

2. ОЗТ рекомендуется включать в комплексное санаторное лечение пациентов с ИБС в сочетании с АГ.

3. Метод ОЗТ при лечении больных ИБС в сочетании с АГ целесообразно сочетать с другими физическими факторами или лекарственными средствами, что способствует уменьшению дозировки последних и является качественно новым подходом в решении данной проблемы.

4. ОЗТ как лечебный метод может быть также использован в клинической практике в изолированном виде при лечении ИБС и АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковальчук, Л. С. Озонотерапия на санаторном этапе реабилитации больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста / Л. С. Ковальчук // Мед. новости. — 2007. — № 3. — С. 87–88.

2. Озонотерапия в клинике внутренних болезней / О. В. Александров [и др.] // Рос. мед. журнал. — 2000. — № 3. — С. 47–50.

3. Шальнова, С. А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Ю. А. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5(2). — С. 73–80.

4. Ades, P. A. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs / P. A. Ades, D. Huang, S. O. Weaver // Am. Heart J. — 1992. — Vol. 123. — P. 916–921.

5. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.

УДК 618.396.36-002

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Лашкевич Е. Л., Барановская Е. И., Морозова Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Плацента является органом, обеспечивающим формирование, развитие и рост плода [1]. Многосторонние воздействия со стороны материнского организма и внешней среды, так или иначе отражаются на состоянии тканей последа и функциях плаценты, что, в конечном итоге, является определяющим в прогнозе для плода и новорожденного [2]. Одна из причин преждевременных родов — урогенитальная инфекция, в том числе передаваемая половым путем [3, 4]. В 68 % случаев преждевременных родов имеется инфекционное поражение последа [2].

Цель исследования: изучить воспалительные изменения последа при преждевременных родах.

Материалы и методы

Нами обследованы 143 женщины, родоразрешенные через естественные родовые пути в сроке гестации 24–40 недель беременности. В исследование не включались женщины после плановой индукции родов путем амниотомии. На группы родильницы разделены в зависимости от срока гестации и своевременности разрыва амниотических оболочек:

I группу составили 40 родильниц после преждевременных родов, начавшихся с преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ); II группа — 37 родильниц после преждевременных родов со своевременным излитием околоплодных вод; III группа — 36 родильниц после срочных родов, начавшихся с преждевременного излития околоплодных вод; IV (контрольная) группа — 30 родильниц после срочных родов со своевременным разрывом амниотических оболочек.

Средний возраст обследуемых рожениц составил $25,45 \pm 5,1$ лет. Отягощенный гинекологический анамнез (хронический сальпингоофорит, псевдоэрозия шейки матки, дисфункция яичников) наблюдался у рожениц из всех групп с частотой от $38,9 \pm 11,5$ до $55,6 \pm 9,6$ %. Больше половины обследуемых женщин в каждой группе во время беременности переболели острыми респираторными заболеваниями — от $66,7 \pm 9,1$ % в контрольной группе до $84,0 \pm 7,3$ % у рожениц после преждевременных родов, начавшихся с преждевременного излития околоплодных вод.

У всех рожениц изучали морфологическое строение плацент. Для микроскопического исследования брали участки последа по одному из пупочного канатика, по два из оболочек и по три из ткани плаценты, а также из всех макроскопически измененных мест. В плацентах оценивали признаки воспаления. Воспалительные изменения последа диагностировали морфологически в виде лейкоцитарной инфильтрации оболочек, виллузита (воспаление стромы ворсин с пролиферацией и фиброзом), хориодецидуита (воспаление хориона и децидуальной оболочки), хориодецидуита в сочетании с виллузитом, хориоамнионита (воспаление хориона с амнионом) и хориоамнионита в сочетании с омфаловаскулитом (вовлечение в воспалительный процесс сосудов пуповины).

Данные представлены в виде доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %). Для выявления достоверности в группах использовался критерий χ^2 с поправкой Йейтса и односторонний критерий Фишера.

Результаты и обсуждение

У всех обследуемых женщин в $79,0 \pm 3,4$ % было диагностировано воспаление последа ($p < 0,001$). Среди выявленных воспалительных изменений плаценты статистически значимо больше было хориодецидуита — $32,9 \pm 3,9$ % ($p < 0,001$), в сравнении с остальными признаками воспаления. При исследовании других признаков воспаления установлено, что наибольшая доля приходится на лейкоцитарную инфильтрацию оболочек — $14,7 \pm 3,0$ %, в сравнении с виллузитом — $4,2 \pm 1,7$ % ($p < 0,005$) и хориоамнионитом — $4,9 \pm 1,8$ % ($p < 0,01$). Распространение воспаления на плод, проявляющееся в виде хориоамнионита в сочетании с омфаловаскулитом, было диагностировано в $14,0 \pm 2,9$ %, что является статистически значимым в сравнении с виллузитом ($p < 0,01$) и хориоамнионитом ($p < 0,02$). Хориодецидуит в сочетании с виллузитом диагностирован в $8,4 \pm 2,3$ %.

