

Например, тема «Беларусь в годы Великой Отечественной войны» может быть рассмотрена в несколько этапов: 1) рассказ преподавателя; 2) введение новой лексики; 3) чтение текста с последующими комментариями; 4) выполнение послетекстовых грамматических, лексических упражнений; 5) просмотр видеоматериала по теме; 6) посещение Гомельского областного музея военной славы; 7) экскурсия в музей боевой и трудовой славы средней школы № 33; 8) беседа-контроль (диалог, монолог-высказывание); 9) письменная работа (сочинение, изложение, статья в газету) по теме; 10) выпуск стенгазеты «Поклонимся великим тем годам...».

Страноведческие сведения, полученные в ходе экскурсий, становятся неотъемлемым компонентом коммуникации.

В процессе проведения учебных экскурсий работают все анализаторы наглядности: зрение, слух, ощущения — максимально задействована эмоциональная сфера человека. Как показывает опыт работы, бесспорно, экскурсии являются одним из действенных приемов методики обучения РКИ, так как мобилизуют творческие способности личности.

Выводы

Таким образом, учитывая вышесказанное, еще раз обратим внимание на необходимость формирования культурологической компетенции учащихся в процессе изучения ими русского языка как иностранного. В ходе изучения языка усваивается нашедшая в нем выражение национальная культура и постигается его культурный компонент. Работая с краеведческим материалом, преподаватели смогут привить студентам-иностранцам уважение к культуре и стране, язык которой они изучают.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верецагин, Е. М.* Язык и культура. Лингвострановедение в преподавании русского языка как иностранного / Е. М. Верецагин, В. Г. Костомаров. — М., 1983.
2. *Савицкая, Т. А.* Многоплановая сюжетная фотография как источник лингвострановедческой информации на занятии по русскому языку / Т. А. Савицкая. — Воронеж, 1984.
3. *Щербачёва, Н. И.* Место и роль лингвострановедения в изучении восточных языков / Н. И. Щербачёва. — М., 1993.

УДК 616.379-008.64+616.36-004]:616.36-002-036.12

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАРКЕРОВ ИНФИЦИРОВАНИЯ И АКТИВНОСТИ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСОВ ГЕПАТИТОВ В, С, D

Калинин А. Л., Сницаренко Е. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека

г. Гомель, Республика Беларусь

Одной из малоизученных проблем современной гастроэнтерологии является сочетанная патология. По данным ВОЗ, у 30 % больных, госпитализированных в стационары, диагностируется сочетанная патология органов брюшной полости [1].

Целью исследования

Изучить частоту выявления сахарного диабета и заболеваний внутренних органов у больных хроническим гепатитом (ХГ) в зависимости от маркеров инфицирования и активности репликации вирусов гепатитов В, С, D.

Материал и методы

Всем больным ХГ определяли в сыворотке крови маркеры инфицирования HBV (HBsAg, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc IgM, анти-HBs), HDV (анти-HDV и анти-HDV IgM), HCV (анти-HCV, анти-NS4- и анти-core HCV, а также анти-cor HCV IgM). Ис-

пользовали коммерческие системы ИФА НПО «Диагностические системы», ДИА-плюс, LaRosch, ABBOTT. Определение ДНК HBV осуществляли методом ДНК-гибридизации. Определение РНК HCV проводили методом ПЦР, с помощью диагностикума «Ampligor», Hoffman-LaRoche и НПО «Литех» (Россия, Москва).

Биохимические показатели сыворотки крови: билирубин, аланиновую и аспарагиновую трансаминазу (АлАТ и АсАТ — норма 5-42 Ед), исследовали на полуавтоматическом анализаторе FP-900 (Финляндия) с наборами фирмы «LaRoche». Инструментальное обследование включало УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, фиброгастро-дуоденоскопию, у части больных сканирование печени Tc99 и прицельную пункционную биопсию печени под УЗИ-контролем. Больным с нарушениями в свертывающей системе крови проводили лапароскопию с видеомониторированием и прицельную биопсию печени. Наблюдение больных осуществляли 1 раз в 3-6 месяцев, срок наблюдения составил от 3 месяцев до 15 лет. Диагноз выставляли в соответствии с принятой в 1994 г. на всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе классификации ХГ.

Под нашим наблюдением в 1983–1998 гг. было 203 больных ХГ, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом и гепатологическом отделениях. Для анализа клинических и лабораторных проявлений ХЗП, а также исходя из требований современной классификации, больные были разделены на 8 подгрупп:

1-я — ХГВ с активной репликацией HBV (HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, ДНК-HBV) — 13 (7,4 %) больных.

2-я — ХГВ с умеренной активностью репликации HBV (HBsAg, анти-HBe, анти-HBc IgM, ДНК-HBV) — 23 (11,3 %) больных.

3-я — ХГВ с низкой активностью репликации HBV (HBsAg, анти-HBe, анти-HBc) — 28 (13,8 %) больных.

4-я — ХГ дельта (ХГ D) — с активной репликацией HDV (HBsAg, анти-HBe, анти-HBc, анти-HDV IgM) — 16 (7,9 %) больных.

5-я — ХГ С (анти-HCV+, HCV-РНК+) — 44 (21,7 %) больных.

6-я — ХГ В+С и В+D +С — микст-инфекция HBV, HDV и HCV — 10 (4,9 %) больных.

7-я — ХГ с маркерами сероконверсии HBV-инфекции (анти-HBs и (или) анти-HBc позитивные) — 27 больных (13,3 %).

8-я — ХГ без маркеров инфицирования HBV, HDV, HCV — 42 (20,6 %) больных.

