим недугом, повышен уровень триглицеридов и липидов низкой плотности и снижен уровень липидов высокой плотности — хорошего холестерина.

Как бороться с повышенным холестерином?

Прежде всего важно выявить имеющиеся заболевания. Ведь хронические недуги тоже могут влиять на уровень холестерина. Например, застой желчи часто сопровождается повышением уровня общего обмена веществ.

Поэтому первый шаг в борьбе с холестерином — это тщательное обследование. Кстати, если кто-то из родственников, особенно по женской линии, в зрелом возрасте сталкивался с нарушениями липидного обмена или сердечными проблемами, то скорее всего есть такой риск и у вас.

Важно изменить образ жизни и привычное питание. холестерина и липидов низкой плотности. А при сахарном диабете растет количество триглицеридов и плохого холестерина.

Оказывают свое влияние на этот процесс и некоторые лекарства. Например, гормональные препараты и те, что назначают при болезнях сердца и сосудов, например бета-блокаторы и мочегонные.

Ожирение тоже может быть причиной повышенного уровня холестерина, особенно если жировые отложения преимущественно в области живота. Такие больные имеют, как правило, артериальную гипертензию, сахарный диабет и другие нарушения

Когда уровень холестерина нужно нормализовать срочно, необходимы лекарства. Если же состояние стабильное, то начинать всегда нужно с немедикаментозных методов. Например, отказаться от курения. Это на 50% снижает риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта. Первые положительные результаты видны уже через месяц. Нужна физическая нагрузка, но слишком интенсивные занятия спортом могут лишь навредить. Поэтому следите за пульсом. Особое значение при повышенном уровне холестерина имеет питание. Надо снизить в ежедневном рационе количество животных продуктов и увеличить количество растительных. Это поможет уменьшить поступление плохих липидов и ускорить их выведение из организма.

Бокал сухого красного вина в день повышает уровень хорошего холестерина. Причем красное вино защищает сосуды от атеросклероза лучше, чем крепкие напитки, белое вино или пиво. Другое дело, что вина сейчас производят некачественные. Советуем делать их в домашних условиях.

Статины хорошо нормализуют уровень холестерина в крови. Но у них есть противопоказания и побочные явления, от которых никуда не деться. Поэтому при лечении статинами надо следить за состоянием здоровья, особенно если имеются острые заболевания печени, жировой гепатоз, неконтролируемый сахарный диабет и гипотиреоз. Важно скорректировать лечение, если на фоне приема статинов развивается острая инфекция, требуются антибиотики, произошла травма или необходима полостная операция.

Теперь о мышечной слабости. Действительно такой риск существует. Особенно у тех, кто имеет проблемы с почками или печенью, а также пьет много грейпфрутового сока — более литра в день. От грейпфрутового сока надо отказаться. Если мышечная слабость уже появилась, то надо прекратить прием статинов. А после восстановления силы мышц уменьшить их дозировку или сменить препарат.

Чтобы обезопасить пациентов от побочных эффектов, грамотный врач назначает статины с минимальных доз. Если и это не работает, тогда выбираются другие варианты и методы борьбы с повышенным холестерином. Например, очищение крови при помощи плазмафереза.

Но какое бы лечение доктор ни назначил, обязательным для всех людей зрелого возраста является так называемый тройной тест: значения липидов,

показатели артериального давления, уровень глюкозы в крови. Регулярный контроль этих трех составляющих — залог успеха лечения и вашего хорошего самочувствия. И еще имейте в виду, что:

прием гормональных препаратов может стать одной из причин повышения уровня холестерина;

надо ходить каждый день по 3 километра пешком или заниматься умеренной физической нагрузкой в течение 30 минут. И не курить!

у каждого второго человека, который ведет малоподвижный образ жизни, высокое артериальное давление.

Двадцатилетнее исследование в Нидерландах показало, что очень важно, чтобы масса тела была в норме. Каждый раз, когда вы полнеете на полкилограмма, уровень холестерина повышается на две единицы. Но худеть надо за счет диеты. На 2/3 она должна состоять из овощей и фруктов, каш и зерен и только на одну треть — из рыбы, белого мяса кур и обезжиренных молочных продуктов. И еще многочисленные исследования показали, насколько эффективно снижают уровень холестерина бобы: если съедать по 1,5 чашки в день, холестерин снижается на 20 %. Этим свойством обладают все бобовые.

Задание 2. *Поставьте вопросы к каждому абзацу текста или к группе абзацев.*

Задание 3. *Озаглавьте абзацы, несущие главную информацию.*

Задание 4. *Выясните и сформулируйте тему и главные проблемы статьи.*

Задание 5. *Кратко изложите основное содержание текста с помощью специальных языковых средств (см. схему-модель аннотации).*

ЗАНЯТИЕ 3

Задание 1. *Прочитайте текст, напишите контрольную аннотацию.*

ХОДИТЬ БЕЗ ШАПКИ ОЧЕНЬ ВРЕДНО

*С. Г. Глебова, терапевт, кандидат медицинских наук
(газета «Здоровый образ жизни», 2010 г., № 8)*

В какую погоду можно ходить без головного убора?

Это зависит от особенностей организма и ощущений человека, от времени его пребывания на улице, а также от ветра и влажности воздуха. Некоторые люди надевают шапку при малейшем похолодании, потому что без нее чувствуют себя некомфортно и могут простудиться, а другие переносят холод легко. Однако с точки зрения медицины, самая низкая температура, при которой можно ходить без шапки, - это минус 5°С, причем в сухую безветренную

погоду. А если идет снег, дождь или дует ветер, шапку надо надевать обязательно и при плюсовой температуре.

В первую очередь переохлаждение снижает иммунитет, из-за чего в организме начинают активно размножаться болезнетворные микробы. В итоге повышается риск обострения всех хронических заболеваний и развития острых воспалительных процессов, например, активизируется герпетическая инфекция. Если человек страдает хроническими заболеваниями носоглотки, инфекция легко проникает в кровь, а оттуда — в центральную нервную систему. При переохлаждении повышается также риск получить опасное для жизни воспаление мозговой оболочки — менингит.

Особенно чувствительны к переохлаждению уши. Они первыми отмораживаются и болят. Густые длинные волосы для них недостаточная защита. И кроме того, даже пышная шевелюра не может сдерживать ледяной ветер, на который уши реагируют, как правило, острой болью. Бывает, когда ребенок входит в теплое здание школы с замерзшей головой, тут же начинают болеть уши. Они не любят контраста температур. Те, кто после бани или бассейна спешат на улицу, не высушив хорошо голову и уши и не надев шапку, тоже сильно рискуют. Может развиваться отит или в слуховом проходе вскочить фурункул. Кроме того, из-за переохлаждения и спазма мозговых сосудов нарушается питание слухового нерва, отчего появляется шум в ушах и слух резко снижается. Если полениться пойти к оториноларингологу в такой момент и не начать лечение в первые же сутки после появления этих симптомов, развивается стойкая сенсоневральная тугоухость. Слуховой нерв не терпит нарушения кровоснабжения, из-за этого отмирают волосковые клетки во внутреннем ухе, а восстанавливать их врачи пока не умеют.

Слуховые проходы, слизистые носа, глоточные миндалины находятся очень близко друг от друга. Если воспалился какой-то один орган, инфекция тут же переходит и на все остальные. В результате может возникнуть острый средний отит, ангина или насморк, воспаление придаточных пазух носа, чуть ли не одновременно гайморит и фронтит. А если в организме имеется еще и хронический очаг инфекции, например, хронический тонзиллит — воспаление миндалин, то при охлаждении головы он может обостриться и сопровождаться высокой температурой. Между прочим, на крыльях носа и ушных раковинах находятся проекции внутренних органов человека. Не напрасно врачи рекомендуют каждое утро энергично массировать ушные раковины — это заставляет «проснуться» все внутренние органы. Переохлаждение головы может привести к спазму сосудов внутренних органов и спровоцировать приступ стенокардии или астмы.

Длительное (свыше 10 минут) пребывание на холоде без головного убора вызывает спазм сосудов, питающих луковицу волоса. При этом нарушается питание волосяных фолликулов, в результате волосы становятся более тонкими, ломкими и тусклыми. Правда, многое зависит от наследственности: если волосы генетически ослаблены, от переохлаждения они могут начать усиленно выпадать. Если же от предков досталась богатая шевелюра, на ее качество

морозы особого влияния не окажут. Ходить без головного убора вредно и в жару: усиливается салоотделение, и волосы быстро загрязняются, поэтому зимой рекомендуется носить теплые шапки, а летом — что-нибудь светлое и легкое.

Переохладив голову, можно спровоцировать невралгию лицевого и тройничного нервов. Дело в том, что от холода сужаются сосуды на поверхности головы и кровоснабжение нервов нарушается. Если пострадает лицевой нерв, у человека может перекосить половину лица. А если воспалится тройничный нерв, боль будет очень сильной, стреляющей. Привычка ходить без головного убора на морозе может быть чревата усилением или появлением мигрени и спровоцировать повышение внутричерепного давления. И все же гулять в мороз без шапки менее опасно, чем, например, ходить с голой поясницей, если брюки низко посажены, а свитер короткий. Это действительно опасно.

А вот если носить удобный, по погоде, головной убор, это сохранит здоровье. «Неправильные» шапки в холод вредны, особенно со вставкой из кожи или тугой резинкой, проходящей по лбу и затылку. От них нередко возникают головные боли, они пережимают мелкие сосуды. Не стоит носить и модели, сжимающие виски, кепи и бейсболки, оставляющие на растерзание морозу открытым весь затылок. Ущерб здоровью нанесут и шапки из искусственной пряжи. Напротив, очень хороша вязаная шапка из вискозы с добавлением хлопка, шерсти и мохера. А для подкладки идеальна саржа. В такой шапке кожа головы не задохнется, а главное, не замерзнет. Летом головной убор тоже должен быть натуральным — в синтетике голова задохнется.

ЗАНЯТИЕ 4

Задание 1. Прочитайте текст «Сахарная гипертония опасна вдвойне». Выделите в нем введение, основную часть и заключение.

САХАРНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ОПАСНА ВДВОЙНЕ

*И.М. Хайрулин, врач-эндокринолог, кандидат медицинских наук
(газета «Здоровый образ жизни», 2010 г., № 18)*

Высокое давление и сахарный диабет часто сопутствуют друг другу. Каждый из этих недугов сам по себе — важный фактор риска появления сердечных заболеваний, а вместе они опасны вдвойне.

По статистике 35-75% осложнений диабета вызваны повышением давления, то есть той самой гипертонией, к которой мы относимся порой не очень серьезно. И совершенно напрасно, так как именно это сочетание — гипертония и диабет — нередко приводит к инфарктам, инсультам и другим не

менее коварным исходам. Чтобы этого не произошло, нужно придерживаться достаточно простых правил поведения.

Для тех, кто страдает сахарным диабетом, показатели не должны быть выше 130/ 85 мм рт. ст. Гипертония опасна тем, что на первых порах человек не ощущает никаких недомоганий, а между тем давление уже повышено. Когда же самочувствие ухудшается и человек начинает действовать, оказывается, что болезнь уже запущена. И теперь требуется гораздо больше усилий, чтобы с ней справиться. Поэтому не ленитесь и периодически, хотя бы раз в месяц, измеряйте артериальное давление. Даже если оно не превышает 135/ 85 мм рт. ст. и вы чувствуете себя хорошо.

При его избытке шансы получить гипертонию на фоне диабета возрастают в 2 раза. Когда лишние килограммы оседают в области живота, это признак такого серьезного заболевания, как метаболический синдром. Поэтому следите за весом и, если он превышает норму, принимайте меры.

Придерживайтесь правил питания, которые рекомендованы при сахарном диабете. Еще несколько рекомендаций: старайтесь употреблять как можно больше фруктов и овощей. Они содержат витамины С и Е, которые позволяют избавляться от «плохого» холестерина — возможной причины появления сердечных заболеваний. Для профилактики повышения уровня холестерина выбирайте продукты, богатые клетчаткой. Это бобовые культуры, баклажаны, кабачки. Хорошо бы обычный хлеб заменить на хлеб из муки грубого помола, пользы от него будет гораздо больше.

После съеденного соленого огурца или селедки хочется пить. Иногда жажда настолько сильная, что мы пьем очень много. Почки не успевают справляться с таким объемом жидкости. В итоге вода остается в организме и увеличивается объем крови, а это влечет за собой повышение артериального давления. Если вы полностью откажетесь от соли, ваш организм не пострадает. В овощах и в черном хлебе ее достаточно для того, чтобы обеспечить организм натрием.

Кофе и чай поднимают давление. В разумных дозах они хороши для гипотоников. Одна чашечка кофе может повысить давление на 5 мм рт. ст., независимо от того, страдает человек гипертонией или нет. Эффект действия кофеина достигает высшей точки примерно через час после приема, а через два исчезает совсем. Кроме кофе, кофеин содержится в шоколаде, какао, кока-коле, чае. Лучше воздержаться от употребления этих продуктов или, по крайней мере, ограничить их количество. Вы можете позволить себе утром одну чашку некрепкого кофе, но не более того. Многие думают, что растворимый кофе безопасен, но это не так. Возможно, он содержит меньше кофеина, чем молотый, но все равно достаточно, чтобы повысить давление.

Физическая нагрузка просто необходима организму. Она нужна для того, чтобы заставить кровь двигаться быстрее. А легкие — работать сильнее, чтобы поставлять больше кислорода к мышцам. Для этих целей хорошо подходит плавание. Если есть возможность, то плавайте круглый год. Летом — в море, озере или реке, а зимой — в бассейне. Если это невозможно, то распланируйте

свой день так, чтобы 30-40 минут тратить на прогулки на свежем воздухе. Можно вечером погулять с собакой или по дороге с работы пройти пешком, отказавшись от автобуса.

Сигареты повышают риск возникновения осложнений сердечных заболеваний. На фоне сахарного диабета риск возрастает в несколько раз.

Между стрессом и повышением артериального давления существует тесная связь. Наверняка каждый может вспомнить случай из своей жизни, когда после стресса он чувствовал себя неважно. Начиная болеть голова, появлялась тошнота, ощущались покалывания в сердце. У многих в моменты нервного напряжения повышается давление, хотя в обычном состоянии оно нормальное. Но это до поры до времени. Если человек часто или постоянно находится в стрессовой ситуации, гипертоническая болезнь обеспечена. Поэтому важно избегать излишних переживаний. Когда это сделать невозможно и от стресса не уйти, постарайтесь хотя бы уменьшить его воздействие. Погуляйте или чем-нибудь займитесь.

Если давление все-таки повышается, надо начинать лечение, чтобы не допустить обострений заболевания. Существует множество препаратов, предназначенных для лечения гипертонии. В данном случае подходят только те лекарства, которые не влияют на уровень глюкозы в крови. Также не рекомендуется принимать мочегонные препараты, часто используемые при гипертонии. Они выводят из организма калий. Это может навредить тем, у кого есть сахарный диабет. К тому же некоторые мочегонные препараты ухудшают функцию почек. По той же причине не следует самостоятельно бороться с высоким давлением, принимая различные травяные отвары. Принимаемые в неконтролируемых количествах, они способны навредить.

Задание 2. Составьте план к этому тексту.

Задание 3. Выделите основную и дополнительную информацию.

Задание 4. Определите тему текста, микротемы, известную (данную) информацию, новую информацию.

Задание 5. Выпишите к каждому пункту плана ключевые слова и выражения, необходимые для изложения его смыслового содержания.

Задание 6. Переформулируйте основные положения текста, используя экономичные способы передачи информации.

Задание 7. Отберите языковые средства (клише), оформляющие реферат.

Задание 8. На основе полного анализа и отобранного языкового материала напишите реферат (см. схему-модель реферата).

ЗАНЯТИЕ 5

Задание 1. Прочитайте текст, напишите контрольный реферат.

БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА И СИНДРОМ ШЕГРЕНА

*Г.М. Куравцев, врач-эндокринолог, кандидат медицинских наук
(газета «Здоровый образ жизни», 2010 г., № 2)*

При болезни Шегрена страдают железы, вырабатывающие слезы, слюну, пищеварительные соки, слизь для увлажнения дыхательных путей и половых органов. Основные проявления болезни вызваны недостатком этих необходимых для человеческого организма жидкостей.

Болезнь Шегрена бывает самостоятельным заболеванием и проявлением ревматических болезней, например ревматоидного артрита, — в таких случаях ее называют синдромом Шегрена.

Суть болезни: в ответ на неизвестный медикам раздражитель в железы направляется большое количество иммунных клеток, которые вырабатывают продукты, повреждающие ткань желез и нарушающие их работу. Страдают железы, вырабатывающие слезы, слюну, пищеварительные соки, слизь для увлажнения дыхательных путей и половых органов. Основные проявления болезни вызваны недостатком этих необходимых для человеческого организма жидкостей.

От недостатка слез воспаляются наружные отделы глаз. Возникает так называемый сухой кератоконъюнктивит. Он сопровождается резью, жжением, ощущением песка в глазах. Веки и глаза краснеют, развиваются дистрофические изменения в роговице, что приводит к резкому ухудшению зрения. При неблагоприятном течении болезни истончается роговица, это может заканчиваться образованием язв и потерей остроты зрения.

От недостатка слюны губы становятся сухими, образуются заеды в углах рта. Развивается кариес, который приводит к разрушению зубов. Кстати, в начале болезни сухость во рту человек ощущает только при физической нагрузке и волнении, позднее она становится постоянной. Появляется потребность запивать водой сухую пищу, увлажнять рот во время разговора.

Воспаленные слюнные железы могут увеличиваться в размерах. В этом случае у некоторых больных возле ушей возникает припухлость, как при свинке у детей.

Сухость и образование сухих корок в носоглотке могут привести к снижению слуха и воспалению ушей — отиту. Из-за сухости голосовых связок возникает осиплость голоса. Сухость дыхательных путей вызывает ощущение першения и царапания в горле, нередко появляется сухой кашель и одышка.

При болезни Шегрена нарушается работа пищеварительных желез. Это приводит к ухудшению переваривания пищи. Появляется тяжесть в подреберье после еды, отрыжка воздухом, тошнота. У многих больных воспаляется печень и желчный пузырь. Они жалуются на горечь во рту, тошноту и боли в правом подреберье.

