

ПОСЛОВИЦЫ И ПОГОВОРКИ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА В ТЕХНИЧЕСКОМ ВУЗЕ

Семёнова М.А.

*Астраханский инженерно-строительный институт,
Астрахань, Россия*

Изучение пословиц и поговорок в техническом вузе очень важно с точки зрения углубления знаний об истории русского языка. Из кратких изречений студенты узнают, каким образом народ черпает из окружающей жизни, из практики общения людей между собой свои наблюдения и воззрения, свои впечатления и опыт, как он одевает их в наглядную оболочку, как отражает их в речи через языковые возможности. Необозрима область жизни, охваченная пословицами и поговорками, ведь они одновременно и явление языка, и явление искусства. Пословицы и поговорки представляют собой сгустки народной мудрости, они выражают истину, проверенную многовековой историей народа, опытом многих поколений. Они величают труд:

«Работа да руки – надёжные в людях поруки»; порицают лень: «На полатах лежать, так и ломтя не видать»; высмеивают глупость: «Голова с печное чело, а в мозгу совсем ничего»; укрепляют веру в дружбу, счастье и любовь: «Старый друг лучше новых двух», «Счастье придёт – и на печи найдёт», «Не спится, не ложится, всё про милого груститесь»; призывают уважать знание и книгу: «Азбука – к мудрости ступенька», «Сперва аз да буки, а там – и науки»,

«Аз, буки – бери указку в руки, фита, ижица – плётка ближится», «Грамоте учиться – вперёд пригодится», «Кто грамоте горазд, тому не пропасть». «А что за роскошь, что за смысл, какой толк в каждой поговорке нашей! Что за золото!» - так говорил о русских пословицах А.С. Пушкин. Дело в том, что пословица, кроме обобщённой мысли, содержит оценку – насмешку, восторг, удивление, - выражает человеческие чувства. Вот и пословицу «Не в свои сани не садись» народ употребляет для порицания, смешанного с насмешкой. А.С. Пушкин рассказывает о старике из сказки о золотой рыбке:

А народ-то над ним насмеялся:

«Поделом тебе, старый невежа!

Впредь тебе, невежа наука»

Не садися не в свои сани!»

Поэт уловил особенности пословиц в народной речи. Иными словами, пословицы и поговорки не только усиливают выразительность речи, но и позволяют студентам нашего вуза четче сформулировать собственную точку зрения на тот или иной предмет, служат отправным пунктом для начала выступления, развития темы или являются заключительным выводом.

Работа представлена на научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные исследования. Образование, экономика и право» 9-16 сентября 2007, г.Римини (Италия). Поступила в редакцию 01.10.07

Медицинские науки

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Баранов А.В.

Центральная районная больница, Холмск, Россия

Инфицирование вирусом гепатита С в организме человека подразумевает, как и при других инфекционных заболеваниях, нарушения в его иммунной системе, изменение иммунологической реактивности. Определение степени этих изменений необходимо в период планирования терапии, лабораторного контроля за течением заболевания и применения иммуноориентированных препаратов. Целью настоящего исследования было изучение характера иммунологических нарушений у больных с хроническим течением вирусного гепатита С.

Обследованы 109 больных хроническим вирусным гепатитом С (мужчин 75 – 68,8%, женщин 34 – 31,2%), средний возраст 34,1±1 года и 30 здоровых лиц контрольной группы сравнения, сопоставимых по полу и возрасту, у которых были определены основные популяции и субпопуляции лимфоцитов с маркерами: CD3, CD4, CD8, CD20 и CD56 в сыворотке крови иммуноцитохимическим методом, относительное количество лимфоцитов и лейкоцитов в периферической крови, проводилась оценка фагоцитоза. Состояние гуморального иммунитета оценивалось

по концентрации иммуноглобулинов А, М и G, уровню ЦИК.

Установлено, что у больных хроническим вирусным гепатитом С в сравнении с контрольной группой отмечалось снижение уровня всех исследованных популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов: CD3, CD4, CD8, CD20, CD56 и фагоцитоза (0,001>P<0,05). Разница в исследованных группах больных и здоровых лиц средних показателей относительного числа лейкоцитов и лимфоцитов была незначительной и статистически недостоверной (P>0,05). При исследовании показателей гуморального иммунитета регистрировались более высокие концентрации иммуноглобулинов классов М и G в группе больных хроническим вирусным гепатитом С, чем в группе контроля (P<0,05). Разница концентрации Ig А в этих группах была недостоверной, так же, как и разница уровней высокомолекулярных ЦИК (P>0,05). Отмечено более высокое и статистически значимое, в сравнении с группой контроля, содержание среднемолекулярных и, в большей степени, низкомолекулярных ЦИК (P<0,001).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о смешанном варианте (гипохелперном, гипосупрессорном) Т-клеточного иммунодефицита и гипоактивации гуморального звена иммунитета, дефиците В-лимфоцитов у больных с хроническим течением вирусного гепатита С. Изменения функциональных показателей гуморального иммунитета под-

тверждены выявленными при обследовании гипериммуноглобулинемией классов M, G и высоким уровнем среднемолекулярных и низкомолекулярных ЦИК.

Работа представлена на IV научную международную конференцию «Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика)», Хорватия (Пула), 7-14 июля 2007г. Поступила в редакцию 03.10.2007г.

МОЖЕТ ЛИ СКОРОСТЬ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА СЛУЖИТЬ ЭКСПЕРТНЫМ ТЕСТОМ ?