Сопутствующие заболевания в подгруппах больных ХГ в зависимости от маркеров инфицирования вирусами гепатитов В, D и С представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сопутствующие заболевания в подгруппах больных ХГ в зависимости от маркеров инфицирования вирусами гепатитов В, D и С (%)

Диагноз	HBsAg, HBeAg, n=13	HBsAg, анти-HBc IgM, анти-HBc общие, анти-HBe n=23	HBsAg, анти-HBe, анти-HBc общие n=28	HBsAg, анти-HBe, анти-HDV IgM n=17	Анти-HCV n=47	Миксты: В+С, В+С+D n=10	анти-HBs и/или анти-HBc n=27	Без маркеров инфицирования HBV, HDV, HCV n=42	Всего n=207
Сахарный диабет	1 (7,7)	2 (8,7)	1 (3,6)	3 (17,6)	2 (4,3)		2 (7,4)	1 (2,4)	12 (6,8)
Хронический гастрит	3 (23,1)		4	2 (11,8)	13 (27,7)		4 (14,8)	7 (16,7)	33 (15,9)
Язвенная болезнь	1 (7,7)	1 (4,3)	2 (7,1)	1 (5,9)	6 (12,8)	2 (20,0)	2 (7,4)	2 (4,8)	17 (8,2)
Хронический панкреатит			1 (3,6)		6 (12,8)	1 (10,0)	2 (7,4)	2 (4,8)	12 (6,8)
Хронический холецистит каменный и бескаменный)	1 (7,7)		1 (3,6)		4 (8,5)			3 (7,1)	9 (4,3)
Хронический пиелонефрит	1 (7,7)				1 (2,1)		2 (7,4)		4 (1,9)
Хронический бронхит		2 (8,7)	1 (3,6)	1 (5,9)	2 (4,3)	1 (10,0)		1 (2,4)	8 (3,8)
ИБС			1 (3,6)		2 (4,3)				3 (1,4)
Пневмония					1 (2,1)				1 (0,5)
Туберкулез легких				1 (5,9)					1 (0,5)

Как видно из приведенных в таблице 1 данных, наиболее часто у больных хроническим гепатитом выявлялся хронический гастрит — у 15,9 % пациентов, причем более часто у больных 1, 5, и 8 групп. Следующей по частоте выявления была язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 8,2 % больных ХГ, причем в зависимости от выявления маркеров вирусных гепатитов существенных различий между группами не было выявлено (от 4,3 до 20 %). ХГ различной этиологии и особенно цирроз печени очень часто вызывают сопутствующее поражение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. По результатам исследований, проведенных И. В. Маевым и А. А. Самсоновым (2006 г.), частота поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки составила 25,7 %, причем эрозивно-язвенный процесс регистрировался в 21,3 % случаев [4].

Хронический панкреатит был диагностирован у 6,8 % больных ХГ, преимущественно у пациентов 5-й, 7-й и 8-й подгрупп. На 5-м месте по частоте выявления оказался хронический холецистит каменный и бескаменный — 4,3 %, выявленный чаще у больных 5-й и 8-й подгрупп. Установлено, что у больных вирусными гепатитами нарушены внешне-секреторная функция печени, моторная функция билиарного тракта со склонностью к гипертонусу сфинктера Одди, биохимический состав желчи (снижен уровень секреции холевой кислоты и фосфолипидов, снижен холато-холестериновый и фосфолипидно-холестериновый коэффициенты), что говорит о ее высоких литогенных свойствах, а более чем в 80 % случаев — развивается билиарная недостаточность [2].

Сахарный диабет 1 и 2 типа выявлен у 6,8 % пациентов ХГ, причем существенной разницы между подгруппами не было выявлено. Обращает на себя внимание большая частота выявления сахарного диабета у больных хроническим вирусным гепатитом В с различной степенью выраженности репликации HBV (подгруппы 1–3) — 4 больных, анти-дельта — 3 больных и хроническим вирусным гепатитом С — 2 больных. Относительно высокая частота выявления сахарного диабета у больных хроническими вирусными гепатитами может объясняться следующими причинами: инфицированием больных сахарным диабетом вирусными гепатитами HBV, HDV, HCV, непосредственным повреждением клеток островков Лангерганса поджелудочной железы гепатотропными вирусами. У больных ХГ и циррозом печени развивается относительная инсулиновая недостаточность и наблюдается повышение в крови соматотропина и глюкагона (А. Н. Окорочков и соавт. [3]).

Ряд заболеваний внутренних органов выявлялись более редко, чем патология гастродуоденальной и холецистопанкреатической зоны. Это были преимущественно хронический пиелонефрит, пневмония и хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь легких.

Выводы

1. Установлена высокая частота выявления хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического панкреатита и сахарного диабета у больных хроническим гепатитом.
2. Частота сопутствующей патологии гастродуоденальной зоны не зависела от выявления маркеров инфицирования вирусными гепатитами В, С, D.
3. Сахарный диабет чаще выявлялся у больных хроническими вирусными гепатитами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селезнева, Э. Я. Желчно-каменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Э. Я. Селезнева, А. А. Ильченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 58. — С. 48–55.
2. Неронов, В. А. Комплексное лечение синдрома билиарной недостаточности при вирусных гепатитах / В. А. Неронов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 5. — С. 28–36.
3. Окорочков А.Н., Федоров Н.Е., Калинин А.Л. Взаимоотношения инсулина и его основных гормональных антагонистов с показателями метаболизма коллагена и клеточного иммунитета у больных хроническим гепатитом и циррозом печени // Успехи патологии: сб. ст. / Рижский мед. институт.; под общ. ред. А. Ф. Блюгера. — Рига, 1987. — С. 175–201.
4. Маев, И. В. Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. — М., «Медпрессинформ», 2005. — 512 с.