Страдает и кожа. Она тоже становится сухой, шелушится. На коже появляются различные высыпания, часто в виде кровоизлияний. У некоторых

больных воспаление кровеносных сосудов приводит к резкому ухудшению кровоснабжения отдельных участков кожи. При этом образуются язвы.

Многих больных беспокоят боли в суставах. Реже возникает воспаление и ограничение подвижности суставов, однако при этом разрушения хряща и кости не происходит.

При болезни Шегрена лабораторные анализы показывают те же изменения, что и при других ревматических заболеваниях. Увеличивается СОЭ, количество гамма-глобулина и уменьшается число лейкоцитов. По этим признакам врач судит о том, как далеко зашла болезнь. У доктора есть возможность определить количество слез и слюны, а с помощью теста Ширмера определить, достаточно ли вырабатывается слез. Для этого небольшой кусочек фильтровальной бумаги помещают под нижнее веко и через некоторое время измеряют длину намокшего участка.

Исследование со щелевой лампой позволяет обнаружить небольшие дефекты на поверхности глаза. На глаз наносится капля краски и смывается физиологическим раствором, после чего он осматривается при помощи специального инструмента — щелевой лампы. Краска задерживается на измененных участках роговицы и конъюнктивы, поэтому их легко можно заметить при осмотре.

Для оценки состояния слюнных желез в них вводится рентгеноконтрастный препарат, после чего производятся рентгеновские снимки. При болезни Шегрена распределение контраста в железе значительно отличается от нормального.

Поскольку болезнь Шегрена может протекать по-разному, лечение подбирается с учетом тех проблем, которые возникают в каждом конкретном случае. Если болезнь протекает спокойно, обычно назначаются небольшие дозы «Преднизолон» в сочетании с «Плаквенилом». Если болезнь ведет себя агрессивно, то к «Преднизолону» добавляют не «Плаквенил», а иммунодепрессанты, чаще «Хлорбутин». В более тяжелых случаях применяется внутривенное введение больших доз кортикостероидов — «Метипреда» или «Солу-Медрол».

Если синдром Шегрена развивается у больного ревматоидным артритом или системной красной волчанкой, то в первую очередь лечить надо это основное заболевание. Если регулярно посещать своего лечащего доктора, то можно своевременно избежать многих неприятностей. Необходимо также регулярно наблюдаться у стоматолога и окулиста.

Можно ли как-то себе помочь?

При появлении сухости во рту регулярно увлажняйте рот водой в течение дня. Для стимуляции слюновыделения можно жевать резинку без сахара.

Чтобы ускорить заживление появляющихся во рту трещин и эрозий, держите во рту масло шиповника или облепихи.

Чтобы предупредить быстрое разрушение зубов, регулярно посещайте стоматолога, используйте зубную пасту, содержащую фтор, регулярно чистите зубы и полощите рот, откажитесь от сахара.

Чтобы уменьшить сухость в глазах, пользуйтесь искусственными слезами. Их можно закапывать от 3 до 10 раз в день, в зависимости от тяжести. В некоторых случаях выполняется несложная хирургическая операция, которая позволяет уменьшить отток слез из глаз.

С сухостью кожи боритесь, пользуясь увлажняющими кремами. По возможности избегайте потоков воздуха от кондиционеров, нагревателей и чаще увлажняйте воздух дома и на работе, распыляя воду пульверизатором.

Сухость влагалища уменьшается при использовании калиево-йодистого желе.

При сухости трахеи и бронхов рекомендуется длительный прием «Бромгексина» — по 8-16 мг 3 раза в сутки в течение 2-3 месяцев.

Болезнь Шегрена практически всегда протекает с поражением желудочно-кишечного тракта, поэтому пища должна быть мягкой, измельченной и витаминизированной. Принимать ее надо 5-6 раз в день. Для того чтобы восполнить недостаток собственного желудочного сока, некоторым больным приходится принимать натуральный желудочный сок, соляную кислоту или ферменты.

Легкие физические упражнения, такие как ходьба и плавание, позволяют сохранять подвижность суставов и поддерживать тонус мышц. Санаторно-курортное лечение целесообразно проводить в санаториях желудочно-кишечного профиля.

РАЗДЕЛ II ПЕДИАТРИЯ

ЗАНЯТИЕ 1

Задание 1. Прочитайте статью и ознакомьтесь с образцами вопросного, назывного и тезисного планов, а также аннотации и реферата этой статьи. Обратите внимание на слова и словосочетания, необходимые для аннотирования и реферирования.

НЕ ТЯНЕТСЯ РУКА К ПЕРУ

*О.Р. Орлова, профессор; Г.Н. Агишева
(газета «Здоровье», 2011 г., № 1)*

Об одной странной болезни «писчий спазм» знали давным-давно, еще много веков назад, но никак не могли понять причину. В истории есть множество упоминаний, как у некоторых людей, которые выполняли свое ремесло руками, производя много тонких, точных движений в быстром темпе, с рукой вдруг что-то случалось – она как бы отказывалась делать именно эту работу. Группа риска – писцы, машинистки, телеграфисты, вязальщицы, музыканты... Столетиями считалось, что это особый невроз, психогенное расстройство, что-то типа истерии, и оно якобы происходит от того, что человек внутренне не готов выполнять какую-то работу. Но что удивительно: мышцы, которые вовлечены в нарушенное действие, прекрасно выполняют любую другую работу.

Скажем, человек, страдающий писчим спазмом, не может писать. В момент, когда он пытается это сделать, у него напрягаются мышцы предплечья, плеча, кисть принимает неестественную позу, нарастает тонус в мышцах. Ручка с невероятным напряжением втискается между пальцами, рука начинает дрожать и дергаться, из-под пера выходят какие-то каракули – рука бунтует и отказывается писать. В тоже время – вот загадка! – этот человек как ни в чем не бывало - ест, бреется, играет на музыкальном инструменте – хотя для этого нужны те же мышцы...

И только совсем недавно выяснилось, что при писчем спазме и таких напастях, как спастическая кривошея, когда человек буквально не может прямо держать голову, блефароспазме, когда ему не удается держать глаза открытыми, - все дело просто в изменении мышечного тонуса, из-за чего и нарушаются конкретные действия. Но для того чтобы понять эту «простоту», человечеству нужно было дорасти до века компьютеров, научиться мыслить в новых терминах. Ведь мы совсем недавно осознали, что человек – кроме всего прочего – биологическая машина, которой управляют программы.

На этом языке, считает профессор Орлова, писчий спазм есть просто ошибка определенной программы, ответственной за сложные движения, - моторной программы. Поэтому искать его причину следует не в мышцах. Теперь нам понятно, почему писчий спазм так часто возникает у тех людей, которым приходится совершать много сложных движений в состоянии эмоционального напряжения и в неудобной позе.

В наши дни писчий спазм резко помолодел – по статистике, им страдает уже каждый 10-й современный школьник. В чем тут причина?

Действительно, в последние годы этим недугом более других страдают дети. Причем именно в связи с обучением письму. Хотя в группу риска по-прежнему входят музыканты, операторы, вязальщицы... Но рост объемов информации, которую дети осваивают в школе, здесь совершенно ни при чем. Все дело в шариковой ручке, которой их сейчас обучают писать. Я вообще считаю 1938-й год, когда венгр Биро ее изобрел, трагическим! Потому что наукой доказано: дети должны учиться письму по определенной схеме, так, чтобы мышцы, которые сгибают и разгибают кисть, у них включались в работу последовательно. Главное – чтобы период напряжения следовал за периодом расслабления. Вспомним: ведь так и было, когда детей первоначально учили писать карандашом, затем хрестоматийной ручкой с 86-м пером. Вы будете смеяться, но лучше бывает только при письме гусиным пером – при этом фазы напряжения и расслабления разделены идеально, и тоненькая линия соответствует фазе расслабления определенных мышц кисти. Кроме того, рука должна находиться в удобной позе – лучше всего писать, расположив бумагу на наклонной поверхности, покрытой кожей.

Кстати, два века назад уже было создано специальное приспособление, которое невредно было бы снова ввести в обиход сегодня, - металлическая пружинка, которая разгружает кисть... Но рядом с шариковой ручкой по степени наносимого ею вреда нам поставить нечего – когда детей начинают учить писать шариковой ручкой, у них мышцы сгибатели и разгибатели действуют одновременно – вместо того чтобы работать поочередно и давать друг дружке отдохнуть. В результате двигательная программа письма не только травмирует мышцы кисти и локтевой нерв, но и запускает настоящую цепную реакцию, губительную для ребенка. Сначала, чтобы скомпенсировать дисбаланс, функции кистевых берут на себя другие мышцы – как раз тогда и возникает неестественная поза кисти, она как бы вывернута за счет того, что противоположные мышцы ее избыточно напрягают и меняют позу. Это, в свою

очередь, травмирует нервы и приводит к тому, что нагрузка на мышцы растет еще больше. Перегруженные мышцы, со своей стороны, кричат «караул», буквально бомбардируя сигналами «SOS» те зоны мозга, где эта моторная программа расположена физически, что постепенно портит ее... Зоны мозга, что предназначены для акта письма, вызревают к 8-9 годам, а не к 5-6, как хотелось бы некоторым родителям. Поэтому писчий спазм и начинает проявляться так рано, в школьном возрасте. И происходит это во все в больших масштабах. Немало случаев, когда ребенок совершенно утрачивает эту функцию – вообще не может писать...

Переучить ребенка писать другой рукой вредно, потому что это не просто переучивание руки, а перестройка всех межполушарных взаимоотношений. Буквально получается, в мозге нужно поменять все левое на правое, и наоборот, что довольно травматично. Потому что моторные программы, которые расположены в мозге по голографическому принципу, фактически нужно в одном полушарии разрушить, а в другом создать заново... Но в случае писчего спазма – это еще и бесполезно, испорченная моторная программа просто переходит на другую руку. Нет, тут надо дать руке во время письма максимальное расслабление использовать специальные приспособления - корректоры письма, которые позволяют мышцам не напрягаться постоянно во время письма, чтобы акт напряжения следовал за актом расслабления или чтобы вообще мышцы кисти были свободны, писать от плеча. Необходимо убрать все факторы, травмирующие руку: наклонить поверхность стола, положить мягкую подстилку, надеть на запястья мягкие браслеты... Главное – надо изменить моторную программу. Иногда помогает письмо печатными буквами – как способ переучивания со старого почерка на новый, или, например, писать не сидя, а стоя, как делали раньше...

Для родителей полезно знать, что в группы риска могут попасть братья и сестры тех, кто уже страдает писчим спазмом, а также левши, особенно переученные – нельзя переучивать детей-левшей, потому что это поломка моторной программы в целом. Так что, по мнению профессора Орловой, начинать профилактику нужно с раннего детства, и первым делом – отбросить письмо шариковой ручкой! А требовательным родителям не помешает знать заранее, что многие дети пишут некрасиво, угловато не потому, что они лодыри и бездельники, а потому, что у них наблюдаются элементы опасной болезни – писчего спазма.

Вопросный план	Назывной план
<p>I. Вступление.</p> <p>1.Что такое «писчий спазм»?</p> <p>2.Каковы симптомы писчего спазма?</p> <p>II. Основная часть.</p> <p>1.В чем причина спазмов?</p> <p>а) Какие виды спазмов существует?</p> <p>б) Какова связь между спазмами и сложными движениями?</p>	<p>I. Вступление.</p> <p>1. Определение «писчего спазма».</p> <p>2. Внешние признаки болезни.</p> <p>II. Основная часть.</p> <p>1. Причины возникновения спазмов:</p> <p>а) Виды спазмов.</p> <p>б) Взаимосвязь спазмов и сложных движений.</p>

<p>2. Почему дети входят в группу риска писчего спазма?</p> <p>а) Каков механизм действия мышц кисти руки при письме?</p> <p>б) В чем особенности обучения письму?</p> <p>в) Чем лучше писать?</p> <p>г) Нужно ли переучивать детей-левшей?</p> <p>д) Как предупредить болезнь?</p> <p>III. Выводы.</p>	<p>2. Дети и «писчий спазм».</p> <p>а) Механизм действия мышц кисти руки при письме.</p> <p>б) Особенности обучения письму.</p> <p>в) Специальные приспособления, необходимы при письме.</p> <p>г) Суть двигательной программы письма.</p> <p>д) Способы профилактики писчего спазма.</p> <p>III. Выводы.</p>
--	--

Тезисный план

1. Столетиями ошибочно считалось, что писчий спазм - это особый невроз, психогенное расстройство, происходящее от того, что человек внутренне не готов выполнять какую-то работу.

2. Было установлено, что писчий спазм чаще возникает у людей, которым приходится совершать много сложных движений в состоянии эмоционального напряжения и в неудобной позе.

3. В группу риска входят дети, музыканты, машинистки, вязальщицы...

4. Человек, страдающий писчим спазмом, не может писать, так как у него напрягаются мышцы предплечья, плеча, кисть принимает неестественную позу, нарастает тонус в мышцах, появляется дрожь в руке.

5. Писчий спазм начинает проявляться в школьном возрасте.

6. Дети должны учиться письму так, чтобы мышцы, которые сгибают и разгибают кисть, у них включались в работу последовательно.

7. Нельзя переучивать детей-левшей, так как это перестройка всех межполушарных взаимоотношений.

8. Профилактика писчего спазма заключается в отказе от шариковой ручки.

Задание 2. Сравните три вида планов. Скажите, чем отличаются назывной план от вопросного, назывной и вопросный от тезисного.

Задание 3. Опираясь на образцы планов, проанализируйте, как трансформированы вопросительные предложения в назывные.

Задание 4. Назовите вопросительные слова в вопросном плане.

Задание 5. Какие способы замены вопросительных предложений назывными при сохранении адекватности мысли приведены в образцах?

Аннотация

Аннотируемая статья «Не тянется рука к перу» Г.А. Агишевой и О.Р. Орловой помещена в журнале «Здоровье», № 4, 2011 г.

Она посвящена странному заболеванию «писчий спазм». Авторы анализируют проблемы, возникающие во время выполнения сложных движений в состоянии эмоционального напряжения и в неудобной позе. В статье исследуются причины возникновения заболевания, обозначаются его симптомы. Авторы выделяют группу риска, куда в первую очередь входят дети, которых обучают письму. Профессор Орлова О.Р. считает, что писчий спазм является следствием ошибки в моторной программе, поэтому она подчеркивает бесполезность и даже травматичность переучивания ребенка писать другой рукой.

Статья адресована, прежде всего, врачам-педиатрам, педагогам. Изложенная информация может быть интересна и широкому кругу читателей.

Задание 6. Проанализируйте композицию текста образца аннотации статьи «Не тянется рука к перу».

Задание 7. Определите в тексте аннотации языковые стандарты-клише её структуры и скажите, чем обусловлено их употребление.

Задание 8. Прочитайте образец реферата и определите его структуру.

Реферат

Реферируемая статья опубликована в журнале «Здоровье» № 4, 2011 г., ее авторы - профессор Орлова О.Р., врач Агишева Г.А.

Статья называется «Не тянется рука к перу», в ней говорится о болезни «писчий спазм». Авторы затрагивают проблемы трудного диагностирования болезни, анализируют группы риска и причины возникновения заболевания.

Во введении рассматривается история возникновения писчего спазма, выявляется этиология этого заболевания. Авторы приводят примеры распространения данного заболевания несколько столетий назад. В статье доказывается, что все виды спазмов зависят от мышечного тонуса, из-за чего и нарушаются конкретные действия (спастическая кривошея, блефароспазм).

В основной части подробно объясняются причины болезни. Профессор Орлова О.Р. отмечает, что в последние годы писчим спазмом страдают дети, причем именно в связи с обучением письму. Авторы убеждены, что при письме шариковой ручкой у детей мышцы сгибатели и разгибатели действуют одновременно, что губительно действует на кисти рук и локтевой нерв. В идеале, считают доктора, нужно писать пером – при этом фазы напряжения и расслабления разделены идеально, и тоненькая линия соответствует фазе расслабления определенных мышц кисти.

В конце статьи авторы предлагают способы лечения и меры профилактики болезни. В статье приводятся данные статистического характера, касающиеся данного заболевания.

В заключение подчеркивается бесполезность и даже травматичность переучивания ребенка писать другой рукой, так как это способствует перестройке всех межполушарных взаимоотношений. По мнению авторов, профилактика писчего спазма заключается в изменении моторной программы и отказа писать шариковой ручкой.

На мой взгляд, проблема писчего спазма действительно актуальна и связана с психологическим и эмоциональным состоянием организма, что, конечно, может влиять на разные виды нашей деятельности.

Статья предназначена для широкого круга читателей, имеет большое практическое значение для врачей, педагогов и родителей.

Задание 9. Сравните аннотацию и реферат статьи. Чем они отличаются? Какой вид письменного изложения более полно передает основное содержание?

Задание 10. Сравните назывной и вопросный план с рефератом. Обратите внимание на то, как правильно составленный план помогает четко и полно раскрыть основные положения статьи.

Задание 11. Проанализируйте порядок слов в предложениях текста образца реферата, установите, где находится основная и вспомогательная информация, и скажите, чем она выражена.

Задание 12. Найдите языковые стандарты-клише, использованные при составлении аннотации и реферата. Проанализируйте их употребление в конкретных предложениях.

ЗАНЯТИЕ 2

Задание 1. Прочитайте статью. Разделите текст на смысловые части, озаглавьте каждую часть. Напишите вопросный план к тексту.

МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАЛЫША

*В.К. Фролков, доктор биологических наук
(газета «Аргументы и факты. Здоровье», 2011 г., № 6)*

Одной из приоритетных задач здравоохранения России является сохранение здоровья населения нашей страны. Не вызывает сомнения, что один из наиболее эффективных методов выполнения этой программы - всемерная забота о здоровье матери и ребенка, и этим надо заниматься с самого начала - в пренатальный период.

Во время беременности в организме женщины и ее ребенка происходят естественные физиологические процессы и резервы здоровья в этот период находятся на пределе. Эта проблема актуальна еще и потому, что современная

экология далека от идеальной, ускоренные ритмы жизни провоцируют различные стрессовые ситуации, питание не всегда качественное. В организме беременной женщины развиваются различные дефицитные состояния, когда начинает не хватать витаминов, питательных веществ, минеральных солей и т. п. В результате этого организм ребенка уже с первых дней своего развития в чреве матери начинает получать все необходимые вещества в ограниченном виде.

