

В Саудовской Аравии хозяин дома после рукопожатия кладет свою левую руку на плечо гостя и целует его в обе щеки. Между малознакомыми людьми принято при встрече традиционное европейское рукопожатие. Члены семьи и близкие друзья приветствуют друг друга объятиями и поцелуями в обе щеки.

В России обычно встречают гостя крепким (иногда очень крепким) рукопожатием. Если вы уже встречались с этим человеком раньше. Обычно российские мужчины целуют своих гостей в щеку (как мужчин, так и женщин) [2].

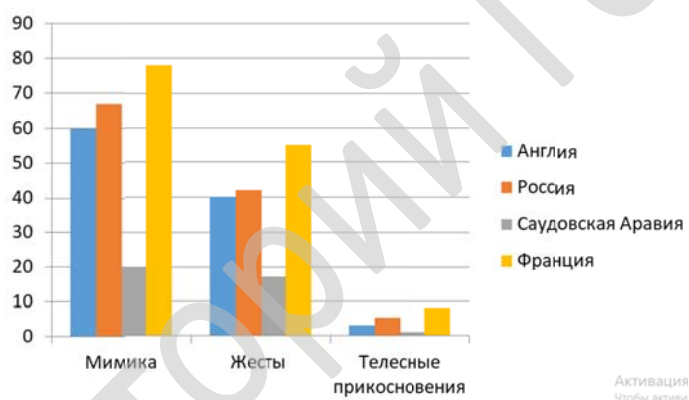
Выводы

На примерах видеороликов из различных интернет-ресурсов мы проследили, что страной с наиболее ярко выраженным невербальным компонентом общения является Франция. Французы склонны касаться друг друга в процессе коммуникации наиболее часто: 8 тактильных контактов за 5 минут видео, наряду с ярко выраженной мимикой и жестами.

Второе место отводится России: 5 телесных контактов за 5 минут ролика, характер общения более сдержанный, чем у французов, но тем не менее, собеседники довольно четко передают свои эмоции посредством жестикуляции и мимики.

Англия занимает третье место: 3 касания за 5 минут. Англичане не склонны касаться собеседника во время разговора за исключением рукопожатия и легкого объятия при встрече.

Четвертое место в силу своей сдержанности занимает Саудовская Аравия. Дружью-мужчины могут обнять и поцеловать друг друга в обе щеки после легкого и длительного рукопожатия. Также они очень близко стоят друг возле друга во время беседы.



Данный рисунок отражает соотношение различных тактильных контактов разных наций мира. В нем заметно, что французы более раскрепощены в невербальном общении, нежели другие страны среди приведенных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мантегацца, П. Физиогномика и выражение чувств / П. Мантегацца. — М.: Профит Стайл, 2011. — 448 с.
2. Абрамов, Н. Искусство разговаривать / Н. Абрамов // Русская речь. — 1991. — № 4.
3. Гольдин, В. Е. Речь и этикет / В. Е. Гольдин. — М.: Просвещение, 1983.

УДК 616.36-003.826

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ

Пархоменко А. П.

Научные руководители: ассистент З. В. Грекова, к.м.н, доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является распространенным хроническим заболеванием, которое имеет несколько стадий течения — стеатоз, неалкогольный

стеатогепатит, фиброз и цирроз [1–3]. Распространенность неалкогольного стеатоза печени у жителей экономически развитых стран мира составляет в среднем 20–35 %, неалкогольного стеатогепатита — 3 %. Установлено, что в основе формирования НАЖБП лежит патологическое внутри- или внеклеточное отложение капель жира, при этом на первом этапе происходит избыточное поступление липидов в гепатоциты с формированием стеатоза, с последующим развитием воспаления и стеатогепатита. При ожирении стеатоз печени развивается в 95–100 % случаев и сопровождается стеатогепатитом у 20–47 % пациентов. Тяжесть нарушения обмена глюкозы коррелирует с тяжестью поражения печени: стеатоз печени развивается у 60 % пациентов с СД 2-го типа, а стеатогепатит развивается у ¼ из них. Согласно последним научным концепциям, ведущую роль в патогенезе НАЖБП отводят нарушению углеводного и липидного обмена, а в качестве момента, запускающего каскад метаболических нарушений, рассматривают инсулинорезистентность (ИР) [1]. НАЖБП тесно ассоциирована с ожирением и метаболическим синдромом, что значительно повышает кардиометаболический риск и отражается на заболеваемости, прогнозе и продолжительности жизни пациентов.

Цель

Выявить особенности течения стеатоза печени.

Материал и методы исследования

Были проанализированы истории болезни 35 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ № 3, которым по данным УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки стеатоза печени. Данные обрабатывались в «Microsoft Excel» и с помощью www.medstatistic.ru (расчет показателей вариационного ряда).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой группы пациентов 15 мужчин и 20 женщин. Средний возраст женщин составил $63,8 \pm 12,8$ года, мужчин — $54,1 \pm 12,2$ года. В таблице 1 представлено распределение пациентов по наличию сопутствующих заболеваний.

