ноцитозных везикул, мощным развитием сократительного аппарата, отсутствия деления клеток на зоны по распределению в их цитоплазме органелл, что характерно для специализированных эндотелиоцитов, а также в связи с наличием чередующихся участков истончений клеток внутренней выстилки с утолщенными участками, особенно в зонах контактов соседних клеток с формированием пятен, зон облитерации или даже десмосом.

И тем не менее, до сих пор существует ряд вопросов по гистогенезу сосудистого эндотелия на ранних стадиях эмбрионального развития, ответы на которые возможно получить при комплексном подходе к изучаемой проблеме с использованием современных методов экспериментальной эмбриологии, а именно с проведением иммунного маркирования клеток – предшественников сосудистого эндотелия. Такой вид исследования с использованием в качестве маркеров моноклональных антител к TGFb[1] и TNF-α, PCNA- ядерного антигена пролиферирующих клеток,а также виментина – маркера клеток мезенхимального происхождения нами начат. В дальнейшем для исследования экспрессии цитокинов (TGFb[1] и TNF-α), локализующихся внутриклеточно, чтобы определить процентное соотношение положительно окрашенных клеток, и для определения цитокинов во внеклеточном пространстве мы проводим полуколичественный метод анализа с помощью световой микроскопии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов И.М. К вопросу об ангиобласте позвоночных/Архив анат.- 1972.- №11. – С.71-77.

2. Волкова О.В., Пекарский М.И. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека / М.Медицина. – 1976.- 320 с

3. Заварзин А.А. Избранные труды / А.А. Заварзин.-М.-Л.//Изд-во АН СССР.- 1953.- 718 с.

4. Куприянов В.В., Бобрик И.И., Караганов Я.Л. Сосудистый эндотелий//Киев.- Здоров”я.- 1986.- 247 с.

5. Хлопин Н.Г. Общебиологические и экспериментальные основы гистологии / Н.Г. Хлопин – М.-Л. // Изд-во АН СССР.- 1946.- 491 с.

6. Шевченко Н.А.Эмбриональный гистогенез эндотелия/Архив анат. – 1981. – т.81. - № 2. – С.5-18.

7. Maximov A. Untersuchungen uber Blud und Bindgewebe/Arch.mikroskop.anat.- 1909. – Bd.73. –P. 444-561.

8. Reiss K.a. Noden D. SEM characterization of a cellular layerbseparating blood vessels from endoderm in the Qwial Embryo / Anat.Rec, - 1989. – V. 225. – P. 165-175.

9. Wagner R. Endothelial cell embryology and growth/Adv. Microcirc. – Kargel, Basel. – 1980. – V.9. – P. 45-75.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК НОВЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ

Клименко Г.Я., Стародубов В.И., Говоров С.В., Костюкова Н.Б., Чопоров О.Н.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Воронеж, Россия

Проблема совершенствования медико-социальной помощи беременным женщинам на фоне низкой рождаемости и высокого уровня осложнений беременности и родов требует внедрения в практическое акушерство новых медицинских знаний и технологий, что, в свою очередь, обусловливает необходимость поиска новых критериев для оценки состояния здоровья беременных женщин, которые бы адекватно отражали ее состояние физического, психологического и социального функционирования во время беременности. Таким критерием может стать оценка уровня качества жизни (КЖ), которая в сочетании с объективными данными обеспечит комплексный медико-социальный подход к оценке состояния здоровья беременной женщины и может быть использован для совершенствования медицинской помощи данному контингенту населения.

За основу была взята международная программа Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), позволяющая оценить КЖ беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке.

В основную группу была включена 451 беременная женщина, находившаяся под наблюдением в женских консультациях г. Воронежа. Контрольная группа состояла из 557 небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке.

Для исследования КЖ проводилось однократное анкетирование по программе SF-36 каждой женщины во время беременности (в сроке 27-40 недель) и однократное их анкетирование в послеродовом периоде, а также однократное анкетирование 557 небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке.

