

НОЛОГИИ: элиминационные: расширенный питьевой режим, дозированная физическая нагрузка, энтеросорбенты растительного происхождения (лактофилтрум, энтегнин); технологии поддержания клеточного гомеостаза: витамины (Джунгли), адаптогены (препараты на основе элеутерококка), средства улучшающие метаболические процессы (аспаркам, рибоксин). Апробация модели проведена в условиях ДДУ: у 237 детей в катамнезе через 6 мес. после проведенных мероприятий отмечено сокращение количества обострений АЗОД с 10 до 6 раз в год у 70,3%, увеличение доли детей, болеющих менее 2-х раз в год с 13 до 38%, удлинение периода ремиссии до 7–8 мес. у 60,7%, увеличение продолжительности ремиссии в 2-6 раз, снижение частоты ОРИ в 2–4 раза. Экономическая эффективность модели медико-профилактических мероприятий составила 1,7–2,3 рубля на рубль затрат, предотвращенные потери – 16,5 млн рублей на 1000 пациентов в год. Таким образом, детскому населению, проживающему в условиях неблагоприятного воздействия химических факторов среды обитания, для программ долгосрочной профилактики экодетерминированной патологии органов дыхания предложена эффективная организационная модель медико-профилактических мероприятий, основанная на применении патогенетически обоснованных компонентов, сочетающих элиминационные и корригирующие технологии. Система может быть рекомендована для организации медико-профилактической помощи детям с АЗОД, проживающих в условиях экологического неблагополучия.

**КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ
ПОДХОД КАК ФАКТОР
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
СОЦИАЛИЗАЦИИ СРЕДНЕГО
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В СИСТЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ**

Андриянова Е.А., Порох Л.И.

*ГОУ ВПО «Саратовский
государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского»,
Саратов, e-mail: andriyanova@land.ru;
ГОУ СПО «Медицинский
колледж № 4», Камышин,
e-mail: porochludmila2008@rambler.ru*

Идеология современного этапа развития отечественного здравоохранения выражается в концепции повышения качества медицинской

помощи населению. В этой связи переосмысливаются основные цели профессиональной подготовки специалистов медицинского профиля. Среди медицинских работников самой многочисленной категорией являются медицинские сестры. Они несут свою профессиональную службу в поликлиниках, амбулаториях, больницах, родильных домах, как самостоятельные и ответственные специалисты работают и в небольших медицинских учреждениях. Профессиональное специальное образование они получают в средних заведениях.

Качество профессиональной подготовки специалистов со средним медицинским образованием, их конкурентоспособность и профессиональная мобильность в значительной степени определяются как содержанием среднего медицинского **образования, так и содержанием профессионального образования в рамках системы повышения квалификации.** Лечебно-профилактические учреждения желают получить специалистов не с определенным запасом знаний и умений, а специалистов компетентных со способностью действовать в различных проблемных ситуациях [2, с. 22-23].

Постоянное увеличение информационной составляющей современного медицинского «производства» коренным образом изменило содержание деятельности, для которой достаточным условием было получение определенной профессиональной квалификации. Как показывает практика, базовое среднее медицинское образование не может в полной мере обеспечить должного уровня профессиональной подготовки для выполнения задач в условиях узкой специализации работников среднего звена в медицине. Система постдипломного образования среднего медицинского персонала встроена в общую концепцию непрерывного образования, по нормативным требованиям и по содержанию определяется как система повышения квалификации. Повышение квалификации со стороны деятельности ее субъекта носит рефлексивный характер, отражающий содержание отношения субъекта к осуществляемой им практической активности. Деятельность, в основе которой лежит усилие, направленное на изменение, смену некоторых структур мышления и деятельности, и называется квалификацией, а изменение ее масштаба и глубины – повышением квалификации [8].

