

Сегодня совершенно очевидной является необходимость определить и проанализировать причины, проблемы, сущность и тенденции терроризма, как можно скорее разработать формы, методы и эффективные средства борьбы с ним. Главные направления предупреждения терроризма должны включать:

- прогнозирование террористической активности с определением ее возможных субъектов; воздействие на основные явления и процессы в обществе, способствующие росту терроризма;
- пресечение совершающихся террористических актов в отношении государственных и общественных деятелей, задержание виновных и предание их суду, причем крайне важно наказание не только рядовых исполнителей и пособников, но и организаторов, и вдохновителей террора, а также тех, кто занимается финансированием террористической деятельности;
- предупреждение и пресечение сходных с терроризмом преступлений (захват заложников, геноцид, диверсия);
- сотрудничество международных организаций в предупреждении и пресечении террористической деятельности.

Исторический опыт показывает, что сближение различных народов наилучшим образом происходит там, где совпадают их интересы, причем чем лучше они осознаны, тем ощутимее результат интеграции. На такой основе уверенно преодолеваются различные трудности, успешно развивается торговля, крепнут экономические, политические, культурные связи, немыслимые без взаимопонимания и согласованности в действиях.

Вывод

Решение глобальной проблемы современности — терроризма — это общее дело всего человечества. Человечество должно выработать эффективные формы сотрудничества, которые позволяли бы всем странам действовать сообща, несмотря на различия социально-политических, религиозных, этнических и иных мировоззренческих ориентаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилин, Ю. В. Современный терроризм: сущность, типология, проблемы противодействия: учеб. пособие / Ю. В. Гаврилин, Л. В. Смирнов. — М.: Книжный мир, 2003. — С. 32–33.
2. Никитаев, В. В. Тело террора. К проблеме теории терроризма / В. В. Никитаев // Полигнозис. — 2010. — № 3. — С. 63.

УДК 618.333

ФАКТОРЫ РИСКА ВНТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА БЕРЕМЕННЫХ

Бик-Мухаметова Я. И., Захаренкова Т. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Внутрипеченочный холестаз беременных (ВПХ, Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy (ICP), холестатический гепатоз беременных, идиопатический внутрипеченочный холестаз, внутрипеченочная холестатическая желтуха беременных, возвратная холестатическая внутрипеченочная желтуха, доброкачественная желтуха беременной, зуд беременной) — это наиболее часто встречающаяся патология печени на фоне беременности. Частота возникновения данной патологии колеблется в широком диапазоне и зависит от этнических и географических различий: от 0,1–2 % (страны Европы, Австралии, Северной Америки) до 9,2–15,6 % (страны Южной Америки: Боливия и Чили, Скандинавские страны). Диагноз внутрипеченочный холестаз беременных является наиболее применяемым, так как дает представление о главном этиологическом факторе и патогенетическом механизме, но при этом говорит о том, что данные нарушения носят функциональный характер и не приводят к развитию дистрофии печени. Гепатозы — это группа заболеваний печени, в основе которых лежит нарушение обмена веществ в печеночных клетках и развитие в клетках печени дистрофических изменений, при этом воспалительные явления отсутствуют или слабо выражены. При этом

основными клиническими симптомами заболевания являются: кожный зуд (в 80–90 % случаев ВПХ), желтуха (в 10–15 % случаев ВПХ), снижение аппетита, тошнота, боли в животе, слабость, бессонница [1] и биохимические изменения: повышение уровня желчных кислот более 10 мкмоль/л, аминотрансфераз: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза (в 60 % случаев ВПХ), гамма-глутамилтранспептидазы (в 25 % случаев), билирубина за счет прямой (связанной) фракции (в 25 % случаев), холестерина, особенно липопротеинов низкой плотности [2]. Значимость изучения данного заболевания, связана с возникновением ряда осложнений беременности и развитием перинатальных потерь: преждевременные роды (30–40 % женщин с ВПХ), мекониальное окрашивание околоплодных вод (16–58 % всех случаев ВПХ и 100 % случаев с антенатальной гибелью плода при ВПХ), респираторный дистресс синдром новорожденных (28,6 % случаев ВПХ), перинатальные потери (3,5 % всех случаев ВПХ). При этом частота осложнений беременности и перинатальных потерь при возрастании уровня желчных кислот на каждый 1 мкмоль/л после 40 мкмоль/л, увеличивается на 1–2 % [1].

Учитывая общую профилактическую направленность мировой медицины, с целью снижения заболеваемости, перинатальной смертности и снижения экономических затрат на диагностику и лечение ВПХ и его осложнений, необходимо четкое выделение факторов риска, с целью создания групп риска по развитию ВПХ, с внедрением дифференцированного подхода к их обследованию, ведению, сроку и методам родоразрешения.

