



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

Официальное печатное издание
ГБУ РО «Городская клиническая больница №8»



Выпуск №22, июнь 2017

ПРИМИТЕ ПОЗДРАВЛЕНИЯ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРАЗДНИКОМ!

СОДЕРЖАНИЕ

Рвота беременных: современный взгляд на вопросы патогенеза и лечения	2
Рак вульвы	4
Малыш, приём, как слышно?	7
Добродея Мстиславна	8
Первенцев Михаил Георгиевич	9
Православие и медицина	10
Дети и компьютер	13
Трансплантация матки	14
Берегите наше будущее	16
Кадом	18
Страница юмора	24
История становления и деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы в Скопинском районе Рязанской области	26



Привычно всё! Знакомо с давних пор!
Шкафы, кушетки, запах специфичный,
Больницы длинный коридор,
Пост медсестры, такой для всех обычный.

Здесь жизнь своя, смешались день и ночь,
Дежурство трудным иногда бывает:
Врач и сестра опять спешат помочь —
Здоровье, жизни людям возвращают.

И чье-то сердце ровно застучит,
Другому вновь облегчится дыхание,
А кто-то всю палату удивит
Из небытия придя в сознание.

И врач присядет, глубоко вздохнув
Когда «тяжелый» вдруг зашевелится,
И влажными ресницами моргнув
Попросит тихо дать воды напиться.

Нелегкий труд выхаживать больных,
Гораздо проще песни петь с эстрады,
Цветы, дипломы, слава — у одних,
Другие — же простой улыбке рады.

Но верю я — судьба не обойдет...
Врачи и сёстры — к вам придет известность,
И вам с эстрады кто-то запоет
Про ваши руки, сердце, человечность!

<http://www.zdorovo-vsem.ru>

Уважаемые коллеги! Примите мои поздравления с профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Праздник бывает один раз в год и, хотя он традиционно отмечается в третье воскресенье июля — все равно мы подводим итоги за прошедший, пусть не календарный год. И эти итоги для нас с Вами должны быть неплохими.

Мы продолжили интенсивно развиваться, осваивать новые технологии и оборудование, мы приобрели дополнительные знания, выполняли ремонт помещений, благоустраивали нашу больницу. Да, сейчас наша страна переживает экономический кризис, и это не может не сказываться на состоянии нашего учреждения, на благосостоянии тех, кто стоит на страже самого дорогого, что у нас есть — здоровья нашего народа. Но, несмотря на трудности, коллектив клиники успешно справляется с поставленными задачами. И хотя наш труд тяжел, подавляющее большинство нас приходит на работу с радостью, с праздником в душе, а не отбывать тяжелую повинность.

К нам постоянно приходит молодое пополнение, как врачебного, так и сестринского звена, что говорит о престижности и значимости нашей профессии и нашего учреждения. Творчески и с энтузиазмом работают наши общественные органы: Совет ветеранов, Профсоюзная организация, вокальная группа и другие. Мы все больше объединяемся вокруг одной цели: сделать нашу больницу лучше, современной, более доброжелательной к пациенту.

Конечно, праздник принесет дополнительный позитив. Будут праздничные мероприятия, будут поздравления, награждения, будет интересная поездка. Постараемся, чтобы праздник наполнился нам всем и оставил надолго положительные эмоции.

В этот праздничный день, как и всегда, теплых слов и благодарности заслуживают все, без исключения сотрудники клиники, без кого невозможно представить её работу: врачи, работники кафедры акушерства и гинекологии, ординаторы, интерны, ветераны здравоохранения, медицинские сёстры, санитарки, административные сотрудники, сотрудники бухгалтерско-экономической и хозяйственной служб, вспомогательный персонал. Всех Вас я поздравляю с профессиональным праздником и желаю Вам, Вашим семьям, Вашим пациентам крепкого здоровья, безграничных жизненных возможностей, семейного уюта, заслуженного уважения коллег и общества! Желаю Вам — любви близких, уверенного дружеского плеча коллег рядом. Хочу пожелать ВАМ не терять оптимизма, несмотря на все сложности нашей работы, получать удовлетворение от результатов своего труда, пусть он приносит Вам не эмоциональное выгорание, а только эмоциональное приобретение!