Эффективность профессиональной деятельности среднего медицинского персонала определяется потенциалом последипломной подготовки (повышения квалификации), основная задача которой состоит в подготовке современного

специалиста, готового к самостоятельной работе. В настоящее время существует достаточное количество работ, посвященных необходимости научно-обоснованного отбора содержания и технологий проведения курсов повышения квалификации в системе дополнительного образования среднего медицинского персонала [16, с. 114-117]. На наш взгляд, следует говорить о необходимости создания в системе дополнительного профессионального образования среднего медицинского персонала технологий, способствующих развитию способностей к анализу, навыкам управления информацией, решению проблем и принятию решений на основе профессиональных знаний. Система повышения квалификации перестает быть определенной стадией, отражающей нормативные требования существования в профессии. Компетентностный подход становится инструментом профессиональной социализации медицинских работников. По нашему мнению, его базовыми постулатами являются: личностная направленность образования, опора на интересы и потребности слушателей, ориентация на саморазвитие личности. Е.В. Жукова считает, что благодаря компетентностному подходу в образовании формируется новый стиль профессионального поведения [7, с. 106-109].

Компетентностный подход, реализуемый в системе повышения квалификации среднего медицинского персонала, обеспечивает формирование ряда компетенций. С.И. Жуйкова определяет компетенции как способность осуществлять какую-либо деятельность – как привычную, так и новую – на основе органического единства знаний, умений, опыта, отношений. Под отношениями при этом понимаются отношения к объекту и предметам деятельности, отношения между субъектами деятельности, а также отношение специалиста к самому себе, своему личному и профессиональному развитию и карьере. Опыт становится то жизненное и профессиональное содержание, которое осмыслено и проработано человеком и стало частью его внутреннего мира [7, с. 106-109].

Согласно Д.Д. Доржиеву и Э.А. Бадмацыреновой профессиональные сестринские компетенции включают в себя:

- 1) ценностное отношение к проблемам пациентов (знание основных постулатов здорового образа жизни, моральных, нравственных и этических норм, правил и приемов профессионального общения, межличностных отношений);
- 2) профилактическую направленность в труде медицинского работника (умение находить нужную, постоянно обновляющуюся информацию, анализировать ее, выбирать главное, не-

обходимое данному пациенту и др.); диагностический поиск требует развития познавательных (сбор анамнезов жизни, болезни), коммуникативных (умение общаться с больными и их родственниками), информационных (получение, анализ, хранение, сопоставление и корреляции физиологических и морфологических показателей) и другого рода компетенций; комплекс лечебных, реабилитационных и восстановительных мероприятий, вопросы ухода за больными, проблемы паллиативной медицины [5, с. 26].

Некоторые авторы указывают на то, что помимо нозологической направленности профессиональные медицинские компетенции должны отражать специфику медицинской дисциплины (терапия, хирургия, акушерство, гинекология, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело, сестринское дело, целый ряд узких специальностей) [19, с. 20-22].

Эффективность реализации компетентностного подхода в системе постдипломного образования средних медицинских работников зависит от многих факторов. Первый фактор состоит в том, что ее слушателями являются дипломированные специалисты, большая часть из которых получила профессиональное образование до начала реформы здравоохранения и сестринского дела. Кроме того, имеющийся запас знаний и практического опыта, определяют индивидуальный сложившийся стиль и методы профессиональной деятельности. Наличие жизненного и профессионального опыта не всегда можно расценивать как положительный фактор. За годы трудовой деятельности у многих специалистов складываются устаревшие профессиональные стереотипы и установки, что становится существенным отрицательным фактором и психологическим барьером к овладению новыми знаниями, умениями и навыками, которые необходимо преодолеть в процессе прохождения циклов повышения квалификации. Таким образом, они нуждаются в таком повышении квалификации, которое обеспечит «перестройку» мышления, обучит новым технологиям сестринской практики и оказанию квалифицированной помощи [20, с. 77-80]. Второй фактор носит «гендерный» характер и заключается в том, что более 80% средних медицинских работников – женщины, что и определяет недостаток времени для учебы, связанный с воспитанием детей, иными семейными обстоятельствами [18, с. 129-136].