Цель

Установить основные факторы риска ВПХ по данным мировой литературы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ русскоязычной и англоязычной литературы, включая метаанализы за последние 5 лет по факторам риска ВПХ.

Результаты исследования и их обсуждение

Наследственность

О генетической предрасположенности к развитию ВПХ говорят: 1) семейный анамнез развития ВПХ (развитие у матерей и дочерей, сестер); 2) особенности географического и этнического распространения (частота ВПХ у чилийских индейцев достигает 24 %); 3) доказанное наличие мутаций в определенных генах, кодирующих гепатобилиарные транспортные белки у пациенток с ВПХ. Полиморфизм генов ABCB4 (MDR3), EXR, ABCB2, ABCB11 (БСЕП) и ATR8B1 связывают с риском развития ВПХ [1, 3].

Гормональные факторы

Наиболее часто ВПХ развивается в III триместре беременности, когда достигает максимума гормональная функция плацентарного комплекса, и проходит с окончанием беременности, не позднее 6–8 недели послеродового периода [4]. Считается, что повышение уровней сульфатов прогестерона и глюкуронида 17-β-эстрадиола, может участвовать в патогенезе ВПХ, путем воздействия на рецепторы транспортеров гепатобилиарной системы, измененные в результате полиморфизма генов, ответственных за их синтез [1].

1. Многоплодие. ВПХ чаще встречается у беременных с многоплодной беременностью (20,9 %) в отличие от одноплодной беременности (4,7 %) [4, 5].

2. Беременность после ЭКО. Согласно большинству исследований у женщин, беременность которых наступила в результате ЭКО частота развития ВПХ выше (2,7 %), чем у женщин со спонтанными беременностями (0,7 %), что связано, как с более высоким процентом многоплодных беременностей после ЭКО, так и с воздействием гонадотропинов, используемых для стимуляции овуляции [4].

3. ВПХ при предыдущих беременностях или при приеме КОК. У женщин, у которых в анамнезе уже встречался ВПХ при предшествующих беременностях или при приеме КОК до беременности, риск повторного развития ВПХ повышается [2].

Экзогенные факторы риска

1. Снижение уровня селена в организме беременной женщины. Низкий уровень селена, приводит к развитию ВПХ, так как сопровождается низкой активностью фермента селен-глутатионпероксидазы, главного компонента антиоксидантной системы. Снижение уровня

данного фермента связывают с высокими уровнями стероидов, с географической бедностью региона селеном (географическая предрасположенность), и сезонным снижением поступления селена (зима) [5].

2. Сезонность. В летнее время ВПХ практически не встречается [1, 5].

Наличие желчных конкрементов у беременной и ее родственников

Имеются данные, что наличие желчных конкрементов у беременной или ее кровных родственников, может повышать риск развития ВПХ [1].

Возраст беременной женщины

В нескольких исследованиях есть указания на то, что у пациенток старше 35 лет повышается вероятность развития ВПХ [1, 2].

Рвота беременной в анамнезе

У женщин, у которых имелась рвота беременной в первом триместре беременности, риск развития ВПХ повышается [2].

Множественная лекарственная устойчивость

Исследования итальянских, американских, чилийских и английских ученых подтверждают, что у женщин с ВПХ, может иметься сниженная чувствительность к лекарственным препаратам, особенно АБ, это связано с общностью патогенетических изменений (полиморфизм генов MDR3 / ABCB4 отвечающих за экспрессию ядерного рецептора PXR) [1, 5].

Инфекционный фактор

Имеются исследования, в которых доказано, что носительство HCV повышает риск развития ВПХ [2]. Но данный фактор остается спорным, так как сложно установить причинно-следственные связи: симптомы ВПХ могут явиться клинической манифестацией вирусного гепатита С.

«Leaky gut» («дырявый» кишечник)

У женщин с патологической проницаемостью кишечника для эндотоксинов, ВПХ развивается чаще, чем у беременных без данных изменений. «Дырявый» кишечник может приводить к развитию ряда других патологических процессов и заболеваний: пищевая аллергия (особенно непереносимость глютена и молочных продуктов), воспалительные заболевания кишечника (синдром раздраженного кишечника, язвенный колит), аутоиммунные заболевания (в том числе болезнь Хашимото), авитаминоз — В₁₂, недостаточность магния, акне, псориаз, депрессия. Поэтому, наличие у беременной женщины данных заболеваний и патологий, можно считать фактором риска развития ВПХ, так как они говорят о наличии «Leaky gut» [1, 5].