Главный врач **А. И. Милов**

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Рвота беременных (РБ) может наблюдаться на любом сроке и отмечается у 80 % женщин. Выраженная РБ, известная как *hyperemesis gravidarum*, встречается нечасто (*лишь в 0,2–3,6 % случаев*), однако ведет к «дегидратации организма, электролитным, кислотно-щелочным нарушениям и сопровождается снижением массы тела более чем на 5 %».

Эпидемиология

К сожалению, широкая встречаемость РБ и в целом ряде случаев относительно благополучное течение беременности сформировали не только у акушеров-гинекологов, но и у терапевтов как у врачей, чаще всего лечащих этих пациенток, легкое отношение к РБ.

Тем не менее в ряде случаев это осложнение беременности сопровождается угрозой отслойки хориона и плаценты, тяжелыми неврологическими осложнениями, увеличением процента преждевременных родов, задержкой роста плода и т. д., а у матери — разрывом пищевода, пневмотораксом, рвотой, кровоизлиянием в сетчатку и др., и число таких публикаций все время растет.

Популяционное когортное исследование, проведенное шведскими авторами с 1997 по 2009 гг. и включившее в себя более 1 млн беременных, выявило, что при развитии выраженной РБ во II триместре в 2 раза возрастает частота преэклампсии, в 3 раза — риск отслойки плаценты и на 39 % — риск развития синдрома задержки роста плода.

Считается, что обезвоживание вследствие РБ ведет к тяжелым электролитным расстройствам, прежде всего гипокалиемии, и метаболическому алкалозу вследствие потери из-за рвоты значительного объема желудочного сока. Однако анализ литературных данных и собственные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что патогенез РБ может быть значительно более сложным. Необходимо отметить, что в Великобритании не существует национальных рекомендаций по лечению этой патологии, а в США рекомендуются к применению антигистаминные, антихолинергические препараты и пиридоксин (*витамин В6*) (*уровень доказательности В*).

Этиология и патогенез

Патогенез заболевания связывают с увеличением выработки человеческого хорионального гонадотропина в I триместре (ХГЧ), что, в свою очередь, вызывает рост содержания гормонов щитовидной железы и эстрадиола. Одна из субъединиц ХГЧ характеризуется структурным подобием с гликопротеином тиреотропного гормона (ТТГ), и при высокой концентрации первого могут активироваться ТТГ-рецепторы. Считается, что гестационный гипертиреозидизм является временным феноменом и исчезает, когда уровень ХГЧ снижается



во II триместре. Однако это теория не объясняет сохраняющуюся РБ во II и тем более, в III триместре.

Высокое содержание ХГЧ во II триместре может быть причиной абдоминальной плацентации. Так, ряд авторов обнаруживают функциональные плацентарные нарушения, которые могут быть связаны со РБ.

В патогенезе определенную роль отводят *Helicobacter pylori*, а эрадикация может быть эффективна в уменьшении симптомов РБ, однако значение этого фактора сильно зависит от обследованного контингента и страны.

Таким образом, «триггерным» фактором тяжелой формы заболевания, по-видимому, является высокий уровень эстрогена. При нормально протекающей беременности эта концентрация эстрогена вызывает умеренную активацию ренин-альдостероновой системы, основным проявлением которой является задержка жидкости, необходимая для поддержания увеличения объема циркулирующей крови.

Среди факторов риска РБ рассматривают молодой возраст, первую беременность, низкий socioeconomic статус, сахарный диабет, артериальную гипертензию, курение, употребление алкоголя, ЭКО, женский пол плода и многоплодную беременность, психическое состояние женщины и др. Множественность факторов риска также свидетельствует о неясности патогенеза страдания.