При обработке данных ответы на 36 пунктов опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) были сгруппированы в во-

семь шкал: физическое функционирование (Physical Functioning); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning); интенсивность боли (Bodily pain); общее состояние здоровья (General Health); жизненная активность (Vitality); социальное функционирование (Social Functioning); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional) и психическое здоровье (Mental Health).

Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 баллов представляет наивысшую оценку КЖ. Оценки в баллах по 8 шкалам составлены таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы группировались в два показателя - «физический» компонент КЖ и «психологический» компонент КЖ, на основании которых дается «общая» оценка КЖ.

В таблице представлена сравнительная характеристика «физического» и «психологического» компонентов КЖ и «общая оценка» КЖ беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке.

Сравнительная оценка физического, психологического компонентов и общей оценки КЖ беременных, родильниц и небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке (в баллах)

№ п/п	Компоненты качества жизни	Оценка в баллах		
		Небеременные женщины фертильного возраста, находящиеся в браке (группа 1)	Беременные (группа 2)	Родильницы (группа 3)
1	2	3	4	5
1	Физический компонент качества жизни (ФККЖ)	77,7±1,0 $t_{1,2}$= 31,43 P<0,05	53,9±1,1 $t_{2,3}$ = -10,87 P<0,05	63,3±1,3 $t_{1,3}$ = 17,54 P<0,05
2	Психологический компонент качества жизни (ПККЖ)	65,1±1,3 $t_{1,2}$= 29,01 P<0,05	40,6±0,9 $t_{2,3}$ = -19,28 P<0,05	55,9±1,2 $t_{1,3}$= 9,99 P<0,05
3	Общая оценка качества жизни (ООКЖ)	71,4±1,0 $t_{1,2}$= 34,54 P<0,05	47,3±0,9 $t_{2,3}$ = -17,72 P<0,05	59,6±1,1 $t_{1,3}$= 15,47 P<0,05

Примечание: достоверным считается различие тех показателей, где вероятность составляет не менее 95,5% (P<0,05).

Показатель «физического компонента качества жизни» (ФККЖ) у беременных женщин имеет наименьшее значение (53,9± 1,1 балла), а наибольшее - у небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке (77,7±1,0 балла), в то время как родильницы по этому показателю занимают промежуточное положение (63,3±1,3 балла), что указывает на снижение показателя «физического компонента качества жизни» у беременных по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста, состоящих в браке (P<0,05), и его восстановление в послеродовом периоде (P<0,05).

У беременных женщин показатель «психологического компонента качества жизни» (ПККЖ) составил 40,6±0,9 балла, у небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке - 65,1±1,3 балла, у родильниц - 55,9± 1,2 балла, т.е. отмечается снижение данного показателя у беременных по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста, состоящих в браке (P<0,05), и его восстановление у родильниц (P<0,05).

В группе беременных показатель «общей оценки качества жизни» (ООКЖ) имеет наименьшее значение (47,3±0,9 балла), а наибольшее - у небеременных женщин фертильного возраста, состоящих в браке (71,4±1,0 балла), в то время как родильницы по этому показателю занимают промежуточное положение (59,6± 1,1 балла), т.е. отмечается снижение показателя «общей оценки качества жизни» у беременных по сравнению с небеременными женщинами фертильного возраста, состоящих в браке (P<0,05), и его восстановление в послеродовом периоде (P<0,05).

Таким образом, снижение уровня отдельных компонентов и общей оценки КЖ во время беременности говорит о том, что беременная женщина относится к наиболее уязвимой группе населения в плане воздействия неблагоприятных факторов и нарушения состояния здоровья. Поэтому, представленные критерии оценки их КЖ могут быть использованы как интегральные показатели, характеризующие состояние здоровья данного контингента населения.