Во всех группах наибольшая доля приходится на воспалительные изменения последа: в I группе — в $85,0 \pm 5,7$ % ($p < 0,001$), во II группе в $89,2 \pm 5,1$ % ($p < 0,001$), в III группе в $66,7 \pm 7,9$ % ($p < 0,01$) и в IV группе в $72,3 \pm 8,1$ % ($p < 0,001$). В каждой группе хориодецидуит являлся статистически значимым среди других признаков воспаления плаценты, и встречался с частотой от $27,0 \pm 7,3$ до $36,7 \pm 8,8$ % (таблица 1). Установлена статистически значимая связь преждевременных родов со своевременным излитием околоплодных вод с хориоамнионитом в сочетании с омфаловаскулитом, который выявлен в $32,3 \pm 7,7$ %. Срочные роды с преждевременным разрывом плодных оболочек статистически значимо связаны с лейкоцитарной инфильтрацией оболочек и отсутствием воспалительных изменений последа, которые диагностированы в $25,0 \pm 7,2$ и $33,3 \pm 7,9$ % соответственно. В контрольной группе наибольшая доля приходится на хориодецидуит и отсутствие воспаления последа — в $36,7 \pm 8,8$ и $26,7 \pm 8,1$ % соответственно.

При анализе частоты различных патоморфологических изменений последа в зависимости от срока гестации, вне зависимости от времени излития околоплодных вод, установлено, что при любых родах, в нашем исследовании, воспалительные изменения последа определены в наибольшей доле — при срочных родах в $69,70 \pm 5,66$ % ($p < 0,001$), при преждевременных родах — в $87,01 \pm 3,83$ % ($p < 0,001$) (таблица 2).

Таблица 1 — Доля воспалительных изменений последа в группах

Группы	Отсутствие воспаления	Лейкоцитарная инфильтрация	Хориодецидуит и виллузит	Виллузит	Хориодецидуит	Хориоамнионит	Хориоамнионит и омфаловаскулит
I группа (n=40)	6* (15,0 ± 5,7 %) * p<0,033	5* (12,5 ± 5,2 %) * p<0,02	4 * (10,0 ± 4,7 %) * p<0,01	2* (5,0 ± 3,5 %) * p<0,001	14 (35,0 ± 7,5 %)	2* (5,0 ± 3,5 %)	7 (17,5 ± 6,0 %)
II группа (n=37)	4** (10,8 ± 5,1 %) **p=0,0223	3*,** (8,1 ± 4,5 %) * p=0,0313 **p<0,01	4** (10,8 ± 5,1 %) ** p=0,0223	0	10 (27,0 ± 7,3 %)	4 ** (10,8 ± 5,1 %) ** p=0,0223	12 (32,4 ± 7,7 %)
III группа (n=36)	12 (33,3 ± 7,9 %)	9 (25,0 ± 7,2 %)	2#,*** (5,6 ± 3,8 %) # p=0,0029 *** p=0,0227	1#,*** (2,8 ± 2,7 %) # p=0,0007 *** p=0,0068	12 (33,3 ± 7,9 %)	0	0
IV группа (n=30)	8 (26,7 ± 8,1 %)	4 * (13,3 ± 6,2 %) * p<0,035	2*,## (6,7 ± 4,6 %) * p=0,0051 ## p=0,0395	3* (10,0 ± 5,5 %) * p=0,015	11 (36,7 ± 8,8 %)	1 *,## (3,3 ± 3,3 %) * p=0,0012 ## p=0,0128	1*,## (3,3 ± 3,3 %) * p=0,0012 ## p=0,0128

* статистически значимые различия в сравнении с частотой хориодецидуита; ** статистически значимые различия в сравнении с частотой хориоамнионита с омфаловаскулитом; *** статистически значимые различия в сравнении с частотой лейкоцитарной инфильтрации; # статистически значимые различия в сравнении с частотой хориодецидуита и отсутствием воспаления, ## статистически значимые различия в сравнении с отсутствием воспаления

Таблица 2 — Доля воспалительных изменений последа у женщин в зависимости от срока гестации без учета времени излития околоплодных вод