РБ тяжелого течения приводит не только к выраженной потере массы тела, но и к явлениям печеночно-почечной недостаточности, метаболическому алкалозу, жизнеопасным гипокалиемии и гипомagneмией, а также снижению содержания витамина В1. Сходные изменения возникают не только у плода, но и у новорожденного. По-видимому, именно они являются причиной антенатальной гибели.

Метаанализ, представленный M. V. Veenendaal et al. (2011), а также единичные работы выявили ухудшение перинатальных исходов у женщин со РБ. У 1 % беременных с этой патологией отмечаются неблагоприятные исходы в отношении не только плода, но и матери. При выраженной РБ к смерти женщины ведут органические поражения, проявляющиеся олигурией и снижением печеночной функции.

В отмеченных наблюдениях и в современной литературе метаболический алкалоз носил характер значительного и длительного, сохранялся в отсутствие рвоты и на фоне нормализации уровня калия в сыворотке крови. На этом основании высказывается обоснованное мнение о формировании у беременных с тяжелой рвотой явлений, сходных с таковыми при синдроме Бартера (*наследственный или приобретенный высокорениновый альдостеронизм с гипокалиемическим алкалозом*).

Метаболический алкалоз, а также дефицит иона магния обуславливают ряд неврологических симптомов, психоэмоциональных расстройств и психиатрических нарушений (*депрессия, галлюцинации, быстрые изменения настроения и др.*), встретившихся в наблюдениях. Так, страхи и депрессия при тяжелом течении заболевания отмечаются в 47 % и 48 % случаев соответственно.

Дефицит магния приводит к дестабилизации клеточной мембраны, прежде всего нервных волокон и клеток миокарда. К клиническим симптомам, связанным с недостаточностью магния, относят: состояния беспокойства, нарушения сна, депрессию, падение слуха, шумы в ушах, головокружение, нервно-мышечные нарушения, спазмофилию, мышечные судороги, мигрень.

Лечение

До настоящего времени отсутствуют согласованные рекомендации по необходимости стационарного лечения этих пациенток. F. P. McCarthy et al. (2014) показали, что лечение в условиях дневного стационара позволяет уменьшить необходимость стационарного лечения без ухудшения самочувствия беременных. При развитии обезвоживания госпитализация обязательна, а РБ является наиболее частой причиной стационарного лечения беременных в первую половину гестации.

До начала лечения проводится дифференциальная диагностика с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (*гепатит, панкреатит, заболевания желчевыводящих путей*), пиелонефритом и метаболическими нарушениями (*диабетический кетоацидоз, порфирия, болезнь Аддисона*).

По данным метаанализа и системных обзоров, уровень кетонурии может свидетельствовать о выраженности РБ (*в 65 % это осложнение сопровождается кетонурией*), хотя это утверждение поддерживается не всеми авторами.

Некоторый эффект может оказать коррекция диеты с использованием имбиря, ромашки, масла лимона, масла мяты и ряда антиэмических препаратов (*метоклопрамид*), рекомендованных к использованию со II триместра беременности. Возможно применение серотонинергического препарата ондасетрон, не оказывающего тератогенного действия, что было доказано в ретроспективном когортном исследовании, результаты которого были опубликованы в 2016 г. Авторы выявили, что у беременных, получавших этот препарат, реже отмечались выкидыши и прерывание беременности, а также увеличивалось число живорождений.

Основами эффективности терапии являются коррекция электролитных расстройств, алкалоза, дегидратации, а также профилактика неврологических осложнений.

V. Jaspers et al. (1990) в рандомизированном двойном исследовании показали, что присоединение к терапии препарата, содержащего 15 ммоль аспартата магния, позволяет снизить частоту преждевременных родов и приводит к более высокому уровню эстриола с 33 до 36 нед. беременности. При возможности перорального приема препаратов высокая суточная потребность в ионе магния достигается назначением Магнерота в дозировке по 2 таблетки 3 р./сут на первой неделе, затем по 1 таблетке 3 р./сут. Следует отметить,

что препарат Магнерот имеет в своем составе оротовую кислоту, способствующую проникновению магния в клетку. Необходим ежедневный контроль состояния больной с оценкой содержания электролитов в крови и кислотно-щелочного баланса. При стабилизации состояния и основных показателей метаболизма возможно амбулаторное наблюдение или лечение в «стационаре одного дня» при условии — в случае ухудшения объективных показателей — быстрой смены тактики.