Третий фактор связан с отношением самих слушателей к курсам повышения квалификации. Этот фактор связан с возрастными характеристиками слушателей курсов повышения квалификации. В этой связи рядом авторов отмечается низ-

кая мотивация к обучению, которая объясняется феноменом «психологического гомеостаза» – т.е. тенденцией личности сохранить свой статус-кво при любых изменениях внешней среды. При этом, чем старше возраст, тем ниже мотивация к обучению. С возрастом снижается уровень познавательных умений, появляются трудности в восприятии нового материала, которые сочетаются с наличием у слушателей собственных индивидуальных информационных запросов. При этом, чем уже профессиональная деятельность обучаемого, тем меньше его потребность в общеобразовательных и общемедицинских знаниях, которые, тем не менее, во многом определяют высокопрофессионального специалиста. Специалисты считают, что взрослых к обучению побуждают четыре основные причины: поиск на какой-то вопрос; получение пользы от своего обучения; удовольствие от процесса учебы; встреча с людьми, имеющими сходные интересы [21, с. 36-38].

Выявление отношения среднего медицинского персонала к системе постдипломного образования стало целью исследования, проведенного в г. Камышин среди работников ЛПУ города. Исследование проводилось методом анкетного опроса, в котором приняли участие 395 работников среднего медицинского звена. В структуре опрошенных преобладали специалисты, работающие в должности палатной медицинской сестры (42%), фельдшера (16%) и участковой медицинской сестры (13%). Большинство респондентов имеют базовый уровень среднего медицинского образования (88%); 33% опрошенных имеют первую квалификационную категорию, 23% – высшую квалификационную категорию, у 32% нет категории.

Как выяснилось в ходе исследования, большинство слушателей постдипломное обучение воспринимают положительно, что выражается в 76% положительных оценок («4» и «5»). Тем не менее, каждый четвертый опрошенный охарактеризовал свое отношение к курсам повышения квалификации как отрицательное или нейтральное (24%), что обуславливает необходимость выявления факторов непривлекательности данного вида обучения. Для понимания причин, стимулирующих средний медицинский персонал к прохождению курсов повышения квалификации необходимо уточнение понятия мотивации как внутреннего побуждения человека к совершению тех или иных действий. Мотивация (лат. *movere* – приводить в движение, толкать) – это побуждения, вызывающие активность организма и определяющие ее направленность [15, с. 147].

От мотивации к обучению во многом зависит эффективность всей учебной деятельности,

а значит и последующая направленность поведения. В ходе исследования было выяснено, что большинство мотивов, побуждающих средний медицинский персонал проходить курсы повышения квалификации, в целом можно охарактеризовать как внешние, когда повышение квалификации становится средством для достижения более высоких целей (создание положительного профессионального имиджа, поддержание конкурентоспособности, повышение результативности и стабилизации психологических взаимоотношений) [4, с. 133].

Одними из основных причин, влияющих на решение пройти курсы повышения квалификации были названы: необходимость получения сертификата на право работы по специальности (21%); полезность курсов повышения квалификации для повышения качества собственной работы (20%); желание быть нужным и востребованным с новыми знаниями (18%); желание освоить современные сестринские медицинские технологии (16%). Менее распространенными причинами являются желание улучшить уровень своего материального благосостояния после прохождения курсов и развитие коммуникативной компетентности в отношениях с коллегами.

Возможность работать на новом профессиональном уровне как значимый результат прохождения курсов повышения квалификации отметили для себя 80% респондентов. Это обосновывает компенсаторную и адаптационную функцию постдипломного образования. Компенсаторная функция предоставляет медицинским работникам среднего звена возможность восполнить пробелы в своих профессиональных знаниях, актуализировать имеющиеся знания и умения, повысить уровень информированности и образованности, основываясь на современном медицинском опыте. Адаптационная – содействует приобщению медицинских работников к постоянно меняющейся медицинской среде [4, с. 133].

Стремление к повышению и поддержанию высокого профессионального уровня в условиях постоянного развития науки и техники является предпосылкой общего изменения отношения к системе повышения квалификации у слушателей. Так, 74% респондентов утверждают, что за последние годы отношение к курсам повышения квалификации у участников образовательного процесса изменилось в лучшую сторону, что связано не только со стремлением повысить свой профессиональный уровень, но и сохранить имидж специалиста, обладающего знаниями современных тенденций в медицине, науке и технике. В данном случае система постдипломного образования решает пробле-

мы морального устарения базовых знаний, полученных работниками в процессе первичного обучения, за счет способности быстро реагировать на меняющиеся социально-экономические и технико-технологические условия, а также непосредственной двусторонней связи с практикой [14, с. 211].