Волков А.Г.*, Боджоков А.Р.**

*Ростовский государственный медицинский университет, **Адыгейская республиканская больница

Мукоцилиарный клиренс – способность слизистой оболочки полости носа (СОН) к очищению её поверхности от различных инородных тел и важнейшая составляющая защитной функции СОН (Б.М. Сагалович, 1967). Основу СОН составляют клетки мерцательного эпителия, реснитчатый аппарат которого обеспечивает перемещение продуктов секреции слизистой оболочки и частиц, осуществляя её постоянное дренирование (Г.Д. Тарасова, Л.С. Страчунский, 2000). Эффективность мукоцилиарного клиренса определяется скоростью движения ресничек, вязкостью носового секрета и другими факторами (М.С. Плужников и соавт., 1995). Мукоцилиарный транспорт является основной частью первой линии защиты СОН (С.З. Пискунов, 2004).

Цель работы заключалась в исследовании времени мукоцилиарного транспорта (ВМЦТ) в различные отрезки времени после экстраназального вскрытия верхнечелюстных пазух (ВЧП).

Для определения мукоцилиарного клиренса верхнечелюстных пазух использовали тест С.Б. Безмолочного и соавт. (1994). После традиционной пункции пазуху промывали теплым физиологическим раствором. К среднему носовому ходу подвели турунду, пропитанную 10% раствором пищевого крахмала. Через пункционную иглу в пазуху вводили 1 мл смеси раствора Люголя с физиологическим раствором в соотношении 1:3. ВМЦТ считалось с момента введения рабочего раствора в ВЧП до окрашивания турунды в синий цвет. Контроль состояния турунды в полости носа осуществлялся при передней риноскопии через каждые 3 минуты до появления ее окрашивания.

Нами обследовано 120 добровольцев, соответственно основным возрастным группам. По полученным данным, ВМЦТ в среднем равнялось $17,2 \pm 0,23$ мин., варьируя от 12,7 мин. до 25,0 мин., причем, прямой зависимости от возраста не отмечено. Исходя из вышеизложенного, мы посчитали возможным оценивать мукоцилиарную недостаточность по степеням таким образом: 1 ст. - 25-35 мин.; 2 ст. - 35-45 мин.; 3 ст. > 45 мин.

ВЧП были вскрыты 114 больным, из которых 37 - с хроническим гнойным максиллярным синуситом (1 группа), 24 - с хроническим полипозно-гнойным риносинуситом и вовлечением в процесс ВЧП (2 группа), кистами ВЧП - у 40 (3 группа), у 13 - с не воспалительной патологией ВЧП - 13 (4 группа). У 23 больных процесс был двусторонним, а ВЧП с двух сторон вскрывались у 8 больных.

Всем больным определено ВМЦТ (при одностороннем процессе – на стороне поражения). У больных 1 группы оно было увеличено до $37,8 \pm 0,04$ мин.; во 2 группе данные зависели от давности заболевания – $40,8 \pm 0,44$ мин. (менее 10 лет) и $47,8 \pm 1,21$ мин. (более 10 лет). В 3 группе отмечалось незначительное торможение цилиарной активности - $27,4 \pm 0,08$ мин.; несмотря на разнородность патологии у больных 4 группы, ВМЦТ соответствовало норме – $19,9 \pm 2,13$ мин.

Всем больным, после хирургических вмешательств и пластики послеоперационного дефекта, кроме всестороннего клинического и эндоскопического обследования, измеряли ВМЦТ через 1 неделю, 1 месяц и 4 месяца.

Через 1 неделю после вмешательств у больных 1 группы ВМЦТ в среднем стало $40,1 \pm 1,17$ мин., 2 группы – $45,2 \pm 0,09$ мин. и $49,1 \pm 0,75$ мин. соответственно длительности заболевания, 3 группы – $28,1 \pm 1,03$ мин., 4 группы – $25,3 \pm 0,66$ мин. Можно предположить, что удлинение ВМЦТ через неделю связано с реактивными явлениями после операции и манипуляциями в полости носа.

Через 1 месяц результаты ВМЦТ: в 1 группе – $36,7 \pm 0,33$ мин., 2 группе – $38,6 \pm 0,86$ мин. и $47,9 \pm 1,24$ мин., 3 группе – $22,1 \pm 0,92$ мин., 4 группе – $20,4 \pm 0,26$ мин.

Через 4 месяца ВМЦТ составило: в 1 группе – $32,1 \pm 0,81$ мин., 2 группе – $35,5 \pm 1,01$ мин. и $46,8 \pm 1,32$ мин., 3 группе – $19,0 \pm 0,45$ мин., 4 группе – $19,2 \pm 0,16$ мин.

У больных хроническим полипозно-гнойным синуситом, болеющих более 10 лет, с распространением процесса на одну или обе ВЧП, 3 степень нарушения цилиарной активности СОН и вялая динамика его восстановления к 4 месяцу наблюдения связана с морфо-функциональными изменениями слизистой оболочка полости носа, описанными Е.А. Гусевой (1958), С.З. Пискуновым, Г.З. Пискуновым (1991), М.С. Плужниковым и соавт. (1995), С.Л. Трофименко, А.Г. Волковым (2001). Несмотря на восстановление естественного дренажа и аэрации околоносовых пазух и восстановление носового дыхания мы не зарегистрировали улучшения ВМЦТ.

Во всех остальных группах через 4 месяца отмечается уменьшение ВМЦТ, и обнаружение этой тенденции может служить критерием комплексной оценки эффективности лечения заболеваний ВЧП.

Наблюдая за динамикой МЦТ, мы отметили следующие закономерности: через неделю после хирургического вмешательства у всех, независимо от нозологической формы заболевания, ВМЦТ явно и достоверно ухудшается, а затем, к 4 месяцу восстанавливается (хронические полипозно-гнойные синуситы с длительностью заболевания более 10 лет, не-