Тяжелая РБ требует массивной инфузионной терапии до 6 л физиологического раствора, препаратов калия и 3 л раствора Рингера в первые 12 ч. При стабилизации состояния и тенденции к нормализации основных показателей метаболизма объем вводимых растворов может быть уменьшен до 2 л/сут. P. C. Tan et al. (2013) считают, что дополнительное в/в длительное использование 5 % глюкозы по сравнению с физиологическим раствором не дает преимуществ в плане уменьшения кетонурии, выраженности рвоты, электролитных расстройств и длительности госпитализации. До введения глюкозы рекомендуется использование тиамина, что позволяет снизить материнскую заболеваемость и частоту потери плода.

По-видимому, перспективным может быть использование препаратов, тормозящих выработку альдостерона и задерживающих калий в организме, прежде всего амилорида, широко использующегося у беременных с синдромом Бартера, а также индометацина, косвенно тормозящего образование ренина и альдостерона.

Заключение

Таким образом, патогенез РБ носит, по-видимому, сложный и многоступенчатый характер. Если в I триместре можно предположить развитие ХГЧ-стимулированного гипертиреозидизма, то в дальнейшем продолжающаяся рвота и гипокалиемия формируют состояние гиперальдостеронизма и метаболического алкалоза, замыкающих порочный круг страдания. Тяжелая РБ с вышеописанным патогенезом является осложнением, обуславливающим неблагоприятные перинатальные исходы, антенатальную гибель и высокую материнскую заболеваемость. Лечение тяжелых форм РБ должно обязательно проводиться в стационаре и включать массивные инфузионные введения, терапию электролитными растворами, коррекцию алкалоза, а также заместительную терапию с использованием препаратов магния. При достижении относительной ремиссии и возможности перорального приема препаратов пациенток переводят на прием препарата Магнерот.

Необходимо учитывать, что длительная парентеральная терапия не является абсолютно безопасной. Ретроспективный анализ состояния 166 пациенток со РБ, получавших в 16,3 % случаев парентеральную терапию, выявил существенное увеличение количества серьезных осложнений (*сепсис, инфекционный эндокардит, тромбофлебит и др.*).

Подготовили **Маркин, Абдурахманова**
по материалам статьи: Мравян С. Р.,

Петрухин В. А. (ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»): «Терапевтический нигилизм», патогенез и исходы рвоты беременных», опубликованной в РМЖ 2016, № 15.

РАК ВУЛЬВЫ

Рак вульвы — одна из редких злокачественных опухолей женских половых органов. Заболеваемость составляет 2–3 на 100 тыс. женщин, при небольших колебаниях в зависимости от географических особенностей. Смертность от рака вульвы не превышает 0,5 на 100 тыс. населения. Рак вульвы поддается лечению, если выявляется на ранних стадиях. К сожалению, во многих странах, в том числе и в России, несмотря на наружную локализацию опухоли, диагноз устанавливают уже при распространенном процессе (*III, IV стадии*). Рак вульвы — это болезнь женщин пожилого и старческого возраста: 80 % инвазивного рака вульвы диагностируется у женщин старше 55 лет, в том числе 30 % — в возрасте старше 75 лет.