Помимо определения мотивов, побуждающих средний медицинский персонал к прохождению курсов повышения квалификации, не менее важным является изучение уровня эмоционального восприятия системы постдипломного образования, поскольку эмоциональная основа для любых действий человека, и в особенности для реализации целей и намерений, является самым существенным «топливом», без которого все начинания человека разбиваются о первые же препятствия [1].

В ходе исследования выяснено, что медицинские работники, думая о необходимости проходить очередной цикл повышения квалификации, чаще всего испытывают приятные, положительные эмоции (70%), прежде всего за счет возможности повысить уровень своих профессиональных знаний (44%) и получить новую специальность (18%). Выделенная категория ценностей свидетельствует о том, что работники среднего медицинского звена демонстрируют стремление и способность к повышению своей профессиональной компетентности. Это, по мнению ряда исследователей, позволяет повысить конкурентоспособность данной категории работников за счет способности к переобучению, ибо только люди, способные переобучаться 7-8 раз в течение своей жизни, эффективны и конкурентно способны на рынке труда [4, с. 147].

Особой проблемой является кадровое обеспечение учебного процесса. К педагогу, работающему с взрослой аудиторией в системе повышения квалификации, предъявляются особые требования. С одной стороны, он должен быть высококвалифицированным специалистом-практиком, т.к. слушатель должен приобрести новые знания у людей, чья квалификация в данной области профессиональной деятельности должна быть выше, чем у него. С другой стороны, преподаватель должен уметь донести свои знания до взрослой аудитории, т.е. являться профессиональным андрагогом [18, с. 129-136].

Особенностью преподавательского коллектива колледжа является учебно-педагогический состав. К преподаванию привлекаются не только высококвалифицированные, эрудированные штатные специалисты, но и ведущие специалисты практического здравоохранения, которые настроены на нелегкий труд – орга-

низацию обучения взрослых сложившихся в личностном и профессиональном плане людей, обладающих жизненным и профессиональным опытом [12, с. 201-203].

Проблемами медицинского колледжа в области кадрового обучения, как и всех учреждений среднего профессионального образования в целом, являются: отсутствие педагогического образования у значительной части преподавателей, преподающих специальные дисциплины [9, с. 150-151]. В настоящее время в большинстве стран мира, в том числе и в России, преподаватели не имеют специальной андрагогической подготовки. Это работники высших и средних специальных учебных заведений, с педагогическим или с другим высшим образованием либо практики, не имеющие специальной преподавательской квалификации (почасовики) [17, с. 61-68]. Для организации обучения, консультирования, руководства деятельностью взрослых на принципах андрагогики нужны специалисты. В настоящее время каждый, кто выполняет те или иные функции в работе со взрослыми людьми, обязан быть андрагогом.

Врачебный подход часто мешает. Проходит достаточно долгое время, чтобы перестроить мышление с врачебного, диагностического на сестринское мышление. Медсестре не нужны знания особенностей лечения, ей нужны знания особенностей ухода. Однозначно, что только медицинская сестра со стажем и опытом преподавания может преподавать уход за больным. Хотя, врачи, как отмечает И.В. Глотова, имеют более высокий уровень теоретической подготовки и могут лучше изложить учебный материал [3, с. 9-12].

В связи с изменившимися требованиями к качеству подготовки специалистов среднего звена возрастают требования к профессиональной компетентности преподавателей медицинских училищ, колледжей и отделений повышения квалификации и результативности их деятельности [17, с. 61-68].

Качественно новую модель специалиста в этой сфере, востребованную субъектами образования, потребителями образовательных услуг и современным обществом, позволит осуществить внедрение компетентностного подхода в системе повышения квалификации. Кроме того, компетентностная модель преподавателя медицинского колледжа, очевидно, должна быть динамичной, то есть периодически корректироваться, отражая развитие отдельных наук и различных областей знания. Она может давать лишь общие контуры для требований к подготовке специалиста, отражая главным образом необходимые тенденции,

помогая при решении вопросов построения учебного процесса. Другим не менее важным вопросом реализации компетентного подхода в подготовке педагогических кадров для системы повышения квалификации среднего медицинского персонала является более точное определение «номенклатуры» значимых в профессиональном плане педагогических знаний и умений. На этой основе появится возможность наиболее точно определить ориентиры в конструировании содержания специальной подготовки педагогических кадров.