К чему это может привести? К сожалению, тенденции в динамике здоровья матери и ребенка со временем только усугубляются. Как сохранить и укрепить здоровье матери и ребенка? Необходимы прежде всего варианты медикаментозной поддержки, включая витаминизацию, специальные диеты, биологически

активные препараты растительного и животного происхождения. Лекарственные препараты обладают побочными действиями.

Есть и другой вариант, который в большей степени основан на мягком воздействии на организм человека за счет коррекции минерального обмена и активации собственных резервов организма, так называемых саногенетических реакций, накопленных генетической памятью человека за долгие годы эволюции. Можно вспомнить, что дефицит различных макро- и микроэлементов может стать причиной развития различных патологических состояний, которые в период внутриутробного становления ребенка развиваются очень быстро.

Известно, что дефицит ионов магния инициирует заболевания сердечно-сосудистой системы и обмена веществ, ионы кальция крайне необходимы для формирования костной системы, и необходимость в нем в период беременности увеличивается в 1,5 раза, недостаток ионов железа приводит к замедлению психомоторного и физического развития ребенка, снижение поступления йода провоцирует рождение неполноценных детей (глухонемые, косоглазые, низкорослые, нарушение походки), ионов кремния беременной женщине требуется в 5 раз больше; чем взрослому человеку, уменьшение концентрации ионов цинка сказывается на росте и питании тканей, развитии центральной нервной системы, а дефицит ионов лития вызывает повышение смертности ребенка и частоты выкидышей.

Проблема дефицита минеральных солей обусловлена не только нарушением питания, качеством продуктов и методов их приготовления, но и биодоступностью тех или иных ионов. Известно, что в зависимости от различных причин поступление макро- и микроионов из продуктов в организм беременной женщины и, конечно, ребенка в утробе матери зачастую снижается в 1,5-2 раза, тогда как из водных растворов может усваиваться до 80% растворенных в ней солей.

В этом плане особый интерес представляют различные минеральные воды, в состав которых входят многие необходимые анионы и катионы, причем в количествах, вполне достаточных для ликвидации минерального дефицита. Более того, для минеральных вод при их внутреннем применении характерно еще одно важное свойство - это их способность активизировать деятельность органов пищеварения, что приводит к более эффективному перевариванию

пищи, всасыванию питательных веществ и их лучшему усвоению. Эти эффекты напрямую связаны со способностью минеральных вод усиливать секрецию различных гормонов, которые обладают мощным активизирующим влиянием на обмен веществ, что очень важно для организма матери и ребенка. Минеральные воды имеют мало противопоказаний, они просты в использовании, относительно недороги, их разнообразие по составу так велико, что с их помощью можно ликвидировать практически любой дефицит по минеральным солям.

С тех пор как минеральная вода "Donat Mg" появилась в аптечной сети в России, ее стали назначать беременным вместо таблеток.

В минеральной воде "Donat Mg" присутствует максимальное количество макро- и микроэлементов (аналогов в России и Европе нет), не встречающихся в других водах и при этом количестве позволяющих специфически влиять на организм.

Познакомимся с магнием, кремнием и литием, имеющимися в "Donat Mg". Магний – 1060 мг/л. Магний – бальзам для нервов и мышц, так его называют врачи. Участвует почти в 300 ферментативных процессах, способствуют формированию крепких костей, участвует в выводе продуктов распада, формировании и обновлении мягких тканей. Вместе с кальцием регулирует правильную работу гладкой мускулатуры. Кальций заставляет мышцы напрягаться, а магний способствует расслаблению. Если магния не хватает, начинается сокращение матки, провоцируя преждевременные роды. При малом количестве магния ребенок может недобрать вес и родиться недоношенным, недоношенные дети чаще болеют, и опасность их умственного и физического отставания выше. Суточная потребность беременных – 450-500 мг.

Кремний – 145 мг/л. Элемент жизни – без него не может жить ни человек, ни животные, ни растения, элемент красоты – влияет на состояние кожи, волос, ногтей, элемент молодости – у молодых людей кремния в организме в 1,5 раза больше, чем у пожилых. Кремний необходим для формирования костей и хрящей, активно участвует в свертывании крови, необходим для построения нервных клеток, необходим для усвоения микро- и макроэлементов. Суточная потребность взрослого человека в кремнии 20-30 мг. Потребность беременных в 5 раз больше.

Литий -2,4 мг/л. Совместно с магнием оказывает антисклеротическое действие. Препараты лития используются в лечении нервно-психических, аллергических и сердечно-сосудистых заболеваний. По различным оценкам, суточная потребность – 2-2,5 мг.

Мы рассмотрели только три макро- и микроэлемента, входящие в состав "Donat Mg", а ведь в этой воде находятся и другие элементы, так необходимые беременным. Все они в комплексе и дают поразительные результаты.

Из вышеизложенного становится ясно, насколько сильна эта вода. "Donat Mg" в переводе с древнегреческого "дар богов". Значит, сами боги помогают беременным быть здоровыми и спокойными и родить здоровых детей. Принимая

лекарства, можно передозировать те или иные элементы, а из воды берется только необходимое их количество, остальное выводится через ЖКТ и почки.

Задание 2. *Выпишите из текста ключевые слова и выражения, переведите их. Подготовьтесь к пересказу текста с опорой на выписанный материал.*

Задание 3. *Найдите в статье сложные предложения, трансформируйте их в простые, сохранив первоначальную информацию.*

Задание 4. *Составьте аннотацию текста, вставляя необходимые по смыслу слова и словосочетания (см. схему-модель аннотации).*

Аннотируемый текст статью, которая ... «Минеральная вода для здоровья малыша». Тема статьи – ... Статья ... с обозначения одной из приоритетных задач здравоохранения России – сохранения здоровья населения страны, которой заниматься следует еще в пренатальный период. В основной части... о дефиците различных макро- и микроэлементов, который может стать причиной развития различных патологических состояний у ребенка. Автор..., что проблема дефицита минеральных солей обусловлена не только нарушением питания, качеством продуктов и методов их приготовления, но и биодоступностью тех или иных ионов. В статье... необходимость использования различных минеральных вод, в состав которых входят многие необходимые анионы и катионы. Особое внимание ... описанию макро- и микроэлементов, содержащихся в минеральной воде "Donat Mg". Статья... прежде всего, врачам-педиатрам, а также широкому кругу читателей.

ЗАНЯТИЕ 3

Задание 1. *Ознакомьтесь с текстом и напишите контрольную аннотацию.*

ОН РОДИЛСЯ СЛАБЕНЬКИМ...

Анна Гиппиус

(«Здоровье ребенка на 100%», Санкт-Петербург, 2006 г.)

Детей нужно закалять, это известно практически всем. Вопрос в том, как закалять? Переход на новый уклад жизни не должен быть резким. Месяц-два – это нормальный срок для изменения образа жизни ребенка и всей семьи.

При этом надо проверить и перепроверить, что ест ваш ребенок? В большинстве случаев часто болеют дети, которых кормят или насильно, или неподходящей пищей. Но даже при не очень правильном питании, перестав кутать ребенка и дав его телу возможность свободно дышать и свободно двигаться, можно добиться улучшения состояния.

К сожалению, огромное количество детей рождаются физиологически незрелыми. А ведь есть ещё родовая травма, аллергия, малый вес, недоношенность, наследственные болезни.... Да и абсолютно нормальный, физиологически зрелый новорожденный может «подцепить» физиологическую незрелость буквально в первые часы жизни из-за позднего прикладывания к груди. У всех таких деток и рефлексы выражены недостаточно, и сосут они плохо и неохотно, если вообще сосут, и тонус понижен (бывает, хотя и реже, что повышен), и болезненные они с самого рождения. Таких детей принято держать под стеклянным колпаком – если не всегда буквально, то уж всегда фигурально. Об их закаливании, обливаниях никто и не думает заикаться, это тот случай, когда, всем очевидно табу на любые действия в адрес младенца, кроме максимально нежных и не тревожащих его хрупкое неустойчивое равновесие.

На самом деле нужно поступать наоборот. Если для здоровых детей запуск и поддержка адаптационных и терморегуляторных функций необходимы, то для детей ослабленных они являются жизненно важным условием. Дело в том, что физиологическую незрелость можно полностью компенсировать в первый же месяц жизни, а остальные хвори если не полностью ликвидировать, то существенно облегчить. Как? Восстановив нормальный мышечный тонус младенца и его двигательную активность. А это значит – холодовые воздействия, плавание, обливания, свежий воздух, тренировка рефлексов, массаж, голенькое тельце, контактирующее с воздухом. У деток постарше – все то же самое. Слабому и болезненному невозможно прожить в условиях перегрева, без постоянного пребывания на свежем воздухе, а купание для него – мощный стимулятор, позволяющий стать таким же, как все. И витамин D ему нужнее, и вкусовые добавки опаснее, и ковры в комнате еще более вредны.

И если дожидаться, пока дитя начнет болеть, пока привыкнет быть больным и научиться извлекать из этого состояния выгоды для себя, если дотянуть до возрастного снижения двигательной активности и естественной «прыгучести и бегучести», то я вам не завидую. Потому что, любя своего ребенка, вы все равно будете вынуждены призвать на помощь природные факторы и естественные методы закаливания, питания, развития. Только это будет тем труднее, чем старше ребенок. Поэтому – не тяните. Слабенького и болезненного тем более не кутайте, тем более не кормите насильно, тем более стимулируйте любые движения. Тогда он обязательно выровняется.

Опытные педиатры старой школы говорят, что больной ребенок, если у него нет температуры, обязательно должен гулять. Даже с воспалением легких. Даже с бронхитом. Потому что свежий воздух – важнейший фактор выздоровления. Почему? При вдыхании прохладного или холодного воздуха влага конденсируется на горячих дыхательных путях, и слизь увлажняется. Если во время гуляния у ребенка появился влажный кашель, которого дома не было, то это просто замечательно, это признак того, что у дитя появился шанс выкашлять слизь, накопившуюся в легких. Но что делает при этом мама? Стоит ребенку кашлянуть, как его тут же затаскивают в дом, а слизь уже увлажнилась,

значит, увеличилась в объеме, - и дома ребенку будет тяжелее дышать. Родители делают неверный вывод: вышли погулять – и стало хуже. Нет, не из-за гулянья стало хуже, а из-за того, что недогуляли!

Конечно, гулять нужно не очень долго, чтобы не утомлять ребенка. Хотя это еще вопрос, всегда ли: например, при коклюше врачи требуют, чтобы больной находился на свежем воздухе не менее 4-6 часов в день, только тогда в его состоянии наступит стойкое улучшение и он перестанет задыхаться.

Более того, прохладный воздух – эффективный способ оказания неотложной помощи. При любых проблемах со здоровьем, характеризующихся жалобой «тяжело дышать», до прибытия врача – бегом на воздух.

Некоторые храбрые родители обливают ребенка с высокой температурой ледяной водой, и это дает эффект, температура падает. Более спокойный вариант – теплая ванна, прохладная ванна. Но применять их имеет смысл, только если больному это приятно, если вы предложили, а он радостно согласился.

Есть системы лечения, вообще основанные только на стимулировании процессов терморегуляции. Это система Залманова, система Келлер и другие. Но это уже достаточно специальная, и упоминается она здесь только для вашего спокойствия: если ребенок болен и вы облили – не бойтесь, если болен и хочет в ванну – согласитесь. Доверяйте организму ребенка!

ЗАНЯТИЕ 4

Задание 1. Прочитайте статью «Детская астма», сформулируйте проблему. Выделите введение, основную часть и заключение.

ДЕТСКАЯ АСТМА

*О.И. Дюбанкова, главный детский аллерголог-иммунолог МЗ РФ, профессор
(газета «Аргументы и факты. Здоровье», 2009 г., № 10)*

Сегодняшние дети страдают аллергическими заболеваниями гораздо чаще, чем двадцать лет назад. А от аллергии до бронхиальной астмы – несколько серьезных простуд и бронхитов. Классический вариант бронхиальной астмы у детей – это приступы затрудненного дыхания и сухие хрипы в легких. За рубежом сейчас широко обсуждается кашлевой вариант: кроме длительного, мучительного, приступообразного кашля, нет никаких признаков болезни. Но диагноз «бронхиальная астма» подтверждается данными клиники, аллергологического обследования и исследованием функции внешнего дыхания, в некоторых случаях - с проведением провокационного теста со специальными веществами. Обследовать ребенка должен аллерголог или

пульмонолог, который способен правильно интерпретировать результаты исследований и оценить историю болезни, наследственность, отметить повышенную гиперактивность бронхов и определить причину бронхоспазма.

Когда родители страдают аллергическими заболеваниями, и не обязательно астмой, риск того, что малыш заболеет, очень высок – 60-70 %. Но у ребенка, который с рождения находится под наблюдением, можно контролировать ситуацию и добиться того, чтобы вовремя замеченное заболевание протекало более легко. К сожалению, невозможно гарантировать, что при соблюдении всех мер ребенок не заболеет астмой. Одна моя пациентка следовала всем рекомендациям и во время беременности, и после родов, но на втором году жизни у ребенка все равно развился приступ затрудненного дыхания.

С самого начала такой ребенок не должен контактировать с домашними животными, жить среди множества ковров и книг, на которых скапливается пыль. Ему вредно жить на первом и последнем этажах, где подтекает крыша или стены мокнут и плесневеют. Плесень может привести к развитию грибковой аллергии и тяжелому течению бронхиальной астмы. Конечно, ребенку важно обеспечить хорошие жилищные условия, но не всем родителям это доступно.

Большое значение имеет психологический климат в семье. Постоянные ссоры - это один из факторов, провоцирующих развитие бронхиальной астмы. Иногда приводят больного ребенка, начинаешь искать причину болезни, и выясняется, что родители постоянно ругаются. Психологи считают, что ребенок, таким образом, протестует, то есть заболевает, чтобы привлечь внимание родителей. Гиперопека со стороны родителей тоже не приносит ничего хорошего. Есть такая категория мам и пап, которые делают вид, что выбиваются из сил, заботясь о ребенке, а на самом деле ничего не делают. Одна наша мама двоих своих детей попросту морит голодом: дает им только воду и хлеб, иногда овощи - и считает, что таким образом она их вылечивает. Переубедить ее абсолютно бесполезно, хотя у детей даже выражение лиц голодное и несчастное.

Ребенок-астматик должен чувствовать себя полноценным членом общества и в то же время знать, в чем ему следует себя ограничивать. Некоторые дети уже в три года спокойно отвечают: "Мне нельзя шоколадную конфету, у меня аллергия". Конечно, если нет явной реакции на шерсть, можно разочек погладить кошку, но если она есть, лишний раз провоцировать приступ не стоит. У нас лечится ребенок с тяжелым течением бронхиальной астмы, которому мы еле-еле подобрали терапию, стабилизировавшую его состояние. А он пошел в гости, заигрался с кошкой - и у него развился тяжелейший приступ затрудненного дыхания. Пришлось начинать лечение с нуля.

Иногда родители делают из своих детей калек. Некоторые мамы ошибочно считают, что никаких физических нагрузок, обучение на дому - и тем самым превращают ребенка в инвалида. А ведь многие астматики с удовольствием занимаются плаванием, некоторые вырастают мастерами

спорта. Другие занимаются на музыкальных инструментах. Маргарет Тэтчер - астматик, а посмотрите, чего она добилась.

В наше время тяжелых приступов мы практически не видим. Во-первых, важно удалить аллергены, на которые реагирует ребенок. Назначают препараты, воздействующие и купирующие аллергическое воспаление в бронхах. К ним относятся кромоны (Интал, Тайлед), а также гормональные средства (Флютиказон, Будесонид, Бекламетазон), которые астматикам назначают в виде ингаляции.

У всех родителей «сидит в голове»: гормоны - это плохо, поэтому многие не выдерживают минимальный курс лечения, чтобы ликвидировать признаки воспаления в бронхах и дыхательных путях. Переубедить родителей бывает очень сложно. Это не только у нас, за рубежом ситуация точно такая же. Но если кромонами состояние ребенка не удастся стабилизировать, гормональные препараты необходимы. Однако как только ребенок начинает их принимать и ему становится лучше, мама, иногда даже с ведома врача, сразу их отменяет.

Если соблюдать правила применения гормональных препаратов, они не принесут ребенку вреда. Родителей пугают местные проявления: грибковые поражения полости рта (молочница), охриплость голоса (афония). Чтобы их избежать, надо либо пользоваться спейсерами, либо после ингаляции полоскать рот водой. У маленьких детей при назначении глюкокортикостероидов возможно замедление роста, но через некоторое время он выправляется и не отличается от возрастных норм. У 19% некоторых детей с тяжелым течением астмы после длительного приема глюкокортикостероидов может развиваться остеопороз, хотя до сих пор не очень ясно, чем это в действительности вызвано, возможно, генетической предрасположенностью к изменениям в костях. На функцию коры надпочечников гормоны могут повлиять только при очень длительном, без перерывов, приеме препарата.

Гормональное лечение проводится под наблюдением врачей и обязательно под прикрытием каких-то других препаратов. Иногда назначают курс гормональных препаратов с тем, чтобы предупредить осложнения в тяжелый для ребенка сезон - зимой или в период цветения. А когда опасный период проходит, либо переводим ребенка на кромоны, либо вообще отменяем препараты.

Существует несколько схем, когда гормональную терапию заменяют на кромоны, то есть нестероидные противовоспалительные препараты. Чтобы снизить дозу гормона, его комбинируют бронхоспазмолитиками длительного действия. Сейчас существует много комбинаций, которые позволяют гибко дозировать гормоны. Не надо забывать, что дети - это растущий организм. На начальной стадии тяжелого течения астмы назначают ребенку длительный прием гормонов, через несколько лет заболевание принимает уже более легкую форму. Тут играют роль и возраст, и педантичное соблюдение родителями рекомендаций врача.

Бронхоспазмолитические препараты (Сальбутамол, Беродуал) и нибулайзер служат для облегчения ингаляций (бронхолитиками или

гормональными препаратами). Это средства первой помощи в случае приступа астмы. Родители не могут оценивать тяжесть приступа, потому что есть опасность его недооценить и это приведет к летальному исходу. При ухудшении состояния ребенка нужно вызвать "скорую", а затем оказать помощь. Лучше перестраховаться и извиниться перед фельдшером за ложный вызов, чем недооценить серьезность ситуации.