Нозологическая группа — МКБ 10

- C51 Злокачественное новообразование вульвы
- C51.0 Большой срамной губы
- C51.1 Малой срамной губы
- C51.2 Клитора
- C51.8 Поражение вульвы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C51.9 Вульвы неуточнённой части

Факторы риска:

- Пожилой возраст (*от 70 лет*), в последнее время в группу риска попадают женщины в возрасте от 50 лет;
- Хроническое инфицирование папилломавирусом человека;
- Плоскоклеточная гиперплазия и склерозирующий лишай;
- Интраэпителиальная неоплазия вульвы;
- Ожирение;
- Курение;
- Сахарный диабет;
- Частая смена половых партнёров;
- Меланома или атипичные невусы на коже вне вульвы, передаются по наследству и повышают риск развития рака вульвы;
- Рак гениталий другой локализации;
- Низкий социально-экономический статус;
- Артериальная гипертензия.

Локализация:

- первое место по частоте локализации занимает рак больших половых губ и клитора;
- второе — малых половых губ;
- третье — бартолиновых желез и мочеиспускательного канала.

Формы:

- экзофитная форма — раковая опухоль имеет вид узелка, возвышающегося над поверхностью;
- эндофитная — с образованием кратерообразной язвы с плотными краями;
- диффузная — плотный диффузный инфильтрат.



Стадии:

Различают 4 стадии распространения рака вульвы:

I стадия — опухоль диаметром до 2 см, ограничена вульвой;

II стадия — опухоль диаметром более 2 см, ограничена вульвой;

III стадия — опухоль любого размера, распространяющаяся на влагалище и (*или*) на нижнюю треть уретры и (*или*) на анус. Имеются метастазы в пахово-бедренные лимфатические узлы;

IV стадия — опухоль любой степени распространения с отдаленными метастазами.

По гистологическому строению рак вульвы может быть плоскоклеточным ороговевающим (90%), неороговевающим, базальноклеточным, адено-карциномой, меланобластомой.

Рак вульвы характеризуется выраженной злокачественностью вследствие обилия в данной области лимфатических узлов и особого строения лимфатической системы.

Основные направления лимфооттока при раки вульвы.

Из задних отделов — непосредственно в поверхностные паховые лимфоузлы на той же стороне. Из передних отделов — в поверхностные паховые л/у с той же стороны и через пресимфизальное сплетение на противоположную сторону. Из области клитора — во внутри тазовые узлы с обеих сторон через над и под лобковые лимфатические сосуды

Клиника:

При раке вульвы у больных могут быть жалобы на: болезненную опухоль в области промежности, гнойные или кровянистые выделения, раздражение или зуд вульвы.

При прорастании опухоли в подлежащие ткани (*в далеко зашедших стадиях*) присоединяются боли в крестце, затруднение мочеиспускания, кахексия.

Диагностика:

Гинекологическое исследование:

Опухоль может быть в виде бугристого разрастания, кровоточащего при прикосновении, в виде плотного узла, плоской язвы с неровным дном и валикообразными краями или разрастаний типа кондилом. Путем пальпации определяют консистенцию опухоли, ее отношение к подлежащим тканям, распространенность процесса.)

Осмотр с помощью зеркал позволяет оценить состояние слизистой оболочки влагалища и шейки матки, ректовагинальное исследование — выяснить состояние параметральной клетчатки.

Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвлений и мазков, приготовленных из соскобов с подозрительных участков слизистой оболочки.

А так же:

- Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием;
- Кольпоскопия, вульвоскопия (*для правильного выбора места биопсии*);
- Лимфография с целью определения состояния наружных подвздошных лимфатических узлов;
- Цистоскопия;
- Экскреторная урография;
- Ректороманоскопия;
- Рентгенография грудной клетки.

Лечение проводится исключительно в условиях специализированного стационара онкологического профиля.

Выбор метода лечения зависит от стадии процесса, клинической формы, возраста и общего состояния больной. При I–III стадиях заболевания и общем хорошем состоянии больной применяют комбинированный метод лечения: расширенное удаление вульвы и паховых лимфатических узлов. Через 2–3 нед после операции назначают лучевую терапию (*рентгеновскими лучами или радиоактивными изотопами*).

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения совместно с химиотерапией используется у больных с I–III стадиями при противопоказаниях к хирургическому лечению, а также у больных с IV стадией заболевания.