Таблица 1 — Распределение пациентов по наличию сопутствующих заболеваний

Пол	Ожирение			АГ	СД 2 типа	ИБС	Избыточная масса тела
	I ст.	II ст.	III ст.				
Мужчины	4 (26 %)	3 (20 %)	—	8 (53 %)	5 (33 %)	12 (80 %)	4 (26 %)
Женщины	7 (35 %)	3 (15 %)	1 (5 %)	14 (70 %)	10 (50 %)	17 (85 %)	7 (35 %)

У пациентов со стеатозом печени сопутствующими заболеваниями как у мужчин, так и у женщин являлись ИБС, АГ, СД 2 типа, ожирение.

У всех пациентов по заключению УЗИ выявлены гепатомегалия и изменение структуры печени, которые клинически протекали бессимптомно.

По данным лабораторных исследований выявлены следующие изменения: гиперхолестеринемия (выше 5 ммоль/л) — у 12 (60 %) женщин, 10 (66 %) мужчин; гипертриглицеридемия (выше 1,7 ммоль/л) — у 13 (65 %) женщин, 8 (54 %) мужчин; гипербилирубинемия — у 12 (60 %) женщин, 7 (46 %) мужчин; повышение АЛТ (до 2-х норм) — у 17 (85 %) женщин, у 12 (80 %) мужчин; повышение АСТ (до 2-х норм) — у 2 (10 %) женщин, 4 (26 %) мужчин; повышение ЩФ (не выше 2-х норм) — у 13 (65 %) женщин, 7 (46 %) мужчин.

Выводы

1. Стеатоз печени у большинства пациентов протекал бессимптомно и диагностирован после выполнения УЗИ печени.

2. Стеатоз печени выявлен у пациентов с метаболическими нарушениями — 72 % мужчин и 85 % женщин имели избыточную массу тела и ожирение, 33 % мужчин и 50 % женщин — сахарный диабет 2 типа, более 65 % пациентов — дислипидемию. У 53 % мужчин и 70 % женщин со стеатозом печени диагностирована артериальная гипертензия.

3. Повышение уровня АЛТ, АСТ, ЩФ выявлено у большинства пациентов со стеатозом печени, что может быть проявлением стеатогепатита и требует проведения дифференциально-диагностического поиска и лечения. Пациентам целесообразно рекомендовать прохождение эластографии печени для оценки наличия фиброза печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 345 с.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 122 с.
3. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.

УДК 616.36-002

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ

Пендрикова О. В., Беридзе Р. М.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Турченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Алкогольный гепатит — это острое или хроническое заболевание печени, выражающееся в дистрофических и некробиотических изменениях паренхимы, а также в воспалительной инфильтрации стромы.

По данным Всемирной организации здравоохранения около 2 млрд человек употребляют спиртные напитки и 76,3 млн имеют заболевания, связанные с употреблением алкоголя. Алкоголь является одной из главнейших причин заболеваний печени. У 15–20 % хронических алкоголиков развивается гепатит или цирроз печени [3].

Цель

Выявить особенности эпидемиологии и течения алкогольного гепатита в настоящее время.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились публикации, содержащие данные о патогенезе, особенностях течения, прогрессировании алкогольной интоксикации печени.

Результаты исследования и их обсуждение

Алкогольная болезнь печени (АБП) включает стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз печени. Стеатоз протекает бессимптомно. Крупнокапельная жировая инфильтрация гепатоцитов выявляется у 60–95 % лиц, употребляющих этанол в гепатотоксических дозах. При исследовании печень увеличена, край ее гладкий, закругленный, безболезненный при пальпации. Стеатоз является обратимой стадией АБП [5].

Алкогольный стеатогепатит выявляют у 20–30 % лиц, злоупотребляющих алкоголем. При гистологическом исследовании на фоне жировой дистрофии гепатоцитов характерно наличие телец Мэллори (алкогольного гиалина), баллонной дегенерации и инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами с некровоспалительными изменениями. Клиническая картина включает в себя симптомы интоксикации, диспепсию, незначительный болевой синдром в правом подреберье. При биохимическом исследовании возможно повышение активности трансаминаз, гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТП).

В связи с длительным бессимптомным течением алкогольных поражений печени пациенты чаще всего впервые обращаются за врачебной помощью уже на стадии цирроза. При гистологическом исследовании на начальных стадиях алкогольный ЦП — микронодулярный [3].

На сегодняшний день прямой корреляции между степенью поражения печени и количеством принимаемого алкоголя не выявлено. Развитие АБП в большей степени зависит от ежедневного употребления алкоголя, чем его периодический прием [1, 5]. Однако проведенное исследование J. S. Tolstrup (2004) показало более выраженное влияние «больших» доз алкоголя при однократном приеме по сравнению с распределением такой же суммарной дозы в течение нескольких дней [1].

Для большинства мужчин критической точкой является доза этанола, составляющая 80–160 г/сут. У женщин — 20–40 г/сут. Высокое содержание алкоголя в крови у женщин после употребления стандартных доз связывают с меньшим объемом распределения его в