Задание 2. Разбейте текст на смысловые части, озаглавьте каждую часть.

Задание 3. Проанализируйте текст с точки зрения основной и дополнительной информации.

Задание 4. Составьте план к данному тексту.

Задание 5. Сравните свой план с предложенным ниже.

1. Если родители - астматики, что они могут сделать, чтобы их ребенок не заболел?
2. Чем маленький астматик отличается от здоровых ровесников?
3. Что нового появилось в лечении бронхиальной астмы?
4. Вредно ли лечение гормонами?
5. Когда ребенка "снимают с гормонов"?
6. Какие препараты всегда должны находиться в аптечке, если в доме живет астматик?

Задание 6. Найдите в тексте информацию, которую вы можете использовать для рекомендации родителям. Обобщите ее, выпишите в виде заметок, используя повелительную форму глаголов по образцу.

Образец:

На заметку родителям:

- Контролируйте рацион питания ребенка-астматика, исключив аллергенные продукты.
- Постоянно проводите влажную уборку в комнате малыша и в доме.

Задание 7. На основе записанного плана кратко передайте основное содержание текста.

Задание 8. Напишите реферат статьи, включая информацию в схему реферата, предлагаемую ниже:

В статье рассматривается...

Автор обращает внимание на то, что...

Далее автор приводит примеры ...

В статье подробно исследуются...

Вместе с тем автор отмечает, что...

Он убеждает читателей в том, что...

Наконец, автор приходит к выводу о...

ЗАНЯТИЕ 5

Задание 1. Прочитайте статью и напишите контрольный реферат.

РОЖДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Анна Гиппиус

(«Здоровье ребенка на 100%», Санкт-Петербург, 2006 г.)

Прежде всего, нужно максимально обезопасить малыша в процессе рождения. Я, помню, наизусть выучила главу о родах из книги. Именно наизусть – какие этапы, что происходит на каждом этапе, как облегчить дело себе и ребенку. Слишком часто мамы во время родов полностью концентрируются на своем «больно» и не обращают внимания на то, что рождающемуся сейчас малышу тоже больно и страшно, что его куда-то тащит, сжимает и плющит головку, выдавливает на резкий свет и пронизывает холод. Да, холод! Он привык к 36 градусам, и вдруг вокруг 18-20, температура вдвое ниже! И мама о тебе совсем забыла...

Да еще маме на живот давят – это буквально сворачивает малышу шею, делая его потенциальным пациентом остеопата или костоправа. Да еще лекарственные препараты вводят – стимуляторы или, наоборот, снимающие схватки. Да еще в глазки жгучую штуку капают, а нежную кожу очищают от смазки, буквально царапают. А главное – резкий воздух врывается в легкие, буквально разрывая их, - первый вдох, затем выдох, и звучит долгожданный первый крик нашего малыша.

Нельзя забывать о нем, бедном, и думать только о себе. Нужно помогать своему ребенку – это ваше совместное действие, первое действие вместе. Он рождается! Не бросайте его одного.

Мы пошли в родильный зал вместе с мужем. Своим присутствием он очень помог и мне и сыну. Первое, что воскликнул наш папа, увидев мальчика: «Ой, какой красивый!». Причем в тот момент, когда на свет Божий только показалась головка. После этого радостного возгласа мы с сыном управились с процессом за считанные минуты, так нас взбодрила папина радость.

Наконец все закончилось. Сын сосет, как и положено, через 15-20 минут после рождения. Мы все вместе, и нам хорошо. Два часа в холодном родильном зале пролетели очень быстро. А потом врач скомандовала: «Папаша, берите ребенка и пойдём в палату». В книгах пишут, что эти первые минуты формируют в отце сильную привязанность к ребенку. Наверное, это действительно так. Во всяком случае, именно об этом говорит наш опыт.

В первые полчаса после рождения ребенок обязательно должен получить молозиво. Я думаю, что сейчас это знают все. Работы академика Аршавского, популярные книги Никитиных, множество позднейших публикаций не оставляют в этом сомнений ни у кого, кто хоть сколько-нибудь интересуется вопросами детского здоровья. Молозиво содержит все необходимое для младенца – оно питает его, запускает его иммунную систему, на всю жизнь обеспечивает нормальное пищеварение. Белки и ферменты, содержащиеся в

молозиве, связывают чужеродные вещества, которые могут повредить здоровью младенца, и обеспечивают его пассивную иммунизацию. Это значит, что любые бактерии и вирусы, попадающие в его организм, будут мгновенно уничтожены – но не собственной иммунной системой малыша, а веществами, входящими в состав молозива. Подсчитано, что через 2-3 дня питания молозивным молоком, новорожденный имеет иммунитет в четыре раза больший, чем у матери. Он не может заболеть, даже попав в эпицентр заразных болезней, настолько сильна молозивная иммунизация. Первые капли молозива – залог здоровья на всю жизнь. Правда, не такие уж это и капли – считается, что новорожденный может высосать до 60 граммов молозива. Весьма приличное количество для первого кормления. Но даже если это действительно капли, их значение переоценить невозможно.

Кормить малыша только спустя несколько часов, потому что он должен отдохнуть после родов, - нонсенс. Ведь в утробе он питался непрерывно – так почему его лишают пищи после рождения? Мало у него стрессов, что ли? Еще и поголодать нужно? Нет, мало того, что не нужно, - и вредно.

Именно из-за того, что деток оставляют без молозива, начинаются ненормальности, которые принято считать нормальными физиологическими процессами: «физиологическая» потеря веса. Я позволю себе привести довольно длинную цитату из работы академика Аршавского.

Чем же расплачиваются новорожденные в связи с поздним началом кормления грудью матери – через сутки, двое и даже трое? Их ожидает потеря в весе от 150 г и более, она названа «физиологической». Затем желтуха, вследствие того, что у него в связи с голоданием образуется ацидоз, то есть то закисление крови, которое, нарушая функцию печени, обуславливает желтуху, названную также «физиологической». Впоследствии это в подавляющем числе случаев завершается заболеванием печени. В крови новорожденных, помимо того что они лишены возможности получения из молозивного молока тех белков, которые повышают их естественный иммунитет, снижается содержание собственных. Это называется «физиологической» гипопроотеинемией. Новорожденные теряют воду. Из-за чего не только резко сокращается выделение мочи («физиологическая» олигурия), но и резко сгущается кровь. Это также называется «физиологическим» эксикозом, то есть состоянием потери воды. В результате уже в пределах первого месяца жизни возникает дальнейшее снижение содержания эритроцитов и гемоглобина в крови. И это сильнейшее отклонение от нормального развития характеризуется современной педиатрией как состояние, якобы неизбежное и даже естественное для родившихся младенцев, а посему и названное «физиологической» анемией. Отсюда можно понять заболевание крови у новорожденных, в частности злокачественных и известных под названием лейкозов. Они возникают у тех детей, у которых из-за позднего начала кормления грудью матери развивается резкое закисление крови (ацидоз). Но и из сказанного можно понять, почему дети, рождающиеся совершенно здоровыми и физиологически зрелыми, уже в роддоме приобретают симптомы, свойственные младенцам, появившимся на

свет физиологически незрелыми. Итак, создаваемое состояние резкого отклонения от нормы и представляющее собой несомненную патологию. Узаконено как состояние, якобы «физиологическое». Всего этого можно избежать при условии раннего начала кормления грудью матери (через 20-30 минут после появления младенца на свет).

Впечатляет? По-моему, очень!

Не забудем еще о том, что когда малыш сосет, у матери выделяются гормоны, которые резко сокращают матку, то есть приводят в норму организм женщины. Кроме того, другие гормоны запускают механизм лактации – если покормить малыша сразу после рождения, гиполактация просто невозможна. Лизоцим молозива, смазывая соски кормящей матери, предупреждают мастит.

А главное – сосательные движения младенца стимулируют выработку гормонов радости, эндорфинов, поэтому мать, кормящая своего новорожденного, испытывает счастье. Гормоны с молоком поступают малышу – счастлив и он. Видите, как все разумно предусмотрено – покормив новорожденного сразу, вы испытываете такой прилив любви к нему и счастья, что «отдых» без него, долгожданного, окажется вам ненужным. В организме работают объективные механизмы, делающие рождение ребенка счастьем для всех.

РАЗДЕЛ III СТОМАТОЛОГИЯ

ЗАНЯТИЕ 1

Задание 1. Прочитайте статью А.Н. Михайлова «Строение зуба» и ознакомьтесь с образцами вопросного, назывного и тезисного планов, а также аннотации и реферата этой статьи. Обратите внимание на средства языкового оформления реферата.

СТРОЕНИЕ ЗУБА

*А.Н. Михайлов, врач-стоматолог, к.м.н.
(журнал «Стоматология», 2009 г., № 2)*

У человека зубы меняются один раз. Зубы сменного прикуса называют временными. Прорезывание их начинается на 6-7-м месяце жизни и заканчивается к 2,5-3 годам. В 5-6-летнем возрасте начинают прорезываться зубы постоянного прикуса, и к 13 годам временные зубы полностью заменяются постоянными. Количество временных и постоянных зубов неодинаково: во временном прикусе всего 20 зубов, так как отсутствуют премоляры и третьи моляры. На каждой стороне как верхней, так и нижней челюстей имеются 2 резца, 1 клык и 2 моляра.

В постоянном прикусе 32 зуба. Их анатомическая формула 2 резца, 1 клык, 2 премоляра и 3 моляра.

В зубах временного и постоянного прикуса различают коронку — часть зуба, выступающую в полость рта; корень зуба, который находится в альвеоле; шейку зуба — небольшое сужение на границе между коронкой и корнем зуба. На уровне шейки зуба заканчивается эмалевый покров коронки и начинается цемент, покрывающий корень зуба. В области шейки зуба прикрепляется круговая связка, волокна которой с противоположной стороны вплетаются в кость альвеолы, десну, а также направляются к шейкам соседних зубов.

Внутри зуба имеется полость зуба, которая делится на коронковую часть и канал корня зуба, или корневой канал, в области верхушки корень заканчивается узким апикальным (верхушечным) отверстием.

На коронке зубов различают следующие поверхности: мезиальную, дистальную, лицевую, или вестибулярную, язычную. У премоляров и моляров имеется также окклюзионная (жевательная) поверхность. Линия схождения язычной и лицевой поверхностей у резцов и клыков образует режущий край.

Каждый зуб имеет анатомические признаки, позволяющие определить его групповую принадлежность. Такими признаками служат форма коронки, режущего края или жевательной поверхности, количество корней. Наряду с этим существуют признаки принадлежности зуба к правой или левой челюсти: признаки кривизны коронки, угла коронки, признак корня.

Признак кривизны коронки проявляется в том, что наибольшая выпуклость вестибулярной (зубной, щечной) поверхности расположена мезиально. Завершение прорезывания зубов (временных и постоянных) заканчивается образованием зубных рядов в виде дуг.

Зубные ряды в функциональном отношении представляют собой единое целое, что обусловлено рядом факторов. Известно, что коронка зуба имеет выпуклость, особенно выраженную у премоляров и моляров. Она получила название экватора зуба и располагается на границе верхней и средней трети коронки. Наличие выпуклости обеспечивает создание межзубных контактов, которые у резцов и клыков располагаются ближе к режущему краю, чем у премоляров и моляров. В результате этого между зубами создается треугольное пространство, заполненное десневым сосочком, который, таким образом, оказывается защищенным от пищи. Кроме того, наличие плотного контакта между зубами обеспечивает единство зубного ряда, благодаря чему создается высокая функциональная устойчивость при жевании. Давление, оказываемое на

какой-либо зуб, распространяется не только по его корням на альвеолярный отросток, но и на соседние зубы благодаря их плотному контакту.

Создание, а точнее восстановление, плотного контактного пункта при реставрации является обязательным условием гарантированного лечения.

Значительную роль в устойчивости зубных рядов играет расположение зубов в альвеолярном отростке. Так, зубы нижней челюсти наклонены коронками внутрь, а корнями наружу. Наклон зубов верхней челюсти меньше способствует их устойчивости, так как их коронки наклонены наружу.

По имеющимся данным, угол наклона коронок моляров верхней челюсти в фациально (вестибулярно)-дистальном направлении достигает $10\text{--}20^\circ$, а коронок нижней челюсти в мезиально-язычном направлении — $10\text{--}25^\circ$. Угол наклона коронки зуба следует учитывать в процессе трепанирования при эндодонтическом лечении, чтобы не произвести перфорацию. Значительный наклон коронок имеется у резцов и клыков верхней и нижней челюсти, что также следует помнить при вскрытии и обработке полости зуба.

Центральные резцы верхней челюсти — самые большие из группы резцов. Вестибулярная поверхность их выпуклая. На ней расположены две неярко выраженные бороздки, идущие от центральной части коронки к режущему краю. Язычная поверхность имеет треугольную форму, вогнута. Боковые поверхности также имеют вид треугольника. Корень мощный, конусовидной формы. На мезиальной поверхности корня имеется продольное углубление (бороздка). Хорошо выражены признаки кривизны коронки и угла у шейки зуба образуют ямку. Корень сдавлен с боков, хорошо заметна боковая бороздка. Выражен дистальный изгиб корня. Канал имеет овальную форму. Боковые резцы нижней челюсти несколько больших размеров, чем центральные. Каналы узкие. Клыки верхней челюсти — самые длинные зубы, в среднем 27 мм. Полость зуба значительных размеров, овальной формы с расширением в вестибулярно-язычном направлении на уровне шейки.

Вторые премоляры верхней челюсти по форме почти не отличаются от первого, но меньших размеров. Средняя длина первых премоляров нижней челюсти - 22 мм. Вторые премоляры нижней челюсти по размерам превышают первые премоляры этой же челюсти.

Средняя их длина - 22 мм. Первые моляры верхней челюсти — самые большие зубы. Средняя длина - 22 мм. Средняя длина вторых моляров верхней челюсти - 21 мм. Третьи моляры верхней челюсти характеризуются непостоянной формой и величиной, но чаще бывают меньшего размера. Средняя длина первых моляров нижней челюсти - 22 мм.

Необходимо остановиться на анатомических образованиях, которые играют важную роль для клинической практики. В первую очередь следует обратить внимание на наличие экватора зуба (сферической поверхности) на щечной и контактных поверхностях, который необходим, чтобы исключить травму десны во время пережевывания пищи. В процессе рассмотрения строения коронки, премоляров и моляров упоминалось о существовании на жевательной поверхности, на границе перехода ее в мезиальную или

дистальную, эмалевого валика. Значимость его обусловлена тем, что он предупреждает попадание пищи в межзубной промежуток. В том случае, если валик в процессе формирования жевательной поверхности не формируется, а создается плоская поверхность, что чаще всего наблюдается при пломбировании, то пища попадает в межзубной промежуток, несмотря на наличие контактного пункта.

И последнее — состояние фиссур жевательной поверхности. Различают фиссуры по глубине (поверхностные и глубокие) и по форме — открытые, V-образные и ампулообразные. При наличии глубоких фиссур, имеющих ампулообразное расширение, показано профилактическое препарирование.

Вопросный план	Назывной план
<p>I. Вступление. 1) Какие зубы называют «временными»? 2) Когда начинают прорезываться зубы постоянного прикуса?</p> <p>II. Основная часть. В чем заключаются анатомические признаки каждого зуба? 1) Чем заканчивается завершение прорезывания зубов (временных и постоянных)? 2) Каковы признаки каждого зуба? 3) Чем заканчивается прорезывание зубов (временных постоянных)? 4) В чем заключается особенность устойчивости зубных рядов? 5) Что является обязательным условием гарантированного лечения зубов?</p> <p>III. Выводы. 1) Какова роль устойчивости зубных рядов?</p>	<p>I. Вступление. 1) Определение понятия «временные зубы». 2) Период прорезывания зубов постоянного прикуса.</p> <p>II. Основная часть. Суть анатомических признаков каждого зуба. 1) Завершение прорезывания зубов (временных и постоянных). 2) Признаки каждого зуба. 3) Прорезывание зубов (временных и постоянных). 4) Особенности устойчивости зубных рядов. 5) Обязательные условия гарантированного лечения зубов.</p> <p>III. Выводы. 1) Роль устойчивости зубных рядов.</p>

Задание 2. *Опираясь на образцы планов, проанализируйте, как трансформированы вопросительные предложения в назывные.*

Задание 3. *Назовите вопросительные слова в вопросном плане.*

Тезисный план

1. У человека зубы меняются один раз.
2. К 13 годам временные зубы полностью заменяются постоянными.
3. Каждый зуб имеет анатомические признаки, позволяющие определить его групповую принадлежность.
4. Завершение прорезывания зубов (временных и постоянных) заканчивается образованием зубных рядов в виде дуг.
5. Создание, а точнее восстановление, плотного контактного пункта при реставрации является обязательным условием гарантированного лечения.

6. Значительную роль в устойчивости зубных рядов играет расположение зубов в альвеолярном отростке.

7. Большое значение для клинической практики имеют анатомические образования.

8. Наличие экватора зуба (сферической поверхности) на щечной и контактных поверхностях необходимо для исключения травмы десны во время пережевывания пищи.

9. Необходимо обращать внимание на состояние фиссур жевательной поверхности.

Задание 4. *Сравните три вида планов. Скажите, чем отличаются назывной план от вопросного, назывной и вопросный от тезисного.*

Аннотация

Аннотируемый текст представляет собой статью в журнале «Стоматология» (№ 2, 2009). Статья носит название «Строение зуба». Автор статьи – врач-стоматолог А.Н. Михайлов. Статья посвящена анатомическому строению зуба.

Автор отмечает, что каждый зуб имеет анатомические признаки, позволяющие определить его групповую принадлежность. В статье дается подробное описание внутреннего строения зуба, а также характеристика резцов, клыков, моляров и их размеры. Автор рассматривает расположение зубов в альвеолярном отростке.

Текст предназначен для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности «Стоматология».

Реферат

Реферируемая статья помещена в журнале «Стоматология», ее автор - врач-стоматолог А.Н. Михайлов. Статья посвящена анатомическому строению зуба.