Прогноз:

- При раке вульвы зависит от того, насколько своевременно было начато лечение и насколько правильно оно проводилось.
- Профилактика основывается на своевременном выявлении и адекватном лечении фоновых и предраковых процессов вульвы.

Клинический случай №1:

Пациентка Б, 78 лет госпитализирована в стационар во 2 г/о 25.01.2017 г. с жалобами на боли в области промежности.

Из анамнеза:

- Менструальная функция с 14 лет, по 3 дня, через 28 день. необильные, болезненные.
- Хирургическая менопауза с 1970 г. (*операция Вертгейма по поводу злокачественного заболевания шейки матки*).

- Половая жизнь с 21 лет. Брак 1.
- Родов трое (1960 г., 1967 г., 1970 г.), без осложнений. Абортов 6 без осложнений

У гинеколога наблюдается не регулярно. Считает себя больной с декабря 2016 года, когда поскользнувшись, упала, появились боли в промежности, отек большой половой губы и малой губы слева. Самостоятельно принимала анальгин. Обратилась к гинекологу в коммерческий мед. центр. Направлена на госпитализацию.

Status Gynecologius: Наружные половые органы сформированы правильно. В области левой большой половой губы рваная рана с гнойным отделяемым. Шейка, матка, придатки, своды — не осмотрены из-за болезненности и отека.

Диагноз:

Открытая гнойная рана влагалища и вульвы. Структура верхней трети влагалища. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (*операция Вертгейма по поводу злокачественного заболевания шейки матки 1970 г.*) Лимфостаз левой нижней конечности. Гипертоническая болезнь 2 ст 2 ст р 2 ХСН 1

План:

1. Клинико-лабораторное обследование.
2. Посев из раны на флору и чувствительность к АБ.
3. Лечение раны промежности.

УЗИ 26.01.2017: Объем максимально наполненного мочевого пузыря 160 см. куб, толщина стенки 2,9 мм, однородное содержимое.

Шейка не визуализируется. Тело матки не визуализируется. Яичники: правый не визуализируется, левый не визуализируется. Дополнительных объемных образований в малом тазу не выявлено. Маточные трубы: не визуализируются. Свободная жидкость: в позади-маточном пространстве не определяется.

Обследование:

Общеклиническое лабораторное обследование патологии не выявило. Посев на флору и чувствительность к а/б: Выделенные микроорганизмы: Staphylococcus aureus 10⁶, Eschichia coli 10⁶

Цитологическое исследование от 27.04.2017: Заключение: цитогамма воспаления

Проведен консилиум, на котором выставлен диагноз:

Открытая гнойная рана влагалища и вульвы. Злокачественное заболевание вульвы? Стриктура верхней трети влагалища. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

(*операция Вертгейма по поводу злокачественного заболевания шейки матки 1970 г.*)

Лимфостаз левой нижней конечности.

Гипертоническая болезнь 2 ст 2 ст р 2 ХСН 1

План:

1. Клинико-лабораторное обследование
2. Консультация онколога
3. Противовоспалительная терапия
4. Лечение раны промежности

06.03.2017 консультирована врачом онкогинекологом.

Объективно: в правой паховой области пальпируется увеличенный л/узел 2,5 × 2 см малоподвижный. Слева четко не пальпируется. В области клитора экзофитная опухоль 3,0 × 1,0 см. Большие половые губы также представлены инфильтративной опухолью слева занимающей всю половую губу, справа верхнюю ее половину. Взята биопсия.

Диагноз: Подозрение на С-г вульвы (*St III T2 N M0*)

План: При верификации направить в РОКОД Гистология № 2917 Дифференцированный плоскоклеточный рак.

10.03.2017 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии и направлена в ГБУ РО «ОКОД»

Клинический случай №2

Пациентка Ф., 43 лет, госпитализирована в стационар 07.04.2017

При поступлении предъявляла жалобы на боли в области промежности.