Группы	Отсутствие воспаления	Лейкоцитарная инфильтрация	Хориодецидуит и виллузит	Виллузит	Хориодецидуит	Хориоамнионит	Хориоамнионит и омфаловаскулит
Срочные роды (n=66)	20 (30,3 ± 5,7 %)	13*** (19,7 ± 4,9 %)	4*, **, *** (6,1 ± 2,9 %) *,** p<0,001 *** p<0,05	4*, **, *** (6,0 ± 3,4 %) *,** p<0,001 *** p<0,05	23 (34,9 ± 5,9 %)	1 *,**,*** (1,5 ± 1,5 %) *,** p<0,001 *** p<0,002	1*,**,*** (1,5 ± 1,5 %) *,** p<0,001 *** p<0,002
Преждевременные роды (n=77)	10*,## (13,0 ± 3,8 %) *,## p<0,02	8*,# (10,4 ± 3,5 %) * p<0,005 # p<0,05	8*,# (10,4 ± 3,5 %) * p<0,005 # p<0,05	2*,#,** (2,6 ± 1,8 %) *,# p<0,001 **p<0,05	24 (31,2 ± 5,3 %)	6*,# (7,8 ± 3,1 %) * p<0,001 # p<0,01	19## (24,7 ± 4,9 %) ## p<0,001

* статистически значимые различия в сравнении с частотой хориодецидуита; ** статистически значимые различия в сравнении с частотой отсутствия воспаления последа; *** статистически значимые различия в сравнении с частотой лейкоцитарной инфильтрации; # статистически значимые различия в сравнении с частотой хориоамнионита с омфаловаскулитом; ## статистически значимые различия в сравнении со срочными родами

При срочных родах статистически значимо чаще диагностированы хориодецидуит и отсутствие признаков воспаления — 34,9 ± 5,9 и 30,3 ± 5,7 % соответственно. В 1/4 всех случаев преждевременных родов диагностирован хориоамнионит в сочетании с омфаловаскулитом. Установлена статистическая связь преждевременных родов с хориоамнионитом в сочетании с омфаловаскулитом, который диагностирован в 24,7 ± 4,9 %

($p < 0,001$). При патогистологическом исследовании плацент выявлено, что при срочных родах статистически значимо больше образцов, в которых отсутствовали воспалительные изменения — в $30,3 \pm 5,7 \%$ ($p < 0,02$), в сравнении с преждевременными родами.

Заключение

Инфекционная патология последа представляет собой часть общего инфекционного процесса, возникающего при беременности в системе мать–плацента–плод. Плацента является одним из основных защитных факторов на пути распространения инфекционного агента из материнского организма к плоду. При нарушении функционирования плаценты, связанного с ее воспалительными, инволютивными изменениями, возможно недонашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода, которые зависят, прежде всего, от массивности поражения плаценты. Из нашего исследования видно, что, хотя воспаление плаценты диагностировано в $79,0 \pm 3,4 \%$ всех образцов, срочные роды статистически значимо связаны с отсутствием воспалительных изменений в последе, в сравнении с преждевременными родами. При преждевременных родах, вне зависимости от времени излития околоплодных вод, при патогистологическом исследовании плаценты в $24,7 \pm 4,9 \%$ ($p < 0,001$) диагностировано массивное воспаление фетоплацентарного комплекса в виде хориоамнионита в сочетании с омфаловаскулитом, что подтверждает роль урогенитальной инфекции в преждевременной индукции родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об инфицировании последа при преждевременных родах / С. В. Тимошенкова [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. — 1999. — № 2. — С. 54–57.
2. Сидельникова, В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.
3. Тютюник, В. Л. Морфология плаценты при инфекции / В. Л. Тютюник // Проблемы беременности. — 2001. — № 4. — С. 10–14.
4. Хамадьянов, У. Р. Профилактика преждевременных родов у женщин с урогенитальной инфекцией / У. Р. Хамадьянов, Ю. Ю. Громенко // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 2. — С. 66–68.

УДК 617.001.18:378.1

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Лемешевский А. И., Рычагов Г. П., Алексеев С. А.

Учреждение образования

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Учебный процесс должен быть насыщен не только современной, но и отчасти будущей жизнью, чтобы студент ощущал не только нынешнее состояние вопроса, проблемы, но и пути дальнейшего их развития. Знания достаточно быстро обновляются, новые поколения студентов имеют отношение с все более современными носителями информации, требования к уровню подготовки специалистов возрастают. В этих условиях представления о сути инновационного образования можно выразить фразой: «Не воссоздавать прошлое, а творить будущее».

Цель работы: привлечь внимание к проблеме внедрения инновационных методов обучения в медицинских высших учебных заведениях и обозначить необходимые для этого условия.

Понимание инноваций в образовании различно. Нам представляется, что инновационными являются те методы обучения, которые на момент внедрения получили признание и доказали свою эффективность. Их отбор и внедрение следует считать важнейшими компонентами учебно-методической работы.