Во вступлении автор пишет о том, что у человека зубы меняются один раз. Прорезывание их начинается на 6-7-м месяце жизни и заканчивается к 2,5-3 годам, а к 13 годам временные зубы полностью заменяются постоянными.

В основной части подробно описывается строение зуба. Автор обращает внимание на то, что каждый зуб имеет анатомические признаки, позволяющие определить групповую принадлежность. К таким признакам он относит форму коронки, режущего края или жевательной поверхности, количество корней. Наряду с этим существуют принадлежности зуба к правой и левой челюсти: признаки кривизны коронки, угла коронки, признак корня.

Автор подчёркивает, что зубные ряды в функциональном отношении представляют собой единое целое, что обусловлено рядом факторов. Особое внимание в статье уделяется методике рассмотрения анатомических признаков, восстановления, реставрации зубов. Внимание автора обращается на то, что

зубные ряды в функциональном отношении представляют собой единое целое, что обусловлено рядом факторов.

Автор считает необходимым остановиться на анатомических образованиях, которые играют важную роль для клинической практики. В первую очередь, по мнению автора, следует обратить внимание на наличие экватора зуба (сферической поверхности) на щечной и контактных поверхностях, который «необходим, чтобы исключить травму десны во время пережёвывания пищи».

В заключение делается вывод о том, что значимость данного эмалевого валика обусловлена тем, что он предупреждает попадание пищи в межзубной промежуток. Однако, в том случае, если валик в процессе формирования жевательной поверхности не формируется, а создаётся плоская поверхность, что чаще всего наблюдается при пломбировании, то пища попадает в межзубной промежуток, несмотря на наличие контактного пункта.

Задание 5. Сравните аннотацию и реферат статьи. Чем они отличаются? Какой вид письменного изложения более полно передает основное содержание?

Задание 6. Сравните назывной и вопросный план с рефератом. Обратите внимание на то, как правильно составленный план помогает четко и полно раскрыть основные положения статьи.

Задание 7. Прочитайте вслух языковые стандарты-клише, использованные при составлении аннотации и реферата.

Задание 8. Проанализируйте композицию текста образца реферата статьи.

ЗАНЯТИЕ 2

Задание 1. Прочитайте статью. Выделите в ней вводную, основную и заключительную части. Составьте план к данному тексту.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

*В.И. Петров, профессор Московского государственного медико-стоматологического университета
(журнал «Стоматология», 2010 г., № 5)*

В настоящее время ни у кого не возникает сомнения, что кариозный процесс начинается с деминерализации. При этом наиболее выраженная убыль минеральных компонентов наблюдается в подповерхностном слое при относительно сохранившемся наружном слое. Непосредственная причина очаговой деминерализации в белом кариозном пятне заключается в воздействии органических кислот (в основном молочной), образующихся в процессе ферментации углеводов микроорганизмами зубного налета. Следует

отметить, что деминерализация эмали при кариесе отличается от таковой при поступлении кислоты извне. При белом кариозном пятне имеет место подповерхностная деминерализация, а при внешнем воздействии на зубы кислот происходит убыль минеральных компонентов с поверхности, что проявляется послойным растворением эмали.

При рассмотрении механизмов возникновения кариеса зуба обращает на себя внимание многообразие различных факторов, взаимодействие которых и обуславливает возникновение очага деминерализации. Это и состав микроорганизмов полости рта, и характер питания (наличие углеводов), режим питания, количество и качество слюноотделения (реминерализирующий потенциал слюны, буферные свойства, неспецифические и специфические факторы защиты слюны), сдвиги в функциональном состоянии органов и систем организма, количество фтора, поступающего в организм человека, и, наконец, экстремальные воздействия на организм — лучевые и т.д. Однако многообразие факторов не служит основанием причислять кариес зубов к полиэтиологическим заболеваниям. В соответствии с учением о болезни его причиной считают тот фактор, который вызывает заболевание и обуславливает специфичность проявления. С учетом общепризнанных данных считают, что кариозный процесс — это деминерализация, причиной его возникновения следует считать кислоту, образующуюся в зубной бляшке в результате ферментации углеводов.

Процесс этот сложный, а взаимодействие ряда факторов, в том числе разнонаправленных, и обуславливает длительность течения и возможность его стабилизации. Таким образом, кариес — это процесс многофакторный, но не полиэтиологический, как считают некоторые авторы.

Факторы, влияющие на возникновение кариеса зуба, принято делить на общие и местные. Следует отметить, что это деление чисто условное. Так, диета отражается на обменных процессах в организме. С другой стороны, остатки пищи на поверхности зуба, особенно углеводы, активно влияют на образование кислоты в зубной бляшке и приводят к локальному снижению рН. К местным факторам относят слюну. Однако количество и качество слюны, содержание в ней неспецифических и специфических факторов защиты (секреторные иммуноглобулины) зависят от общего состояния организма.

Локальное изменение рН в результате взаимодействия ряда факторов объясняет локализацию кариозного процесса с учетом роли углеводов и микроорганизмов, гигиенического ухода за полостью рта, результативности пломбирования кариозных поражений. При такой трактовке кариозного процесса четко определяются пути его профилактики.

Интенсивность поражения зубов кариесом в различных регионах нашей страны и земного шара колеблется в широких пределах. Следует отметить, что в пределах групп населения с низким и высоким уровнями интенсивности кариеса отмечаются значительные отклонения от среднего показателя. К этому можно добавить, что независимо от уровня распространенности кариеса, даже в регионах с высокой распространенностью, встречаются лица (примерно 1 %

взрослых), у которых кариес не наблюдается или его интенсивность очень низкая. Тот факт, что среди проживающих в одинаковых условиях у одних лиц наблюдается множественное поражение зубов кариесом, тогда как у других его нет, дает основание для утверждения о существовании лиц, устойчивых (резистентных) и восприимчивых к кариесу.

Известно, что в молодом возрасте зубы поражаются кариесом чаще, чем в пожилом. Это связывают с накоплением минеральных компонентов (кальций, фосфор и др.) в эмали, а процесс называют «созреванием эмали». При этом происходят уплотнение эмали и снижение варибельности структуры вследствие уменьшения микропористости.

Важная роль в повышении устойчивости к кариесу принадлежит фтору, который обуславливает устойчивость эмали, особенно его поверхностного слоя, к действию кислот за счет замещения гидроксильной группы или карбоната апатита из слюны и ингибирует микрофлору полости рта.

Еще более кратким, хотя и не совсем точным, показателем риска возникновения кариеса являются наличие двух и более кариозных полостей, высокий индекс гигиены и частый прием углеводов при значительном (5—6 и более) индексе КПУ.

Имеющее большое значение проблемы скрытого кариеса (в виде ямок и фиссур), для выявления которых необходимо проводить детальное клиническое и рентгенологическое обследование поверхности зубов. Исследования последних лет стали показывать, что постепенно снижается и изменяется тип поражений кариесом у детей и подростков. Факторов, которые способствуют развитию кариеса в полости рта, более чем предостаточно. К ним можно отнести скапливание бактериального налёта, меньшая толщина эмали, неполное созревание эмали, недостаточность фторидов и хлоргексида в организме. В результате всего этого у детей и подростков вероятность заболевания кариесом повышается.

При этом, если поверхностный кариес легко обнаружить и вовремя перебороть его, то «скрытый» кариес более опасен тем, что затрудняет дифференцирование кариозных дефектов. Именно поэтому очень важно своевременно выявлять кариозные поражения, определять их активность и начинать их устранение. Старые методы диагностики кариеса уже давно остались в прошлом, такие как использование стоматологического зеркала, острых зондов и т.д.

С чего начинается диагностика кариеса? Естественно, с визуальной диагностики. Врач-стоматолог, в первую очередь, может проводить клинический осмотр, во время которого, исходя от своего опыта и первых признаков и изменений цвета тканей зуба, может дать первую оценку состояния зуба. Наличие коричневых пятен на зубе почти что гарантия того, что у Вашего зуба начинаются проблемы. А, например, локализованные серые пятна – верный признак кариеса дентина. Хотя клиническое обследование не может полностью оценивать состояние зуба, но качественный осмотр врача-стоматолога может дать первую необходимую оценку активности кариозного

процесса. В основном, активные кариозные зоны имеют матовую грубую поверхность, а неактивные дефекты – блестящую и гладкую.

Врачам-стоматологам часто на помощь приходит рентгенологическая диагностика кариеса, но и она не в состоянии точно выявить очаги кариеса. Часто такого типа диагностика кариеса выдаёт ложные отрицательные результаты.

На данный момент одним из самых эффективных методов диагностики кариеса является лазерная флюоресценция, хотя и при применении этого метода тоже могут получаться ложные положительные сигналы, даже у пациентов с низким риском развития кариеса.

Таким образом, единственно реальную оценку состояния полости рта и степени риска развития кариеса можно дать только после применения всех вышеупомянутых методов. Особенно важно следить за развитием заболеваний в полости рта у наших маленьких пациентов, так как именно в детском и подростковом возрасте кариес может развиваться очень быстро, в то время как у взрослых развитие кариеса может длиться годами. И тут опять же возникает потребность частого осмотра врачом-стоматологом состояния зубов ваших детей. Вероятность поражения полости рта кариесом именно в их возрасте особенно высока.

Один из способов профилактики кариеса - это своевременная герметизация окклюзионных поверхностей. Только таким образом можно перебороть развитие этой болезни, если уже начали появляться серьёзные признаки заболевания. Не забывая, естественно, и про более простые методы профилактики, как гигиена полости рта и общий уход за здоровьем всего организма.

Задание 2. *Сформируйте тему и главные проблемы статьи.*

Задание 3. *Обратите внимание, что в данном тексте выделяются четыре смысловые части. Найдите и озаглавьте их.*

Задание 4. *Раскройте содержание каждой части.*

Задание 5. *Перескажите текст.*

Задание 6. *Напишите аннотацию текста, используя средства языкового оформления и схему-модель аннотации.*

ЗАНЯТИЕ 3

Задание 1. *Прочитайте текст, напишите контрольную аннотацию, используя схему-модель и средства языкового оформления аннотации.*

**ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА
ПРИ ПАРДОНТИТЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПО ДАННЫМ
ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ**

Одним из распространенных местных факторов риска в этиопатогенезе воспалительных заболеваний пародонта является курение. В то же время курение – фактор риска для заболеваний периферических сосудов практически во всех тканях организма. У курильщиков сосуды в десне подвержены стенозу, и их количество уменьшается. Клинически у них менее выражена кровоточивость при зондировании, гиперемия и отек по сравнению с некурящими. Непосредственно после выкуривания сигареты происходит усиление микроциркуляции в тканях десны. В то же время в покое у лиц с высокой интенсивностью курения десневой кровотока значительно снижен по сравнению с нормой. В данном исследовании с помощью лазерной доплеровской флоуметрии изучали изменение состояния микроциркуляции у курящих пациентов с пародонтитом легкой, средней и тяжелой степени по сравнению с некурящими пациентами с теми же диагнозами. Проведенное исследование показало, что курение значительно изменяет микроциркуляторные показатели в пародонте при пародонтите различной степени тяжести. Курение достоверно снижает уровень десневого кровотока по сравнению с некурящими пациентами с аналогичными диагнозами. Непосредственно после выкуривания сигареты происходит увеличение уровня капиллярного кровотока. Через 30 мин. наблюдается резкое снижение кровотока. Восстановление исходных параметров происходит в группе с пародонтитом легкой степени через 1,5-2 ч, средней – через 2 ч, тяжелой – в более поздние сроки. В результате изменений трофики тканей усугубляется действие патогенных факторов при воспалительных заболеваниях пародонта.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии. К настоящему времени сложилось мнение о том, что ВЗП развиваются под влиянием как местных причин, так и общих факторов на фоне измененной реактивности организма. Одним из распространенных местных факторов риска в этиопатогенезе ВЗП является курение.

Органы и ткани полости рта являются местом первичного контакта с комплексом неблагоприятных воздействий курения. Курение – фактор риска для заболеваний периферических сосудов практически во всех тканях организма. Оно приводит к таким осложнениям, как трофические язвы, заболевания коронарных артерий, инфаркт миокарда и инсульт.

У курильщиков сосуды в десне подвержены стенозу, и их количество уменьшается. Клинически у них менее выражена кровоточивость при зондировании, гиперемия и отек по сравнению с некурящими. Эти явления тесно связаны с микроциркуляцией в тканях десны.

Впервые использовали термовизиографию, чтобы косвенно оценить кровоток в десне на животной модели (кролики). Внутриартериальное введение никотина и эпинефрина вызывало значительное снижение кровяного давления,

приводящее в первый момент к увеличению кровотока десны вследствие системного сосудорасширяющего эффекта. Через 10 мин. вазодилатация сменялась вазоконстрикцией. Более поздние работы, в которых изучалось состояние тканей, подверженных воздействию дыма или никотина с применением лазерной и ультразвуковой доплеровской флоуметрии меченых микросфер дали положительные результаты.

Анализ влияния курения на десневой кровоток при отсутствии воспалительных заболеваний пародонта позволяет заключить, что непосредственно после выкуривания сигареты происходит усиление микроциркуляции в тканях десны, хотя в покое у лиц с высокой интенсивностью курения десневой кровоток значительно снижен по сравнению с нормой.

Изучение влияния курения на микроциркуляцию при пародонтите будет интересно по той причине, что уже имеются нарушения микроциркуляции. Во всех вышеперечисленных исследованиях отбирали лиц без ВЗП, в то время как курение – важнейший фактор риска для развития пародонтита. Логично предположить, что вредное воздействие курения наиболее ярко проявляется именно у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта.

Таким образом, проведенное исследование показало, что курение значительно изменяет микроциркуляторные показатели в пародонте при пародонтите различной степени тяжести.

ЗАНЯТИЕ 4

Задание 1. Прочитайте текст. Выделите введение, основную часть и заключение.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

*М.А. Лазарев, врач-стоматолог
(журнал «Стоматология», 2010 г., № 7)*

Эмаль - это ткань, покрывающая коронку зуба, является самой твердой в организме. На жевательной поверхности ее толщина достигает 1,5— 1,7 мм, на боковых поверхностях она значительно тоньше и сходит на нет к шейке, в месте соединения с цементом.

Длина призмы соответствует толщине слоя эмали и даже превышает ее благодаря извилистому направлению. Эмалевые призмы, концентрируясь в пучки, образуют S-образные изгибы.

Эмалевая призма имеет поперечную исчерченность, которая отражает суточный ритм осложнений минеральных солей. Сама призма в поперечном сечении, в большинстве случаев, имеет аркадообразную форму или форму чешуи, но может быть полигональной, округлой или гексагональной.

Ранее считали, что вокруг каждой призмы имеется оболочка, содержащая большое количество органического вещества. С помощью более современных методик, в частности электронной микроскопии, установлено, что межпризменное вещество эмали состоит из таких же кристаллов, как и сама призма, но отличается их ориентацией. Органическое вещество эмали обнаруживается в виде тончайших фибриллярных структур. Существует мнение, что органические волокна определяют ориентацию кристаллов призмы эмали.

В эмали зуба, кроме указанных образований, встречаются ламеллы, пучки и веретена. Ламеллы (пластинки) проникают в эмаль на значительную глубину, эмалевые пучки — на меньшую. Эмалевые веретена - отростки одонтобластов - проникают в эмаль через дентино-эмалевое соединение.

Основной структурной единицей призмы считаются кристаллы апатитоподобного происхождения, которые плотно прилежат друг к другу, но располагаются под углом. Считают, что размеры кристаллов с возрастом величиваются. Структура кристалла обусловлена величиной элементарной ячейки. Кристаллы гидроксиапатита и фторапатита имеют свои параметры.

В результате многочисленных исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом, установлено, что микроэлементы в эмали располагаются неравномерно. В наружном слое отмечается большое содержание фтора, свинца, цинка, железа при меньшем содержании в этом слое натрия, магния, карбонатов. Равномерно по слоям распределяются стронций, медь, алюминий, калий. Каждый кристалл эмали имеет гидратный слой связанных ионов, образующихся на поверхности раздела кристалл — раствор. Считают, что благодаря гидратному слою осуществляется ионный обмен, который может протекать по гетероионному механизму обмена, когда ион кристалла замещается другим ионом среды, и по изоионному — когда ион кристалла замещается таким же ионом раствора. В настоящее время установлено, что кроме связанной воды (гидратная оболочка кристаллов) в эмали имеется свободная вода, располагающаяся в микропространствах. Общий объем воды в эмали составляет 3,8 %. Первое упоминание о жидкости, находящейся в твердых тканях зуба, относится к 1928 г. В дальнейшем стали дифференцировать зубную жидкость, которая содержится в дентине, от эмалевой жидкости, заполняющей микропространства, объем которых составляет 0,1—0,2 % от объема эмали. В исследованиях на удаленных зубах человека с использованием специальной методики подогрева показано, что через 2—3 ч после начала опыта на поверхности эмали образуются капельки «эмалевой жидкости».

Эмалевая жидкость играет биологическую роль не только в период развития эмали, но и в сформированном зубе, обеспечивая ионный обмен. Органическое вещество эмали представлено белками, липидами и углеводами. Наряду с белком в эмали обнаружены липиды, цитраты, полисахариды. Таким образом, в составе эмали присутствуют: неорганические вещества — 95 %, органические — 1,2 % и вода — 3,8 %.

Эмаль — это бессосудистая и самая твердая ткань организма. Кроме того, эмаль остается относительно неизменной в течение всей жизни человека.

Указанные свойства объясняются функцией, которую она выполняет: защищает дентин и пульпу от внешних механических, химических и температурных раздражителей.

Только благодаря этому зубы выполняют свое назначение — откусывают и измельчают пищу. Явление проницаемости эмали зуба осуществляется благодаря смыванию зуба (эмали) снаружи ротовой жидкостью, а со стороны пульпы — тканевой и наличию пространств в эмали, заполненных жидкостью. Возможность проникновения в эмаль воды и некоторых ионов известна с конца прошлого и начала нашего столетия. Если ранее считали, что вещества в эмаль поступают по пути пульпа — дентин — эмаль, то в настоящее время не только установлена возможность поступления веществ в эмаль из слюны, но и доказано, что этот путь является основным. Эмаль проницаема в обоих направлениях: от поверхности эмали к дентину и пульпе и от пульпы к дентину и поверхности эмали. На этом основании эмаль зуба считают полупроницаемой мембраной.