Из анамнеза:

- Менструальная функция с 14 лет, по 3–4 дней, через 28 день. необильные, болезненные. П.М — 20 марта 2017 г. Половая жизнь с 23 лет. Брак 1.
- Роды: 3 (1999 г., 2003 г., 2010 г.), без осложнений
- Аборты 1 на сроке 5–6 недель.
- Гинекологические заболевания: хронический эндометрит.

Гинекологический статус: В области левой большой половой губы имеется образование 5,0 × 5,0 см, болезненное при пальпации, отмечается инфильтрация и отечность тканей. Матка, придатки, своды не осмотрены за счет болезненности образования. Выделения из влагалища светлые

Диагноз: Гематома вульвы? Болевой симптом. Нельзя исключить заболевание вульвы.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. ЖКБ (*холецистэктомия 2013 г.*). Ожирение 2 ст.

План:

1. Клинико-лабораторное обследование.
2. Вскрытие и дренирование образования вульвы.
3. Биопсия капсулы.

07.04.2017 г., в экстренном порядке, выполнено вскрытие и дренирование гематомы вульвы. Взята биопсия капсулы.

Гистология № 4787: В мягких тканях рост адено — плоскоклеточного рака.

14.04.2017 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, направлена в ГБУ РО «ОКОД».

Выводы:

Не смотря на редко встречающуюся локализацию рака в области промежности и вульвы, необходимо постоянное соблюдение правил онкологической настороженности, которые приводят к улучшению отдаленных результатов лечения у данной группы пациенток.

На сегодняшний день имеются 3 основных пути решения этой задачи:

- Профилактика, раннее своевременное выявление фоновых и предраковых процессов в амбулаторных условиях.
- Ранняя диагностика рака данной локализации.
- Раннее адекватное лечение в условиях специализированного стационара.

Наблюдение подготовила врач акушер гинеколог **Екатерина Сомова.**



МАЛЫШ, ПРИЁМ, КАК СЛЫШНО?

Многие будущие мамы спрашивают о том, что же их малыш там, в животе, слышит, и надо ли с ним разговаривать, ставить музыку, читать стихи...

По данным французских исследователей, первыми «слуховыми» ощущениями малыша в утробе матери являются вибрационные. В этот период ребенок воспринимает все акустические колебания как вибрацию, которые создают у него картину пульсирующего мира. До 16 недель внутриутробного развития формируется внутреннее ухо (*орган слуха*), которое начинает функционировать примерно с 20 недель. С этого времени доходящие до него звуковые волны постепенно начинают вызывать именно слуховые ощущения. Первыми из них выделяются внутренние шумы, создаваемые материнским организмом: стук сердца, голос, шум легких, перистальтика кишечника, работа желудка.

Акустические условия в матке

По данным разных авторов, фоновой шум в матке, создаваемый мышечной активностью матери, ее кровотоком и кровотоком в плаценте, сокращением кишечника матери, шумами ее сердца, легких, периодически звучащим голосом и звуками, поступающими извне, достигает 95 Дб, это сравнимо с шумом в вагоне метро. Внешние звуки 65–70 Дб (*громкая речь*) проникают в матку в ослабленном и измененном виде, редко более 30 Дб, словно шепот, за счет шумового фона и водной среды. Наиболее высокой интенсивностью обладает передающийся в полость матки тон голоса матери, что объясняется его непосредственной передачей через ткани (*по каналу костной проводимости*). Поэтому после рождения не все дети хотят засыпать в полной тишине — вполне можно разговаривать и заниматься своими делами там, где спит ребенок

Восприятие внутренних шумов

На шестом-седьмом месяцах внутриутробной жизни ребенок не только слышит, но и хорошо дифференцирует внутренние звуки. Если мама волнуется, у нее встревоженно бьется сердце, сбивается ритм дыхания, то малыш притихает, замирает, будто бы в предчувствии опасности. И действительно, через некоторое время эта опасность становится вполне реальной — до плода доходят гормоны, соответствующие отрицательным эмоциям матери, которые вызывают ухудшение его самочувствия. Эта связь — характер звука и соответствующее ему эмоциональное и физиологическое состояние — закрепляется и остается в его памяти. В ответ на резкие звуки малыш пугливо сжимается или начинает вести себя беспокойно.

