

закрепиться в системе языка и стать термином.

В заключение следует отметить, что понимание происхождения терминов в английском языке способствует достижению квалифицированного профессионального общения в медицинской сфере на международном уровне. Изучение структуры терминов путем анализа способов и средств семантического и структурного терминообразования является решающим фактором в использовании английской медицинской терминологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пумпянский, А. Л. Лексические закономерности научной и технической литературы. Англо-русские эквиваленты / А. Л. Пумпянский. – Калининград, 2008.
2. Рябцева, Н. К. Научная речь на английском языке. Руководство по научному изложению. Словарь оборотов и сочетаемости общенаучной лексики. Новый словарь-справочник активного типа (на английском языке) / Н. К. Рябцева. – М., 2004.
3. Маслов, Ю.С. Введение в языкознание : учебник для филологических специальностей вузов / Ю.С. Маслов. – М. : Высш. шк., 1987. – 272 с.
- Лапшина, М. Н. Семантическая эволюция английского слова: Изучение лексики в когнитивном аспекте / М. Н. Лапшина. – СПб. : С.-Петербург. ун-т, 1998. –159 с.
4. Теплова, Л. И. Валентность основ в терминологическом словообразовании (на материале медицинской терминологии в современном английском языке) : дис. ... канд. филол. наук : 10.02.04 / Л. И. Теплова. – СПб, 2002. – 202 с.

ВРАЧ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ (ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕНИЯ)

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кизюкевич О.В., студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – старший преподаватель Саросек В.Г.

На данный момент в онкологической практике существует довольно серьезная проблема, касающаяся общения и поддержки больного, поскольку злокачественное образование звучит и воспринимается как приговор, внушающий страх больному, который может плохо сказаться на лечении и выздоровлении пациента. В настоящее время часто случается так, что такие пациенты остаются в изоляции, тогда как им крайне необходимо правильное общение.

Проведение полной реабилитации невозможно, если не будет скорректировано психологическое состояние пациента, т.к. онкологическое заболевание вызывает различные депрессивные состояния, патологии психики, желание покончить жизнь самоубийством. Именно поэтому очень важно на протяжении всего обследования, лечения и реабилитации следить за психологическим состоянием пациента.

Ввиду того, что сегодня во многих лечебных учреждениях не хватает психотерапевтов, врачам общей практики очень часто приходится сталкиваться с проблемой общения с онкологическими больными. Что для этого необходимо? В первую очередь важно правильно преподнести информацию о болезни. Для этого нужно знать, что весь процесс общения состоит не только из слов (вербального общения), но и из невербального общения (жесты, мимика). Что интересно, больной чаще обращает внимание на второй компонент: мрачный тон, отведенный взгляд, сжатые губы и многое другое. Об этом ни один врач не должен забывать.

Сегодня идет тенденция к тому, что бы говорить онкологическому больному правду, стремление к объяснению больному о его заболевании. Но это должно происходить осторожно, учитывая то, что хочет знать сам пациент. Иногда можно оправдать и ложно благоприятный прогноз, т.к. есть различные типы людей (*синтонные пациенты* – эмоциональные, жизнерадостные; *пациенты с циклотимным характером* эмоционального реагирования – легко впадают в депрессию; *пациенты шизоидного типа* – очень замкнуты в себе; *пациенты возбудимого типа* – плохо контролирующая аффект) и для каждого необходим свой подход, но очень важно не “переборщить”, ведь больной может сам увидеть, что прогноз не совпадает с реальным развитием заболевания.

Со временем онкологический больной начинает психологически адаптироваться к тому, что он болен. А.В. Гнезжилов выделяет несколько стадий данной адаптации: *1-ая стадия* – шоковая (обычно диагноз вызывает бурю эмоций, что приводит к страху, тревоге, депрессии и т.д.). Очень важно давать информацию по частям, при этом не употреблять слово “рак”, которое очень негативно воспринимается больными. Также важно не оставлять пациента одного после того, как он узнал о заболевании. *2-ая стадия* – отрицание (включается психологическая защита) может протекать очень долго. Врач обязательно должен распознать это состояние, не путая его со здоровым оптимизмом. *3-ая стадия* – агрессия (начинает осознавать реальность и наступает новая волна аффекта). Важно дать больному (насколько это возможно) выплеснуть свои эмоции. *4-ая стадия* – депрессия (пребывание больного в мрачном настроении, стремлении побыть одному). В этот период необходимо постараться отвлечь больного чем-либо, также необходимо помнить, что в 3-й и 4-й периоды наибольшая вероятность суицида. *5-ая стадия* – принятие диагноза (смирение). Здесь очень важно поддержать пациента, так как это состояние очень нестойкое. Необходимо помнить о том, что для онкологических больных важно внимание: рукопожатие, похлопывание по плечу, заинтересованность в его делах.

Зная эти особенности общения с онкологическими больными, любой врач сможет правильно выстроить план общения и предотвратить суицид, благоприятно повлиять на течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов, М. И. Онкология : учеб. пособие / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.

2. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина, 1984. – 192 с.
3. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология : учеб. пособие / Б. Д. Карвасарский. – СПб : Питер, 2002. – 960 с.
4. Гнездилов, А. В. Терминальные состояния и паллиативная терапия / А. В. Гнездилов, Ю. М. Губачев – СПб : Геден Рихтер, 1998. – 60 с.

НИГЕРИЯ – АФРИКА В МИНИАТЮРЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Климент Вокома, студент 1 курса факультета иностранных учащихся

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – старший преподаватель Барановская А.В.

В 1960 году на карте Африки в числе молодых суверенных государств появилось государство Нигерия. Эта страна, как и многие другие африканские страны, пережила тяжелое прошлое. Эпоха работорговли, начавшаяся в XV веке, сменилась в XIX веке колониализмом.

На протяжении длительного периода времени страна была беспощадно эксплуатируемой английской колонией.

Добившись политической независимости, Нигерия получила возможность самостоятельного экономического развития. Сегодня Нигерия – федеративная республика.

Столица Нигерии город Абуджа. Перенести столицу из Лагоса в Абуджу было решено в 1976 году.

В состав федерации входят 36 штатов и федеральный округ Абуджа. Каждый штат имеет не только свое название, но и местные климатические и территориальные характеристики.

На юге Нигерия омывается водами Атлантического океана. На западе соседствует с Бенином, на востоке – с Камеруном, на севере – с Нигером.

Нигерия богата природой, живописными ландшафтами, заповедниками, водопадами, лазурными океанскими побережьями.

Нигерия также по праву носит название страны лесов и саванн. Когда-то влажные тропические леса занимали большую часть ее территории, но вырубки и выжигание под посевы сократили их площадь. Теперь тропические леса с оплетенными лианами деревьями высотой до 45 метров распространены только на Приморской равнине и в долинах рек.

В нигерийских лесах сохранилось мало крупных млекопитающих: слонов, жирафов, носорогов. Более распространены леопард, шакалы, гиены, антилопы, буйволы, встречается чешуйчатый муравьед.

Много различных видов павианов, мартышек, а также лемурув.

В реках и озере Чад водятся бегемоты, крокодилы, в прибрежных водах Гвинейского залива встречается почти вымершее млекопитающее –