В настоящее время установлено, что в эмаль зуба из слюны проникают многие неорганические ионы. Известно, что в эмали после прорезывания зуба происходит накопление кальция и фосфора, наиболее активно — в первый год после прорезывания зуба, когда кальций и фосфор адсорбируются во всех слоях различных зон эмали. В дальнейшем накопление фосфора, а после 3-летнего возраста — кальция, резко замедляется. Установлена обратная зависимость между содержанием кальция и фосфора в эмали и степенью поражения кариесом. Поверхность зуба, где эмаль содержит больше кальция и фосфора, значительно реже поражается кариесом, чем поверхность зуба, эмаль которого содержит меньшее количество этих веществ.

В созревании эмали важная роль принадлежит фтору, количество которого после прорезывания зуба постепенно увеличивается. Добавочное введение фтора снижает растворимость эмали и повышает ее твердость. Из других микроэлементов, влияющих на созревание эмали, следует указать на ванадий, молибден, стронций. Механизм созревания эмали изучен недостаточно. Данные о созревании эмали имеют важное значение в профилактике кариеса, так как по ним можно определить оптимальные сроки проведения обработки реминерализующими препаратами. При недостатке фтора в питьевой воде именно в период созревания эмали необходимо дополнительное введение фтора как внутрь, так и местно, что может быть осуществлено полосканием фторсодержащими растворами, чисткой зубов фторсодержащими пастами и другими способами.

Дентин, составляющий основную массу зуба, менее обызвествлен, чем эмаль. В нем содержатся 70—72 % неорганических и 28—30 % органических веществ и вода. Основу неорганического вещества составляют фосфат кальция (гидроксиапатит), карбонат кальция и, в небольшом количестве, фторид кальция. В его состав входят также многие макро- и микроэлементы.

Основное вещество дентина пронизано множеством дентинных трубочек (канальцев), в которых циркулирует дентинная жидкость, которая доставляет органические и неорганические вещества, участвующие в обновлении дентина. В дентине происходят выраженные обменные процессы, что обусловлено его составом и структурой. В первую очередь это относится к белку дентина. Известно, что молекула коллагена способна к обновлению аминокислотного состава. Наличие дентинных канальцев и циркулирующей в них дентинной жидкости создает необходимые условия для обмена органических и неорганических веществ. Клиническим подтверждением этому является изменение структуры и состава дентина при воздействии различных факторов на твердые ткани зуба: хронической механической травмы, химических веществ, возрастных изменений и др.

Цемент - прослойка ткани, покрывающая корень зуба - состоит на 68 % из неорганических и на 32 % из органических веществ. По химическому составу и структуре цемент напоминает грубоволокнистую кость. Основное вещество цемента, пропитанное солями кальция, пронизано коллагеновыми волокнами, которые соединяются с такими же волокнами костной ткани альвеолы. Различают бесклеточный цемент, располагающийся по всей поверхности корня, и клеточный, который покрывает верхушку корня, а в многокорневых — и область бифуркации. В отличие от кости, цемент не имеет кровеносных сосудов.

Задание 2. *На какие вопросы отвечают абзацы введения, основной части и заключения?*

Задание 3. *Кратко сформулируйте тематику абзацев основной части текста.*

Задание 4. *Выделите в каждом абзаце ключевые предложения.*

Задание 5. *Составьте к данному тексту назывной или вопросный план.*

Задание 6. *На основе записанного плана напишите реферат текста, используя представленные ниже конструкции.*

Текст посвящен ...

Во вступлении автор пишет о том, что ...

В основной части говорится о ...

Автор приводит результаты многочисленных российских и зарубежных исследований, свидетельствующие о...

В статье отмечается...

Автор перечисляет ...

В заключение дается характеристика ...

ЗАНЯТИЕ 5

Задание 1. *Прочитайте текст, напишите контрольный реферат.*

МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА

Видовой состав микрофлоры полости рта в норме довольно постоянен, однако количество микроорганизмов значительно изменяется в зависимости от слюноотделения, консистенции и характера пищи, а также от гигиенического содержания полости рта, состояния тканей и органов полости рта и наличия соматических заболеваний. Микрофлора полости рта крайне разнообразна и включает бактерии, актиномицеты, грибы, простейшие, спирохеты, риккетсии, вирусы. Самую большую группу постоянно обитающих в полости рта бактерий представляют кокки — 85—90 % от всех видов. Они обладают значительной биохимической активностью, разлагают углеводы, расщепляют белки с образованием сероводорода. Стрептококки являются основными обитателями полости рта. Обладая значительной ферментативной активностью, стрептококки сбраживают углеводы по типу молочнокислого брожения с образованием значительного количества молочной и некоторых других органических кислот. Кислоты, продуцируемые стрептококками, подавляют рост некоторых гнилостных микроорганизмов, попадающих в полость рта из внешней среды. В зубном налете и на деснах здоровых людей присутствуют также стафилококки.

Палочковидные лактобактерии также постоянно вегетируют в определенном количестве в здоровой полости рта. Подобно стрептококкам они продуцируют молочную кислоту. В аэробных условиях лактобактерии размножаются значительно хуже, чем в анаэробных, так как выделяют пероксид водорода, но не каталазу. Образованная ими в процессе жизнедеятельности молочная кислота задерживает рост других микроорганизмов: стафилококков, кишечной, брюшнотифозной и дизентерийной палочек. Количество лактобактерии в полости рта при кариесе зубов значительно возрастает пропорционально величине кариозных поражений. Для оценки «активности» кариозного процесса предложен «лактобацил-лентест» (определение количества лактобактерии).

Лептотрихии относятся также к семейству молочнокислых бактерий и являются возбудителями гомоферментативного молочнокислого брожения. Они имеют вид длинных нитей разной толщины с заостренными или вздутыми концами, их нити сегментируются, дают густые сплетения. Лептотрихии являются строгими анаэробами. Актиномицеты почти всегда присутствуют в полости рта здорового человека. Внешне они сходны с нитевидными грибами: состоят из тонких ветвящихся нитей — гифов, которые, переплетаясь, образуют видимый глазом мицелий. Некоторые виды актиномицетов, так же как и грибы, могут размножаться спорами, но основной путь — простое деление, фрагментация нитей. В полости рта здоровых людей в 40—50 % случаев встречаются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Дрожжеподобные грибы, интенсивно размножаясь, могут вызвать кандидоз или местное поражение полости рта (у детей его называют молочницей). Заболевания эти носят

эндогенный характер и возникают как результат бесконтрольного самолечения антибиотиками широкого спектра действия. Спирохеты заселяют ротовую полость с момента прорезывания временных зубов у ребенка и с того времени становятся постоянными ее обитателями. Спирохеты очень подвижны, совершают сгибательные, вращательные, прямолинейные и сократительные движения. Их легче всего обнаружить при микроскопии нативного препарата в темном поле. Спирохеты являются строгими анаэробами. Они усиленно размножаются в полости рта при значительном размножении других анаэробных микроорганизмов и вызывают патологические процессы в ассоциации с некоторыми штаммами фузобактерий, вибрионов. Много спирохет обнаруживается при язвенно-некротических поражениях слизистой оболочки (язвенный стоматит, ангина Венсана), в патологических десневых карманах при тяжелых формах пародонтита, в кариозных очагах и некротизированной пульпе. У 50 % здоровых людей в полости рта могут вегетировать простейшие. Они локализуются преимущественно в зубном налете, криптах миндалин, в гнойном содержимом парадонтальных карманов, усиленно размножаясь при негигиеническом содержании полости рта. В очень большом количестве трихомонады обнаруживаются при гингивите и пародонтите. Нормальная микрофлора полости рта достаточно устойчива к действию антибактериальных факторов ротовой жидкости. Вместе с тем она сама участвует в защите макроорганизма от микроорганизмов, поступающих извне. Антибактериальная активность слюны способствует сохранению динамического равновесия обитающих в полости рта микроорганизмов. Таким образом, слюна не уничтожает микрофлору в полости рта, а обеспечивает ее количественное и качественное постоянство. Важнейшим источником антибактериальной активности слюны служат мигрировавшие в полость рта лейкоциты. Попавшие на поверхность слизистой оболочки нейтрофильные лейкоциты сохраняют способность к фагоцитозу. Кроме того, в ротовой жидкости находятся антибактериальные вещества, продуцируемые Т- и В-лимфоцитами, которые мигрируют через лимфатическое глоточное кольцо. Гуморальные и клеточные факторы антибактериальной защиты находятся в тесной взаимосвязи. Ротовая жидкость обладает коагулирующими свойствами, что обусловлено наличием в ней ряда факторов коагулянтной и фибринолитической систем. Эти свойства играют важную роль в обеспечении местного гомеостаза, очищении полости рта, развитии воспалительных, регенеративных и других процессов. В ротовой жидкости обнаружены также тромбопластин, идентичный тканевому, антигепариновая устанция, факторы, входящие в протромбиновый комплекс, фибриназа и др.

РАЗДЕЛ IV ФАРМАЦИЯ

ЗАНЯТИЕ 1

Задание 1. Прочитайте статью и ознакомьтесь с образцами вопросного, назывного и тезисного планов, а также аннотации и реферата этой статьи. Обратите внимание на средства языкового оформления аннотации и реферата.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛАВОМАКС ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ

*И. Лыткина, кандидат медицинских наук,
Т. Гренкова, кандидат медицинских наук
(журнал «Врач», 2010 г., № 4)*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – серьёзная медицинская и социально-экономическая проблема. В период ежегодных эпидемических подъёмов ОРВИ переносит до 10% населения. В структуре инфекционной патологии в разные годы на долю ОРВИ приходилось от 70 до 90%.

ОРВИ относятся к полиэтиологичным заболеваниям. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют вирусы гриппа А и В, парагриппа, РС-вирус, рино-, адено-, пикорно-, короновирусы. Для ОРВИ характерны исключительная легкость механизма передачи возбудителей и связанная с этим высокая интенсивность эпидемического процесса. Наибольшей вирулентностью и контагиозностью обладают вирусы гриппа А, которым присуща высокая антигенная вариабельность. Они играют основную роль в развитии сезонных эпидемических вспышек заболеваемости.

Согласно официальным статистическим данным, в РФ ежегодный экономический ущерб от ОРВИ составляет около 77% общего ущерба от инфекционных болезней. Значительные экономические потери обусловлены как прямыми расходами на лечение заболевших, так и снижением производительности труда и потерей прибыли предприятиями. На грипп и ОРВИ приходится 12-14% из общего числа случаев временной нетрудоспособности.

Несмотря на длительные и серьёзные исследования по проблеме гриппа и ОРВИ, профилактика и лечение этих инфекций по-прежнему остаются крайне сложной задачей. Успешно применяемая иммунизация населения против гриппа не может полностью решить проблему предупреждения инфекционных болезней, вызываемых респираторными вирусами. В связи с этим в предэпидемический, эпидемический периоды достаточно широко применяют неспецифическую профилактику ОРВИ препаратами различного происхождения, оказывающими непосредственное воздействие на разные стадии жизнедеятельности вирусов (вирусоспецифическое действие) и на

активизацию собственных защитных факторов организма. Перспективная группа таких препаратов – индукторы интерферона (ИФН).

В последнее время велика вероятность возникновения нового пандемического штамма вируса гриппа. Для создания вакцины против него и изготовления её в достаточном количестве необходимо время. В этих условиях для защиты населения от инфицирования вирусами гриппа и лечения заболевших основным методом будет применение лекарственных препаратов.

Результатами многих исследований доказано, что респираторные вирусы подавляют функциональную активность различных звеньев иммунной системы, приводя к обострению хронических заболеваний и возникновению вторичных бактериальных осложнений. В связи с обострением хронических заболеваний и развитием осложнений часто требуется госпитализация пациента, что существенно увеличивает как прямые затраты (стоимость госпитализации и лечения), так и косвенные (потеря рабочего времени). Во время эпидемий гриппа возрастает смертность от соматических заболеваний. Наиболее тяжелые формы гриппа и ОРВИ наблюдаются у ослабленных лиц, в первую очередь – у стариков и детей до 1 года. Именно у лиц этих категорий наиболее высоки показатели смертности от гриппа.

В последние годы большое значение придается так называемому синдрому поствирусной астении, формирующемуся в течение 1 месяца у 65% переболевших гриппом или другой респираторной вирусной инфекцией. Это осложнение характеризуется эмоциональной лабильностью, беспричинной усталостью и даже психическими расстройствами. В профилактике и лечении гриппа и ОРВИ перспективны препараты, обладающие широким спектром биологической активности и одновременно стимулирующие естественную противовирусную резистентность организма. Наиболее эффективными в отношении респираторных вирусов являются лекарственные средства, сочетающие вирусоспецифическое действие с ИФН - индуцирующими, иммуномодулирующими и антиоксидантными свойствами.

Нами в ходе эпидемиологического наблюдения изучена профилактическая эффективность препарата Лавомакс у взрослых, относящихся к группе повышенного риска (медицинских работников) по заболеваемости гриппом и ОРВИ в период сезонного эпидемического подъема. Оценивались эпидемиологические показатели эффективности профилактического применения препарата Лавомакс, его безопасность и переносимость при приёме по схеме для профилактики ОРВИ.

Лавомакс выпускается в форме таблеток (0,125 г), покрытых оболочкой. Оболочка таблеток – от жёлтого до оранжевого цвета, таблетки круглой формы. На поперечном разрезе видны 2 слоя. Ядро таблетки оранжевого цвета.

Состав. Одна таблетка содержит: 0,125 г тилорона; вспомогательные вещества: магния гидроксикарбоната гидрат (магний углекислый основной водный); повидон (поливинилпирролидон низкомолекулярный медицинский, коллидон); кальция стеарат; кремния диоксид коллоидный (аэросил); воск

пчелиный; вазелиновое масло; сахароза; тальк; тропеолин 0; титана диоксид; полиэтиленгликоль высокомолекулярный 6000.

Фармакологические свойства. Низкомолекулярный синтетический индуктор ИФН, стимулирующий образование в организме, α -, β -, γ -ИФН. Основными продуцентами ИФН в ответ на введение Лавомакса являются клетки эпителия кишечника, гепатоциты, Т-лимфоциты, нейтрофилы и гранулоциты. После приёма внутрь максимум продукции ИФН определяется в последовательности: кишечник – печень – кровь через 4-24 ч. Оказывает иммуномодулирующее и иммунокорригирующее действие. Иммуномодулирующее действие осуществляется посредством восстановления адекватного соотношения иммунокомпетентных клеток (Th/ Ts) и нормализации синтеза антител в организме.

Стимулирует стволовые клетки костного мозга, в зависимости от дозы усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношение Т-супрессоров и Т-хелперов.

Показания к применению. У взрослых: лечение и профилактика гриппа и других ОРВИ, лечение хламидиозов, вирусных гепатитов А, В, С, герпеса, цитомегаловирусной инфекции; в составе комплексной терапии – лечение инфекционно-аллергических и вирусных энцефаломиелитов (рассеянного склероза лейкоэнцефалита, увеоэнцефалита).

Противопоказания. Гиперчувствительность к компонентам препарата, беременность, период лактации, детский возраст.

Способ применения и дозы. Препарат принимают внутрь, после еды. Для профилактики гриппа и других ОРВИ – 0,125 г 1 раз в неделю в течение 6 недель.

Побочное действие. Возможны аллергические реакции, диспепсические явления, кратковременный озноб.

По результатам изучения профилактической эффективности препарата Лавомакс, он высокоактивен в отношении широкого спектра респираторных вирусов, в связи с чем может быть рекомендован для включения в регламенты профилактики ОРВИ.

Вопросный план	Назывной план
<p>I. Вступление. 1. Какой % населения заболевает в период ежегодных эпидемических подъёмов ОРВИ?</p> <p>II. Основная часть. 1. К какой группе заболеваний относятся ОРВИ? а) Что характерно для ОРВИ? б) Каков ежегодный экономический ущерб от ОРВИ в РФ? в) Что доказали результаты исследований в области респираторных вирусов? г) Чем характеризуется синдром постлевирусной астении?</p> <p>2. Какие препараты применяются для</p>	<p>I. Вступление. 1. Процент заболеваемости населения в период ежегодных эпидемических подъёмов ОРВИ.</p> <p>II. Основная часть. 1. Группа заболеваний, к которой относятся ОРВИ. а) Характер течения ОРВИ б) Экономический ущерб от ОРВИ в РФ. в) Результаты исследований в области респираторных вирусов. г) Признаки синдрома постлевирусной астении.</p> <p>2. Препараты, применяющиеся для профилактики</p>

профилактики и лечения ОРВИ? а) Какие лекарственные средства являются наиболее эффективными в отношении респираторных вирусов? б) Каковы показания к применению препарата «Лавомакс»? в) Каков состав препарата «Лавомакс»? г) Каковы фармакологические свойства препарата «Лавомакс»? д) Каковы противопоказания к применению препарата? III. Выводы. 1. Какова профилактическая эффективность препарата «Лавомакс»?	и лечения ОРВИ. а) Лекарственные средства, являющиеся эффективными в отношении респираторных вирусов. б) Показания к применению препарата «Лавомакс». в) Состав препарата «Лавомакс». г) Фармакологические свойства препарата «Лавомакс». д) Противопоказания к применению препарата. III. Выводы. 1. Профилактическая эффективность препарата «Лавомакс».
---	--

Тезисный план

1. В период ежегодных эпидемических подъемов ОРВИ переносит до 10% населения.
2. ОРВИ относятся к полиэтиологическим заболеваниям.
3. В РФ ежегодный экономический ущерб от ОРВИ составляет около 17% общего ущерба от инфекционных болезней.
4. В предэпидемический и эпидемический периоды широко применяют профилактику ОРВИ препаратами – индукторами интерферона.
5. Респираторные вирусы подавляют функциональную активность различных звеньев иммунной системы, приводя к обострению хронических заболеваний и возникновению вторичных бактериальных осложнений.
6. Большое значение придается синдрому поствирусной астении, формирующемуся в течение 1 месяца у переболевших гриппом или ОРВИ.
7. Наиболее эффективными в отношении респираторных вирусов являются лекарственные средства, сочетающие вирусспецифическое действие с ИФН-индуцирующими, иммуномоделирующими и анноксидантными свойствами.
8. Одна таблетка препарата Лавомакса содержит: 0,125 г. тилорона и вспомогательные вещества.
9. Препарат Лавомакс – низкомолекулярный синтетический индуктор ИФН, стимулирующий образование в организме α -, β -, γ - ИФН.
10. Показания: лечение и профилактика гриппа и других ОРВИ, лечение хламидиозов, вирусных гепатитов, герпеса.
11. Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата, беременность, детский возраст.
12. Препарат Лавомакс высокоактивен в отношении широкого спектра респираторных вирусов.