Приоритетные задачи современного преподавателя системы повышения квалификации среднего медицинского персонала, ориентированного на реализацию компетентного подхода, состоят в: мотивации специалистов на инициативу и самостоятельность; организации самостоятельного функционирования специалистов; создании условий «развивающей среды» для выработки специалистами необходимых компетенций; привитии специалистам правил, что ведет к ответственности и свободе действий; ориентации специалистов на поиск и анализ собственных ошибок (обратная связь); коррекции действий специалистов в процессе реализации поставленных задач и т.п. [19, с. 20-21].

Активность, инициативность, взаимодействие, продуктивность или, наоборот, ничегонеделание оцениваются педагогом в процессе освоения тех или иных компетенций и по результатам решения проблемных ситуаций. И в том, и в другом случае преподаватель обязан выступать в качестве эксперта. Для реализации экспертных функций преподаватель должен владеть методологией компетентного подхода, включающей в себя:

- 1) формирование содержания и разработку оценочных критериев компетенций;
- 2) разработанную систему индикаторов уровня сформированности необходимых компетенций;
- 3) наличие банка проблемных заданий.

Внедрение компетентного подхода некоторые педагоги рассматривают как революционные преобразования, отвергающие все прежние принципы и достижения. Это неверно. Компетентностные составляющие базируются на известных ЗУНах (знаниях, умениях и навыках), и их применение является эволюционным (поступательным) развитием российского образования [19, с. 20-21].

Новый подход помогает создать ощущение успешности у каждого слушателя благодаря такой организации учебного процесса, когда он может и должен в процессе взаимодействия со всеми субъектами образовательного процесса,

самостоятельно управлять своим обучением. Это способствует формированию ответственности за овладение знаниями, а в дальнейшем – за собственный профессиональный рост и карьеру. Таким образом, слушатель будет удовлетворен полученным образованием, сможет совершенствовать его в течение жизни, реагируя на изменения на рынке труда [6, с. 20-21].

Для развития существующей системы дополнительного образования среднего медицинского персонала в контексте компетентной парадигмы модернизации образовательного процесса ее руководителям необходимо научиться формулировать результаты и последствия образовательного процесса не только на привычном языке предметных знаний, но и на языке профессионального развития обучающихся, их потребностей, вклада в социально-экономическое развитие сестринской практики.

Список литературы

1. Алексеевский В.С. Мотивация и самомотивация к обучению. – <http://www.elitarium.ru/index.php?pid=93&id=3271>).
2. Артемьев В.Н. Как подготовить компетентного специалиста // Сестринское дело. – 2010. – № 4. – С. 22–23.
3. Глотова И.Г., Стрельникова А.Н. Какие знания нужны медсестре // Сестринское дело. – 2000. – №1. – С. 9–12.
4. Дидактика и компетентность в профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза и колледжа: Руководство для преподавателей / под ред. М.Г. Романцова, М.Ю. Ледванова, Т.В. Сологуб. – М.: Академия Естествознания, 2010. – С. 133.
5. Доржиев Д.Д., Бадмацыренова Э.А. Компетентный – значит соответствующий // Сестринское дело. – 2008. – № 1. – С. 26.
6. Жуйкова С.И. Модульное обучение и профессиональная компетенция // Сестринское дело. – 2010. – № 2. – С. 20–21.
7. Жукова Е.В., Погорелова И.Г., Калягин А.Н. Формирование компетенций в образовании медицинских сестер // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 77, № 2. – С. 106–109.
8. Концепция института повышения квалификации как центра развития образовательных практик. – Минск: ИПК. 1995. – (<http://charko.narod.ru/tekst/konc/ipk.htm>)
9. Купчева Л.А. Непрерывное совершенствование профессионального мастерства преподавателя – необходимое условие повышения качества подготовки специалистов: материалы III Всероссийского съезда. Часть 3. – Екатеринбург, 2009. – 324 с. (С. 150–151.)

10. Лебедев О.Е. Компетентностный подход в образовании // Школьные технологии. – 2004. – № 5. – С. 3–12.