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Корнетов Н.А., Сорокина А.В.
Сибирский государственный медицинский университет
Томск, Россия

Активная физическая и психическая деятельность, чувство напряжения, возникающее на различные внешние и внутренние стимулы, состояние стресса, которое активизирует вегетативную нервную систему, являются типичными для человека реакциями и состояниями, которые, несомненно, формировались в эволюционно-биологическом отношении как адаптивные механизмы гибкого реагирования к разнообразию окружающего мира. Фактически можно считать, что предчувствие опасности, интуитивная тревога являются тонкими интегральными характеристиками, которые формируют определенные защитные механизмы. После работ Ганса Селье понятие о стрессе широко интерпретируется в психологии и психиатрии. В настоящее время состояние стресса подразделяют на 2 компонента: стрессор – событие, которое вызвало необходимость в изменениях – и стрессовый ответ, то есть индивидуальная реакция человека на него [2]. Существуют попытки классифицировать психосоциальные стрессоры по степени тяжести. Однако такой подход является некоторым формализационным упрощением, поскольку индивидуальная типология людей, как с психобиологической, так и с социально-психологической основах, крайне вариабельна. С другой стороны, реакция на стресс также определяется полиморфизмом этих характеристик. В итоге проблема оценки нормальной и анормальной тревожности является достаточно сложной, если опираться только на диагностические категории в их развернутых современных представлениях. Доказательным примером альтернативности категориальной модели психических и поведенческих расстройств являются измерительные шкалы. Eaton и Ritter (1988) выделили шкалы тревоги и депрессии из опросника DIS, использованного на выборке из 2796 респондентов, принимавших участие в Эпидемиологическом исследовании территорий (ECA), которое проводилось в два приема с интервалом в 1 год [3]. Исследователи не смогли привести доказательств нозологической специфичности тревоги и депрессии. Были зарегистрированы сходные социоэпидемиологические характеристики лиц с высокими показателями по обеим шкалам. Эти данные указывают на то, что две различные диагностические категории сосуществовали одномоментно в течение достаточно длительного времени. Таким образом, современные категориальные системы дискретно не выделяют отдельные психические расстройства, и в ситуации наличия тревоги и депрессии они часто носят коморбидный характер. В этой связи нами была поставлена цель исследовать уровень тревоги во взаимосвязи с депрессией при разной их степени выраженности.

Участники, материалы и методы. В исследовании приняли добровольное участие 86 студентов лечебного и педиатрического факультетов Сибирского государственного медицинского университета в условиях информированного согласия. При этом лиц мужского пола – 16, лиц женского пола – 70. Средний возраст студентов – 21,51±2,48.

В качестве методов исследования использовались оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, а также шкала PHQ-9 с разрешения проф. Спитзера и проф. Кренке для руководителя программы «Распохнавание депрессии»-РАДЕП Н.А. Корнетова с целью оценки вероятности наличия и степени выраженности депрессивных расстройств [4]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS 11.5 с помощью критерия Крускала-Уолиса, критерия Мэнна-Уитни и рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Было проведено сравнение степени выраженности депрессии по PHQ-9 у студентов с нормальным, субклиническим и клинически значимым уровнем тревоги по шкале Шихана и установлено, что между всеми тремя группами существуют статистически значимые различия. При этом надо отметить, что среди опрошенных студентов по результатам тестирования с использованием шкалы PHQ-9 выявлена высокая распространенность депрессивных расстройств – 30,23% (26 человек). Таким образом, в группе студентов с нормальным уровнем тревоги, установленным с использованием шкалы Шихана, не было обнаружено каких-либо признаков депрессии при исследовании, проведенном с помощью шкалы PHQ-9. Но при субклиническом уровне тревоги по шкале Шихана, также как и при клинически значимом, было установлено наличие клинического уровня депрессии.

Обсуждение. Возвращаясь к эпидемиологическим данным, представленным в [3], подчеркнем, что при наличии клинических проявлений тревоги сочетано с ней выступала и депрессия. В нашем исследовании также показано, что, если отсутствует симптомы психического расстройства определенного ранга, в