Задание 2. Сравните три вида планов. Скажите, чем отличаются назывной план от вопросного, назывной и вопросный от тезисного.

Аннотация

Аннотируемый текст представляет собой статью кандидатов медицинских наук И. Лыткиной и Т. Гренковой «Профилактическая эффективность препарата Лавомакс при гриппе и простуде», опубликованную в журнале «Врач», 2010 г., № 4.

Статья посвящена проблеме ОРВИ, которые относятся к полиэтиологичным заболеваниям. Авторы рассматривают препараты, применяющиеся для профилактики и лечения ОРВИ. Подробно анализируется профилактическая эффективность препарата «Лавомакс». Авторы исследуют состав препарата «Лавомакс», его фармакологические свойства, дают противопоказания к применению препарата.

Статья предназначена для врачей и студентов медицинских и фармацевтических вузов.

Задание 3. *Проанализируйте композицию текста образца аннотации статьи.*

Задание 4. *Определите в тексте аннотации языковые стандарты-клише её структуры и скажите, чем обусловлено их употребление.*

Задание 5. *Прочитайте образец реферата и определите его структуру.*

Реферат

Реферируемая статья опубликована в журнале «Врач», 2010 г., № 4. Её авторы – к.м.н. И. Лыткина и к.м.н. Т. Гренкова.

Авторы затрагивают проблему ОРВИ, которые относятся к полиэтиологичным заболеваниям. Статья посвящена профилактической эффективности препарата Лавомакс при гриппе и ОРВИ.

Во вступлении авторы пишут о том, что ОРВИ – серьёзная медицинская и социально-экономическая проблема. Авторы приводят результаты статистических исследований, утверждая, что в РФ ежегодный экономический ущерб от ОРВИ составляет около 77% общего ущерба от инфекционных болезней.

В основной части статьи говорится о том, что в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ перспективны препараты, обладающие широким спектром биологической активности и одновременно стимулирующие естественную противовирусную резистентность организма. Далее авторы подробно исследуют состав препарата «Лавомакс», его фармакологические свойства, дают противопоказания к его применению. В статье даётся оценка профилактической эффективности препарата Лавомакс в отношении гриппа и ОРВИ.

В заключение делается вывод о том, что препарат Лавомакс может быть рекомендован для включения в регламенты профилактики ОРВИ.

Задание 6. Сравните аннотацию и реферат статьи. Чем они отличаются? Какой вид письменного изложения более полно передает основное содержание.

Задание 7. Сравните назывной и вопросный план с рефератом. Обратите внимание на то, как правильно составленный план помогает четко и полно раскрыть основные положения статьи.

Задание 8. Проанализируйте порядок слов в предложениях текста образца реферата, установите, где находится основная и вспомогательная информация, и скажите, чем она выражена.

Задание 9. Прочитайте вслух языковые стандарты-клише, использованные при составлении аннотации и реферата.

ЗАНЯТИЕ 2

Задание 1. Прочитайте текст. Выделите в нем вводную, основную и заключительную части.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ПРАНОБЕКС ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*В.А. Булгакова, И.И. Балаболкин, М.С. Седова
(журнал «Педиатрическая фармакология» 2010 г., № 3)*

Несмотря на определенные успехи в понимании патогенеза, разработке различных терапевтических программ, распространенность атопической бронхиальной астмы (БА) среди детей остается высокой. Одной из причин отсутствия контроля над симптомами астмы является рецидивирующая инфекция. По данным многих исследователей, среди факторов, обуславливающих возникновение и прогрессирование заболевания, важную патогенетическую роль играет острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Установлено, что влияние вирусов на воздухоносные пути многогранно. Одним из важных патогенных механизмов является повреждение эпителия слизистой оболочки бронхов, приводящее к повышению ее проницаемости для аллергенов и поллютантов, а также «обнажающее» сенсорные нервные волокна подслизистого слоя. В результате происходит значительное повышение бронхиальной гиперреактивности, что имеет патогенетическое значение не только для больных бронхиальной астмой, но и для здоровых. Известно, что в дебюте бронхиальной астмы у многих детей отмечаются повторные респираторные вирусные инфекции, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом. Кроме того, обострение бронхиальной астмы может быть спровоцировано ОРВИ. В последние годы

большое значение придается персистенции вирусов и других патогенных микроорганизмов (хламидии, микоплазмы, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр и другие) в организме, что приводит к повышению бронхиальной гиперреактивности, изменению реактивности организма и возникновению аллергических болезней, что подтверждено исследованиями.

Группа препаратов, используемых специалистами для профилактики и лечения острых респираторных инфекций (ОРИ) постоянно растет, однако существенного прогресса в результатах лечения пока не отмечено. В связи с этим актуальным является разработка новых технологий и методов лечения, сочетающих безопасность и эффективность проводимой терапии, некоторые из которых уже представлены в программах и стандартах ведения детей с отклонениями здоровья и хроническими болезнями.

Оптимальным методом иммунопрофилактики и иммунотерапии респираторных инфекций считается специфическая вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, применение иммуномодуляторов микробного происхождения (бактериальных лизатов), использование препаратов с комбинированным иммуномодулирующим и противовирусным действием.

Среди иммуномодуляторов с противовирусной активностью интерес представляет препарат Изопринозин (инозин пранобекс).

Клинические исследования показали, что он хорошо переносится (практически неиммуногенный), что, по-видимому, обусловлено схожестью («родственностью») составляющих его соединений веществам, обнаруженным в организме. Препарат разрешен для применения в педиатрической практике без возрастных ограничений.

По химическому составу инозин пранобекс представляет собой синтетическое вещество. Инозин является природным пуриновым соединением, присутствует в пище и входит в состав некоторых важных веществ: пуриновых коэнзимов, высокоэнергетических фосфатных соединений (аденозин трифосфан, гуанидин трифосфат) и циклических пуриновых нуклеотидов.

Инозин пранобекс восстанавливает и усиливает деятельность клеток иммунной системы, повышает способность организма эффективно противостоять инфекциям, обладает не только иммуномодулирующим, но и противовирусным действием. Доказано наличие у препарата умеренной противовирусной активности в отношении вирусов гриппа и парагриппа, РС-вируса.

Иммуномодулирующее действие данного препарата обусловлено, в первую очередь, влиянием на функции Т-лимфоцитов. Он ускоряет дифференцировку костно-мозговых предшественников Т-лимфоцитов в зрелые Т-клетки, усиливает пролиферацию активированных митогеном или антигеном Т-лимфоцитов, увеличивает продукцию антител В клетками за счет активации вспомогательных Т-лимфоцитов, повышает функциональную активность цитотоксических Т-лимфоцитов. Инозин пранобекс усиливает фагоцитарную

активность макрофагов, нормализует продукцию интерлейкинов и интерферона.

Противовирусный эффект препарата обусловлен подавлением репликации ДНК- и РНК-вирусов посредством связывания с рибосомой клетки и изменения ее стереохимического строения. Инозин пранобекс предохраняет пораженные клетки от поствирусного снижения синтеза белка. Комплексное действие данного препарата объясняет его применение при различных, в том числе трудно поддающихся терапии, инфекциях.

В течение многих лет препарат успешно используют для лечения герпесвирусных инфекций, кори, эпидемического паротита, вирусных гепатитов, папилломавирусной инфекции, подострого склерозирующего панэнцефалита и других.

Применяется инозин пранобекс внутрь в виде таблеток по 0,5 г активного вещества. Максимальная концентрация лекарственного вещества достигается через 1 ч после приема 1, 5 г препарата.

Согласно результатам изучения иммуномодулирующего действия Изопринозина, у больных атопическим дерматитом во время рецидивов, осложненных бактериальной и вирусной инфекцией, эффективность его примерно одинакова при всех клинико-иммунологических вариантах болезни (75-80%). Изопринозин пранобекс назначали внутрь ежедневно по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 7-10 дней. У ряда больных подобные курсы повторяли дважды с 10-дневным перерывом. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов не наблюдали. Результаты клинических анализов мочи и крови после лечения не выявили какой-либо патологии. Отдаленные наблюдения показали, что число обострений у 58% больных уменьшилось, а периоды ремиссии оказались более длительными у 80% пациентов. Данный опыт применения препарата при атопии особенно актуален в связи с высокой частотой развития аллергической патологии у часто болеющих детей, а также увеличением количества пациентов с аллергической патологией и частыми ОРИ, герпесвирусной инфекцией. При респираторных вирусных инфекциях инозин пранобекс рекомендуется в противовирусной дозе из расчета 50-100 мг/кг, разделенных на 3-4 приема (взрослым по 2 таблетки 3 раза в день) в течение всего острого периода болезни (от 5 до 10 дней в зависимости от длительности вирусемии и выраженности синдрома интоксикации). Для восстановления иммунологических показателей и уменьшения астении после пневмонии и ОРИ Изопринозин назначается по иммуномодулирующей схеме по 1 таблетке 2 раза в день в течение 14-28 дней.

Назначение данного препарата в комплексной терапии способствовало сокращению симптомов и общей продолжительности заболевания. Применение Изопринозина способствовало достоверному снижению заболеваемости вирусными инфекциями еще до 4 месяцев после одного курса приема препарата, но увеличение курсов до 3 статистически значимо уменьшало частоту возникновения ОРВИ. Назначение с профилактической целью Изопринозина детям, часто болеющим ОРИ, в том числе в сочетании с

рекомбинантным интерфероном, способствовало восстановлению нарушенных показателей иммунного статуса, уменьшению частоты ОРВИ, приводило к торможению репликации герпесвирусов.

Эффективность Изопринозина оценивалась по срокам уменьшения симптомов интоксикации, катаральных явлений, клинических проявлений болезни, данных лабораторного исследования, свидетельствующих об активности патологического процесса, элиминации вирусов из слизистой оболочки полости носа, данных иммунного статуса. До лечения и сразу после окончания приема инозина пранобекс проводили определение вирусных антигенов в мазках носоглоточных смывов у всех наблюдавшихся пациентов иммунофлюоресцентным методом.

Применение Изопринозина способствует уменьшению проявлений острых вирусных инфекций и длительности симптомов при atopической бронхиальной астме у детей и предупреждает развитие вызываемых ими обострений бронхиальной астмы.

Таким образом, доказана эффективность и безопасность препарата инозина пранобекс (Изопринозин). Применение иммуномодулятора с противовирусной активностью в период острой респираторной инфекции у детей с atopической бронхиальной астмой способствует уменьшению длительности интоксикации и катаральных явлений, элиминации вирусных агентов. Прием данного препарата предотвращает развитие осложнений и обострение аллергической патологии на фоне острой респираторной инфекции. Применение изопринозина перспективно у детей с бронхиальной астмой и другими аллергическими болезнями, часто болеющих респираторными инфекциями.

Задание 2. *Выясните и сформулируйте тему и главные проблемы статьи.*

Задание 3. *Определите основную информацию в каждой части.*

Задание 4. *Запишите эту информацию в виде плана (вопросного, назывного, тезисного).*

Задание 5. *Произведите необходимые трансформации, запишите сокращённый вариант текста.*

Задание 6. *Кратко изложите основное содержание текста с помощью специальных языковых стандартов-клише.*

ЗАНЯТИЕ 3

Задание 1. *Прочитайте статью. Напишите контрольную аннотацию.*

АЗИТРОМИЦИН В ПУЛЬМУНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: 20 ЛЕТ СПУСТЯ

*А.И. Синопальников, А.А. Зайцев
(приложение к журналу «Consilium Medicum» 2010 г., № 9)*

История рождения класса макролидных антибиотиков начинается с 1952-го года, когда из культуры *Streptomyces erythreus*, полученной из образцов почвы филиппинского острова, был выделен эритромицин, с успехом применявшийся в течение многих последующих лет при инфекциях кожи и мягких тканей, дыхательных путей и др. Однако низкая биодоступность эритромицина при приеме внутрь, большое число нежелательных явлений и быстрая элиминация, требующая частого повторного приема препарата, с одной стороны, и осознание клинического значения в патологии человека других внутриклеточных патогенов, - с другой, послужили толчком к созданию новых препаратов с более высокой кислотоустойчивостью, биодоступностью, привлекательным профилем безопасности и широким спектром антимикробного действия.

В настоящее время известно более 20 макролидных антибиотиков и их производных, из которых 11 разрешены к клиническому применению в Российской Федерации. По происхождению макролиды подразделяются на природные, полусинтетические и пролекарства. Основу всех макролидов составляет макроциклическое лактонное кольцо, связанное с одним или несколькими углеводными остатками. В зависимости от числа атомов углерода макролидные антибиотики подразделяются на 14-членные (природные – эритромицин, олеандомицин; полусинтетические – кларитромицин, роксимицин, диритромицин), 15-членные (азалиды) – азитромицин (полусинтетический препарат) и 16-членные (природные – спирамицин, джозамицин, mideкамицин; полусинтетические – рокитамицин, mideкамина ацетат). Пролкарства представляют собой эфиры, соли и соли эфиров природных макролидов, характеризующиеся большей кислотоустойчивостью и, соответственно, более высокой биодоступностью при приеме внутрь по сравнению с исходными продуктами, выпускаемыми в виде оснований.

Оптимальные фармакологические характеристики, высокая антимикробная активность, в том числе против внутриклеточных микроорганизмов, хорошая переносимость позволили макролидам занять одно из ведущих мест в лечении многих инфекций. В настоящее время современные макролиды (азитромицин, кларитромицин) являются одними из наиболее востребованных антибиотиков, занимают 2-е место по объему потребления среди антибиотиков, применяющихся в амбулаторной практике, уступая только пенициллинам.

Очевидно, что основанием для такой популярности препарата явилось осознание значения ряда ранее не изученных фармакологических свойств азитромицина (возможность применения короткими курсами), появление лекарственных форм для парентерального использования, а также расширение спектра его клинического применения, в том числе и в пульмонологической практике.

В 1981 г. исследовательская группа фармацевтической компании «PLIVA» (Хорватия) путем включения атома азота в 14-членное лактонное кольцо эритромицина между 9-м и 10-м атомами углерода синтезировала новый

антибиотик – азитромицин, отнесенный к группе полусинтетических 15-членных макролидных антибиотиков – азалидов, в которой азитромицин до настоящего времени остается единственным представителем. В 1988 г. по завершении многочисленных доклинических и клинических испытаний азитромицин был выведен на мировой фармацевтический рынок. В этом же году он под торговым названием Сумамед был зарегистрирован в России.

Механизм действия азитромицина аналогичен таковому других макролидов: в его основе лежит ингибирование РНК-зависимого синтеза удлинения белковой молекулы, чувствительной к действию антибиотика бактерии. Азитромицин активен в отношении большинства потенциальных возбудителей инфекций дыхательных путей. Как и другие макролиды, азитромицин не активен в отношении грамотрицательных энтеробактерий.

Основными механизмами развития резистентности к макролидам являются модификация мишени действия и активное выведение препарата из микробной клетки. Модификация мишени действия реализуется путем выработки микроорганизмами фермента метилазы, вследствие чего макролиды теряют способность связывания с рибосомами.

В настоящее время наиболее серьезной проблемой является рост устойчивости пневмококка к макролидам, достигающий в районах Юго-Восточной Азии (Гонконг, Сингапур и др.) 80%. В странах Европы распространенность устойчивых к макролидам пневмококков значительно варьирует (1%-4% - Швеция, Нидерланды, 12,2% - Великобритания, 36,6% - Испания, 58,1% - Франция). Очевидно, что уровень резистентности напрямую зависит от частоты применения препаратов данного класса. Следует подчеркнуть, что в России до настоящего времени проблема резистентности пневмококка к макролидам не является ключевой, так как количество устойчивых штаммов не превышает 6,6%.

Фармакокинетические параметры азитромицина выгодно отличают препарат от других макролидов. В частности, азитромицин более устойчив к действию соляной кислоты желудочного сока, характеризуется низкой вероятностью лекарственных взаимодействий.

Уникальными свойствами препарата являются длительный период полувыведения, составляющий в среднем 68 ч, что позволяет принимать его 1 раз в сутки. Максимальное накопление препарата наблюдается в легочной ткани, жидкости, выстилающей слизистую оболочку бронхов и альвеолы, бронхиальном секрете, слюне, миндалинах, среднем ухе, синусах, слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, предстательной железе, конъюнктиве и тканях глаза, коже, желчи, уретре, матке, придатках и плаценте. Антибиотик обладает способностью накапливаться в фибробластах, альвеолярных макрофагах полиморфноядерных лейкоцитах, создавая в них концентрации, многократно превышающие таковые в сыворотке крови. При миграции в очаг воспаления фагоциты выполняют транспортную функцию, доставляя антибиотик непосредственно к месту локализации бактерий, где под влиянием микробных стимулов происходит выделение препарата из клеток, что

позволяет создавать высокие и длительно сохраняющиеся концентрации азитромицина в очаге инфекции.

Помимо антимикробного действия, азитромицин обладает противовоспалительными, иммуномодулирующими и мукорегулирующими свойствами. Антибиотик обладает мукорегулирующим действием, оказывая благоприятное влияние на клиренс бронхиального и назального секретов.

Современные макролиды являются одними из наиболее безопасных антибактериальных препаратов. При внутривенной инфузии азитромицин переносится лучше, чем эритромицин и кларитромицин. По безопасности применения у беременных азитромицин относится к препаратам с маловероятным риском токсического воздействия на плод. В отличие от эритромицина и кларитромицина азитромицин обладает минимальным уровнем лекарственных взаимодействий.

Фармакокинетические характеристики препарата позволяют принимать азитромицин 1 раз в сутки и модифицировать длительность терапии при ряде нетяжелых инфекций респираторного тракта до 5 или 3-дневного курса. Привлекательность коротких курсов азитромицина также обусловлена снижением экономических затрат и уменьшением числа побочных явлений, что сопровождается улучшением качества жизни пациента.