Изменения в показателях биохимического скрининга

При обследовании беременных, у которых в последующем развился ВПХ, в I триместре уровень РАРР-А был статистически значимо ниже, чем у беременных, чья беременность не осложнилась ВПХ [6].

Выводы

Таким образом, основными факторами риска ВПХ согласно данным доказательной медицины являются: наследственность; многоплодие; ЭКО; ВПХ в предыдущих беременностях или при приеме КОК; недостаток селена; зимний период; возраст женщины старше 35 лет; наличие желчных конкрементов у пациентки и ее кровных родственников; рвота беременной в первом триместре беременности; множественная лекарственная устойчивость; носительство HCV; наличие заболеваний, в основе развития которых лежит «дырявый кишечник»; снижение РАРР-А в I триместре беременности.

Многофакторность ВПХ требует более детальный анализ каждого случая данной патологии, для уточнения актуальности и прогностической значимости каждого фактора риска, с целью формирования групп риска по развитию ВПХ и его тяжести, что позволит подходить дифференцировано к обследованию, ведению, определению метода и срока родоразрешения для пациенток с ВПХ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Geenes, V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy / V. Geenes, C. Williamson // World Journal of Gastroenterology. — 2009. — Т. 15, № 17. — С. 2049–2066.
2. Review of a challenging clinical issue: Intrahepatic cholestasis of pregnancy / S. Ozkan [et al.] // World J Gastroenterol. — 2015. — № 21(23). — С. 7134–7141.

3. Maternal bile acid transporter deficiency promotes neonatal demise / Y. Zhang [et al.] // J Nat Commun. — 2015. — С. 122–124.
4. Zhang, J. Association of assisted reproductive technology with adverse pregnancy outcomes / J. Zhang, D. Yiling, Y. Ling Iran // J Reprod Med. — 2015. — № 13(3). — С. 169–180.
5. The role of steroid hormones in the development of intrahepatic cholestasis of pregnancy / A. Pařízek [et al.] // Physiol Res. — 2015. — № 64. — С. 203–209.
6. Pregnancy-associated plasma protein a levels are decreased in obstetric cholestasis / N. Hançerlioğulları [et al.] // Clin Exp Obstet Gynecol. — 2015. — № 42(5). — С. 102–105.

УДК 612 + 612.4

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ

Бичева Е. С.¹, Евтухова Л. А.¹, Игнатенко В. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Физическое развитие — важный показатель здоровья человека и социального благополучия, включает в себя комплекс морфологических и функциональных возможностей организма, определяет запас сил, силу роста и развития. Качественные и количественные оценки процесса обучения обуславливают определенные изменения функций различных физиологических систем по сравнению с уровнем их относительного покоя. Для каждого рода деятельности необходим определенный оптимум напряжения, при котором реакции организма наиболее эффективны и совершенны. Безусловно, следует учитывать индивидуальное развитие и состояние организма, которое А. А. Ухтомский (1951) назвал «оперативным покоем», т. е. готовностью осуществлять нагрузку трудовой деятельности. Студенческая молодежь представляет с этой точки зрения особую производственно-профессиональную группу населения, характеризующуюся определенным возрастом и степенью физического развития.

Основными параметрами физического развития являются длина и масса тела, окружность грудной клетки, отражающие в обобщенном виде структурно-механические свойства организма. Оценивая физическое развитие учащейся молодежи, руководствуются не только этими соматическими величинами, а используют также результаты измерений основных параметров жизненно важных систем организма [1–2].

Цель

Оценка физического развития студентов биологического факультета УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины».

Методы исследования

Антропометрия (тотальные размеры тела), спирометрия (жизненная емкость легких), динамометрии (сила мышц кисти), метод индексов (соотношение индивидуальных сомато- и физиометрических показателей как уровень степени физического развития).

Результаты исследования и их обсуждение

Экспериментальная часть работы выполнялась на базе УО «Гомельского государственного университета имени Ф. Скорины». Проведено обследование студентов 1 курса биологического факультета. Возрастной аспект студентов 18–19 лет, по физиологической возрастной периодизации онтогенеза человека этот возрастной период — переходный от юношеского к зрелому. В обследовании приняли участие 100 человек, из них 50 студенток и 50 студентов.

Полученные параметры антропометрии выявили значительные вариации в изучаемых показателях. Так, длина тела колебалась от 172 до 182 см у юношей, масса тела от 54 до 81 кг. Это свидетельствует о неравномерном физическом развитии обследованных студентов.

Состояние системы внешнего дыхания в покое по величинам жизненной емкости легких свидетельствует о разных индивидуальных возможностях, колебания ЖЕЛ составили от