11. Махлин М. Д. Образование взрослых и проблема цивилизованности // Новые знания. – 1998. – № 1. – С. 4–6.

12. Михайлева Е.А. Гудилина С.А. Последипломная подготовка специалистов со средним медицинским образованием как средство улучшения качества медицинской помощи // Материалы III Всероссийского съезда. Часть 3. – Екатеринбург, 2009. – 324 с. (Стр. 201-203).

13. Новиков А.М. Российское образование в новой эпохе / Парадоксы наследия, векторы развития. – М.: Эгвес, 2002. – С. 211.

14. Пичугина Е.В. Андрагогика – наука об обучении взрослых // Медицинская сестра. – 2009. – № 8. – С. 34–35.

15. Психология личности: учебник / под ред. А.Г. Асмолова. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – С. 147.

16. Разгонова Г.Н., Быстрыкова Л.Л. Дополнительное профессиональное образование на современном этапе и его роль в подготовке конкурентоспособных специалистов // Материалы III Всероссийского съезда. Часть 3. – Екатеринбург, 2009. – 324 с. (С. 114-117).

17. Рогова Л.С., Козлова Л.Б., Липаева А.А. Андрагогическая модель обучения и её применение при повышении квалификации средних медицинских и фармацевтических работников // Главная медицинская сестра. – 2000. – №4. – С. 61–68.

18. Сабирьянов С.Б. О последипломной подготовке специалистов по индивидуальной траектории обучения // Сестринское дело. – 2005. – № 11. – С. 129–136.

19. Смирнов В.П. О компетентностном подходе в образовании // Сестринское дело. – 2008. – № 6. – С. 20–22.

20. Сухотерин В.Г., Кутепова Г.П. Опыт работы отделения последипломной подготовки в повышении уровня знаний средних медицинских работников. // Главная медицинская сестра. – 2006. – № 2. – С. 77–80.

21. Тарасова И.В. Мировой опят реализации компетентностного подхода в профессиональном образовании // Среднее профессиональное образование. – 2007. – №32. – С. 36–38.

22. Федотова О.Г. Роль дополнительного образования в подготовке медицинских сестер нового поколения // Сестринское дело. – 2006. – № 7. – С. 25–26.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИНОПАТИЙ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Волкова Л.В.

*Кафедра патологической анатомии,
Курский государственный медицинский
университет, Курск,
e-mail: volkova-lr@ramber.ru*

Цель работы – проведение ретроспективного патогистологического исследования эндокринопатий при неразвивающейся беременности (НБ) на сроках 3-12 недель гестации. Изучено 40 случаев НБ по соскобам из полости матки, фиксированным в формалине и окрашенным гематоксилином и эозином по стандартной методике (Курское ОПАБ, 2009-2010 гг.). Учитывали степень децидуализации эндометрия по соотношению предецидуальных клеток, промежуточных и зрелых децидуоцитов, а также – выраженность гравидарной трансформации желез спонгиозного слоя в сочетании с другими структурными изменениями decidua parietalis, decidua basalis и хориального компонента.

Результаты исследования

Более чем в 90% НБ диагностирована на сроках 4-9 недель гестации у женщин возрастной категории 21-30 лет (71,4%), в 35,7% случаев имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. В 42,5% (17 случаев) соскобов эндометрия преобладающими были структурные проявления, характерные для эндокринопатий, варьирующие по степени выраженности от умеренных до значительных. Сочетанные структурные изменения в виде неполноценной децидуализации и гравидарной трансформации желез спонгиозного слоя эндометрия диагностированы у 22,5% женщин. Преобладание изолированных нарушений децидуализации, свидетельствующих о недостаточности лютеиновой фазы и/или рецепторного аппарата эндометрия, выявлено в 20% случаев. В 53% всех эндокринопатий наблюдались также следующие патоморфологические изменения:

1) патология маточно-плацентарной области в виде тонкого слоя фибриноида и слабой поверхностной цитотрофобластической инвазии (41%);

2) ранняя остановка развития ворсин хориона (24%) и нарушения васкулогенеза (35%), вторичные изменения ворсин (18%) и проявления виллусита (12%);