Существенных различий в фармакокинетике антибиотика (накопление в макрофагах, тканевые и клеточные концентрации) при использовании 3-5-дневных курсов лечения не обнаружено. В этой связи наиболее привлекательным как с клинической, так и экономической точки зрения является 3-дневное применение азитромицина. Данный режим терапии может использоваться при лечении ряда амбулаторных инфекций (небольничная пневмония, обострение хронической обструктивной болезни легких, острый бронхиальный риносинусит, острый средний отит). Относительно недавнее появление лекарственной формы азитромицина для внутривенного введения позволяет применять препарат для лечения госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией.

Доказанная в многочисленных исследованиях высокая эффективность и 20-летний успешный опыт эффективного и безопасного клинического применения позволяет азитромицину занять одно из ведущих мест в современных схемах антимикробной химиотерапии внебольничных инфекций верхних и нижних отделов дыхательных путей, а выявление ранее неизвестных свойств препарата открывает новые возможности его практического использования.

ЗАНЯТИЕ 4

Задание 1. Прочитайте текст «Ритуксимаб в современной терапии ревматоидного артрита».

РИТУКСИМАБ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

*Д.Е. Каратеев, НИИ ревматологии РАМН, г. Москва
(журнал «Фарматека», 2010 г., № 5)*

Ревматоидный артрит (РА) сохраняет свое значение как одна из наиболее важных проблем научной и практической ревматологии. Заболевание характеризуется широкой распространённостью (около 1% населения), упорным прогрессирующим течением, сложными патогенетическими механизмами, гетерогенностью клинико-иммунологических форм. В отсутствие адекватного лечения инвалидизация пациентов может наступить в первые годы заболевания. За счет потенциально опасных системных проявлений и осложнений (васкулит, амилоидоз и др.), а также ускоренного развития атеросклероза и высокой частоты тяжелой кардиоваскулярной патологии у больных РА наблюдается уменьшение продолжительности жизни по сравнению с общей популяцией на 3-7 лет. Все эти факторы делают терапию РА серьезной задачей.

Долгое время РА считался неуклонно прогрессирующим заболеванием, течение которого контролировать чрезвычайно сложно. С середины 1990-х гг. в подходах к лечению РА наблюдаются существенные перемены, приведшие к значительному улучшению прогноза.

Были обоснованы следующие стратегически важные концепции:

- Представление о наличии ранней стадии болезни, когда терапевтические воздействия принципиально более эффективны, чем на более поздних этапах.

- Концепция ранней агрессивной терапии и тщательного контроля, которая говорит о необходимости активного лечения сразу после установления диагноза и частого (не реже 1 раза в 3 месяца) регулярного мониторинга показателей активности болезни с целью своевременной модификации терапии при ее недостаточной эффективности.

Понятие о ключевых механизмах патогенеза РА, которое обосновывает развитие принципиально новых методов терапии.

Настоящую революцию в лечении РА и других воспалительных ревматических заболеваний, таких как болезнь Бехтерева, псориатический артрит и др., совершило появление генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), представляющих собой специально созданные иммуноглобулины или другие белковые молекулы. Создание ГИБП непосредственно связано с представлением о ключевых механизмах патогенеза, на которые они оказывают блокирующее или моделирующее действие.

После внедрения ГИБП в клиническую практику помимо купирования симптомов заболевания в настоящее время ставятся такие задачи, как торможение эрозивного процесса в суставах, нормализация функционального статуса и качества жизни пациента, потенциальное увеличение продолжительности жизни до популяционного уровня.

Первой и поэтому наиболее распространенной группой ГИБП были ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО- α), к которым относятся инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб. ФНО является медиатором развития хронического синовита и деструктивного компонента ревматоидного воспаления. ФНО- α улучшает клинический ответ на лечение, замедляет рентгенологическое прогрессирование, улучшает исход в отношении функции суставов и существенно повышает частоту клинической ремиссии по сравнению с монотерапией метотрексатом.

К сожалению, 10 лет применения ингибиторов ФНО- α выявили ряд проблем, из которых важнейшими являются следующие:

- Недостаточный ответ на лечение у значительной (порядка 30%) части пациентов.

- Первичное отсутствие ответа (отсутствие значимого улучшения после начала терапии ингибиторами ФНО – α) встречается редко, однако характерным является развитие вторичной неэффективности, т.е. снижение терапевтического действия при продолжавшейся терапии. Существуют особые иммунные механизмы, объясняющие этот феномен.

- Вероятность развития либо активации инфекций, особенно в мягких тканях и суставах. Наиболее серьезным является риск туберкулезной инфекции.

- Повышение риска возникновения лимфом и некоторых злокачественных новообразований, в частности кожи, хотя этот риск относительно невелик и сильно зависит от отбора пациентов.

Поэтому в последнее время все большее внимание привлекают ГИБП с иными механизмами действия. В настоящее время в России зарегистрировано 6 препаратов этой группы: три ингибитора ФНО и три препарата, имеющие другие мишени для воздействия. Среди ГИБП особенно выделяется ритуксимаб (Мабтера).

Ритуксимаб в настоящее время занимает важное место в терапии РА, хотя его применение для лечения этого заболевания зарегистрировано только в 2006 г., а первоначально его применяли в гематологии при неходжкинских лимфомах. Ритуксимаб относится к группе химерных моноклональных антител, т.е. представляет собой генно-инженерный иммуноглобулин, содержащий как человеческий, так и мышинный иммуноглобулин. Препарат специфически соединяется с молекулой CD20 – трансмембранным белком, находящимся на поверхности В-лимфоцитов. CD20 выполняет определенные функции как регулятор ранних стадий клеточного цикла и, вероятно, участвует в транспорте ионов кальция.

Связываясь с CD20, ритуксимаб оказывает на В-лимфоциты ряд эффектов, вызывающих их гибель, среди которых выделяют:

- антителозависимую клеточную цитотоксичность;
- цитотоксичность, связанную с активацией комплемента;
- стимуляцию апоптоза В-клеток.

В ревматологии ритуксимаб зарегистрирован для применения при активном РА взрослых в комбинации с метотрексатом при непереносимости

или неадекватном ответе на текущие режимы терапии, включающие один или более ингибиторов ФНО- α . В настоящее время стандартным методом лечения РА является применение ритуксимаба курсами внутривенно по 1000 мг дважды (с промежутком в 2 недели). В связи с возможностью инфузионных реакций в качестве премедикации рекомендуется вводить 100 мг метилпреднизолона. Клиническое улучшение обычно наступает через 8-16 недель. В связи с выраженным подавлением В-лимфоцитов и медленным восстановлением их числа после проведения одного курса терапии эффект сохраняется длительно (6 месяцев и более).

Поскольку патологическая активность В-лимфоцитов является универсальным иммунологическим феноменом, играющим важную роль при ряде заболеваний, применение ритуксимаба является перспективным методом лечения при таких состояниях, как системная красная волчанка, синдром и болезнь Шегрена, системная склеродермия, идиопатические воспалительные миопатии, системные васкулиты.

Наиболее широко изучено применение ритуксимаба у больных РА с резистентностью к предшествующей терапии БПВП и другим ГИБП, преимущественно ингибиторами ФНО- α .

Ответ на лечение оценивали по критериям Американской коллегии ревматологов (АКР), которые включают улучшение на 20% (АКР20), 50% (АКР50) и 70% (АКР70) по числу припухших и болезненных суставов, а также по трем из следующих пяти критериев:

- общая оценка своего состояния больным;
- общая оценка состояния больного врачом;
- оценка боли;
- оценка функциональной способности больного;
- уровень СОЕ или С-реактивного белка.

По данным наблюдения за больными РА, применение ритуксимаба в качестве первого ГИБП высокоэффективно у больных РА с разной длительностью заболевания. Таким образом, современные исследования обосновывают применение ритуксимаба в качестве препарата первой линии биологической терапии РА.

Задание 2. *Определите, на какие вопросы отвечают абзацы введения, основной части, заключения.*

Задание 3. *Выделите в абзацах, несущих главную информацию, предложения, которые выражают их основную мысль.*

Задание 4. *Составьте план к данному тексту.*

Задание 5. *Выпишите к каждому пункту плана ключевые слова и выражения, необходимые для изложения его смыслового содержания.*

Задание 6. *Выделите основную информацию.*

- а) определите тему текста;
- б) определите микротемы;
- в) определите известную информацию;

г) определите новую информацию.

Задание 7. *Используя экономные способы передачи информации, переформулируйте основные положения текста.*

Задание 8. *Отберите языковые средства, оформляющие реферат.*

Задание 9. *Передайте основное содержание текста по плану, используя следующие слова и выражения:*

Текст посвящен проблеме ...

Автор ставит вопрос о ...

Автор считает...

утверждает....

придерживается мнения...

Задание 9. *Напишите реферат, используя средства языкового оформления и схему-модель реферата.*

ЗАНЯТИЕ 5

Задание 1. *Прочитайте текст, напишите контрольный реферат.*

ЛЕКАРСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Д.Е. Каратеев, НИИ ревматологии РАМН, г. Москва
(журнал «Фарматека» 2010 г., № 3)*

Выбор медикаментов и их дозирование при ишемической болезни, как, впрочем, и при любом ином заболевании, требует от врача сугубо индивидуального подхода к каждому больному и контроля за действием лекарства. Следует помнить, что лекарство, принятое не по назначению врача, может нанести вред организму.

Опасность может таиться и в домашней аптечке, если в ней хранятся медикаменты с истекшим сроком годности. Достаточно велика в настоящее время распространенность повышенной чувствительности организма к отдельным препаратам. Количество же новых медикаментов растет с каждым годом, а в связи с этим растет и число аллергических заболеваний, обусловленных приемом лекарств без рекомендации врача. Не без основания в выступлении одного современного ученого прозвучала фраза: «Мы живем в век все более безопасной хирургии и более опасной терапии».

Универсального средства от ишемической болезни сердца не существует. Поэтому не только неоправданно, но и далеко не безразлично для здоровья увлечение по собственной инициативе «испытанными» домашними средствами, в той же мере, как и «новейшими» дефицитными препаратами. Большинство «модных» препаратов быстро утрачивают свою популярность, но сколько усилий, достойных лучшего применения, затрачивается на их поиск. На это счет в наши дни приобрела распространение крылатая фраза: «Спешите воспользоваться новым лекарством, а то оно устареет».

Чем же обуславливается необходимость приема лекарства при ишемической болезни сердца строго по рецепту врача? Во-первых, ишемическая болезнь сердца связана с множеством факторов риска, из которых каждый требует целенаправленного определенного средства воздействия. Во-вторых, к врачебной помощи прибегают больные на разных этапах развития заболевания, в том числе и на стадии наступающих осложнений. Вот почему не может существовать единого всеисцеляющего средства для ишемической болезни сердца и не бывает одинакового эффекта у всех больных.

В основу профилактики и лечения ишемической болезни сердца заложены мероприятия первичного и вторичного порядка. Первичной профилактикой предусматривается в первую очередь устранение главных факторов риска – гипертонии, гиперлипидемии, тромбофилии и др. Вторичная профилактика ставит своей целью предупреждение грозных осложнений, таких как тромбозы (закупорка сосудов сгустком). Мы не касаемся в данном разделе обязательного проведения социально-культурных, гигиенических и диетических мероприятий, играющих весьма существенную роль в профилактике ишемической болезни, а остановимся лишь на возможностях применения лекарственных средств.

В повышении артериального давления крови и возникновении спазмов сосудов видную роль играет состояние нервной системы. Поэтому в лечебном арсенале врача имеется значительное количество препаратов, обеспечивающих смягчение нервно-сосудистой реактивности, уменьшение функциональных нарушений со стороны центральной нервной системы.

В первом ряду популярных успокоительных средств, высоко оцениваемых и современной фармакопеей, находятся препараты валерианы. Это средство выдержало испытание временем и иногда в погоне за «новыми» препаратами его незаслуженно забывают.

В последние годы широкое распространение получили транквилизаторы (успокоительные) – большие (такие как аминазин) или малые (мепробамат, седуксен, элениум, триоксазин). Увлечение не в меру транквилизаторами нельзя считать вполне безобидным, так как для них установлено немало противопоказаний (заболевания печени, почек и других органов). Дозы транквилизаторов подбираются врачом, как правило, на непродолжительный период.

Для нормализации сна и усиления эффекта сосудорасширяющих и обезболивающих препаратов страдающим ишемической болезнью сердца врачи назначают в малых дозах снотворные препараты (эунотин, ноксирон, минал, барбамил). Однако многим из снотворных свойственны побочные явления, а в повышенных дозах и тяжелые осложнения, особенно при нарушенной деятельности печени и почек. Поэтому пользование ими допустимо только по совету врача.

Основную группу лекарственных препаратов против стенокардии, так называемых антиангинальных средств, составляют сосудорасширяющие медикаменты. Они увеличивают коронарный кровоток, улучшают кровоснабжение миокарда, нормализуют систему ауторегуляции. Механизм

действия многих известных антиангинальных препаратов различен, и их способность улучшать кровоснабжение сердечной мышцы неодинакова. Широко используемые в последние годы папаверин, но-шпа, курантил (персантин), эуфиллин обладают сравнительно ограниченным сосудорасширяющим действием. Но имеют, тем не менее, ряд ограничений к применению.

Например, весьма популярный препарат эуфиллин, влияющий на различные стороны жизнедеятельности организма, больным стенокардией назначается избирательно. Побочное действие эуфиллина проявляется в его способности вызывать сердцебиение и тем самым повышать потребность сердца в кислороде, которого и без того у больного ишемической болезнью сердца миокарду недостает. Врачи применяют эуфиллин преимущественно для улучшения мозгового кровообращения, снижения внутричерепного давления, устранения бронхоспазма при бронхиальной астме и т.д.

А такой препарат, как карбохромен (известный также под названиями интенсаин и интенкодин), может повышать свертываемость крови, что иногда требует одновременного назначения больному антикоагулянтов, замедляющих процесс свертывания крови и устраняющих угрозу тромбоза.

Прием же столь безобидных, казалось бы, лекарств, как папаверин и но-шпа, оказавшихся особенно полезными при сопутствующих спазмах желудка и кишечника или при почечной и печеночной коликах, может иногда сопровождаться аллергическими кожными реакциями.

При выраженном вовлечении в атеросклеротический процесс коронарных сосудов, когда учащаются приступы стенокардии, возникает необходимость применения препаратов, обеспечивающих более экономную работу сердца, уменьшающих потребность миокарда в кислороде, улучшающих обменные процессы в сердце. К таким лекарствам и относятся, прежде всего, нитроглицерин и нитраты продленного действия (сустанг, нитронг, тринитролонг, нитросорбит), а также так называемые блокаторы бета-адренорецепторов сердца (анаприлин с аналогичными препаратами, носящими другие наименования – обзидан, индерал, пропранолон, а также тразикор, вискен).

Бета-адреноблокаторы не расширяют коронарные сосуды, а в отличие от коронарорасширяющих препаратов влияют на перераспределение крови в миокарде. Они тормозят функцию миокарда, уменьшают частоту сердечных сокращений, устраняют нарушения ритма, увеличивают выносливость к физической нагрузке, ограничивают потребность в нитроглицерине.

Существующие в настоящее время бета-адреноблокаторы значительно отличаются по своему действию на организм, поэтому принимать их без разрешения врача совершенно недопустимо. Нельзя забывать о возможном неблагоприятном эффекте препаратов и их побочном действии: в частности, понижая сократительную способность миокарда, бета-адреноблокаторы могут привести к развитию сердечной недостаточности. Противопоказаны эти

препараты при бронхиальной астме, беременности, нарушениях периферического кровообращения и ряда других патологических состояниях.

Бета-адреноблокаторы понижают артериальное давление, поэтому врачи нередко назначают их для устранения одного из важных факторов риска ишемической болезни сердца – гипертонии. При низком артериальном давлении и замедленном пульсе бета-адреноблокаторы не применяются, а кардиолог предписывает больным стимуляторы бета-адреноблокаторов сердца (иона-хлазин, оксифедрин), усиливающие сократимость миокарда и увеличивающие коронарный кровоток.

Опыт применения стимуляторов бета-адренорецепторов сердца пока еще невелик, но предварительные наблюдения показывают увеличение сократительной функции миокарда; потребность же миокарда в кислороде возрастает в меньшей степени, чем коронарный кровоток. Но наряду с положительными результатами становятся очевидными и некоторые побочные реакции новых препаратов, что следует учитывать врачам и больным.

Лечение гипертонии, как фактора риска ишемической болезни сердца и как частого сопутствующего заболевания, начинают с препаратов раувольфии (раунатин, раувазан) или диуретиков (мочегонных), обладающих как мочегонным, так и гипотензивным (снижающим артериальное давление) действием (гипотиазид, фуросемид). В случае отсутствия эффекта от диуретиков их заменяют или дополняют одним из препаратов другой группы: гемитоном или клонидином, бета-адренолокаторами.

Апрессин не показан при выраженных атеросклеротических изменениях сердца и сосудов головного мозга и особенно при частых приступах стенокардии. Особая осторожность требуется в использовании таких препаратов, как изобарин, ганглиоблокаторы, дозы которых подбираются врачом в условиях стационара.

Нарушение липидного обмена – гиперлипидемия и гиперхолестеринемия (повышенное содержание в крови белково-жировых комплексов и холестерина) – считается значительным фактором риска, своевременное устранение которого заложено в основе профилактики ишемической болезни сердца. Диета с низким содержанием холестерина и насыщенными жирами, а также богатая полиненасыщенными жирами может повлиять на снижение повышенного уровня холестерина крови при достаточно продолжительном ограничении в пищевом рационе.

А.Х. Сатретдинова, Г.А. Самохина,
Н.М. Травинская, З.Н. Джулдузбаева, Т.Н. Максимова

АННОТИРОВАНИЕ И РЕФЕРИРОВАНИЕ НАУЧНОГО ТЕКСТА:
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ

для иностранных студентов 2-3 курсов, обучающихся по специальностям:
Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, Фармация

Компьютерный набор и форматирование – авторские
Технический редактор – Нигдыров В.Б.

Подписано к печати _____
Гарнитура Times New Roman
Усл. печ. листов 4,5
Заказ № 3028

Тираж 200 экз.

Издательство ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет»
414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121