Восприятие внешних шумов

После 32 недель развития малыш способен не только различать внешние шумы, а также дифференцировать



их, причем в первую очередь он слышит низкие звуки, а потом — высокие. Ребенок гораздо лучше воспринимает внешние звуки, окрашенные эмоциональным восприятием матери. Под влиянием эмоций матери он способен «делить» голоса окружающих людей на дружеские и враждебные.

Звуки музыки в жизни ребенка

Начиная с 32-й недели малыш реагирует на музыкальные тоны, проникающие в матку, если они по своей силе превосходят ее основной шум. Реакция ребенка на музыкальные звуки выражается в учащении сердцебиения, иногда в изменении его двигательной активности. При этом большое значение имеет эмоциональность восприятия музыки матерью.

Однако существует ряд музыкальных жанров, оказывающих на малыша объективное воздействие, не зависящее от эмоций матери. Например, дети «предпочитают» слушать музыку классиков, народные песни, старинные романсы и оперные арии и не приемлют грохочущей эстрадной рок-музыки и музыки подобных направлений. Как правило, негативные реакции вызывает эстрадная музыка, характеризующаяся четким, однообразным ритмом, большой громкостью и низкочастотными колебаниями.

На 32–33-й неделе развития ребенок начинает избирательно реагировать на предлагаемую ему музыкальную программу: Бетховен и Брамс его волнуют, действуют на него возбуждающе; музыка Моцарта, Вивальди и других старинных композиторов успокаивает; музыка Баха заставляет его замирать «в возвышенном порыве»; Шопен настраивает на тихий «романтический» лад.

Очень важная рекомендация для будущих мам — не надевать на живот никаких наушников, не пытаться разговаривать с животом с помощью рупора и т. д. Все эти дополнительные приборы приводят к перевозбуждению нервной системы, информационному и сенсорному стрессу, от которого ребенок никак не может защититься. Если у мамы наушники на животе, то сама она не слышит, что там происходит, и не участвует в этом процессе. Тогда как в норме звуки приходят к ребенку через околоплодные воды и через мамино тело, и их всегда сопровождают мамины эмоции.

Несмотря на множество внешних звуковых стимулов, сопровождающих малыша на протяжении всей беременности именно положительные эмоции мамы и доброжелательные интонации ее собственного голоса являются одним из самых важных факторов, обеспечивающих формирование положительного опыта малыша и его доверительное отношение к окружающему миру.

Подготовила медицинский психолог
Нина Перфильева по материалам книги
Ж. В. Цареградской «Ребенок от зачатия до года».

ДОБРОДЕЯ МСТИСЛАВНА

Вторая Мстиславна — Добродея — Евпраксия — Зоя была дочерью великого князя киевского Мстислава Владимировича и шведской принцессы Христины и родилась в начале XII в, внучка Владимира Мономаха и шведского короля Инге I Старого. В летописи под 1122 г. сообщается: «Ведена Мстиславна в греки за царь». Ее супругом стал старший племянник византийского императора Алексей Комнин. В. Н. Татищев и Н. М. Карамзин утверждали, что эту Мстиславну называли Добродеей. Такое имя известно в славянском имянословие. Греческим именем Евпраксия, что в переводе означает «добро-деяние», называли русскую княжну в Византии, где при коронации ей дали второе имя — Зоя, которое означает «жизнь» и тоже было по-своему символично: византийский двор надеялся, что русская княжна даст, вскоре, жизнь наследнику.

Как принято было считать, замужество Мстиславны было связано с последней войной между Византией и Русью, когда Владимир Мономах (1116 год) поддержал своего зятя, византийского авантюриста Лже-Диогена, выдававшего себя за Льва, давно убитого сына императора Романа IV Диогена. В «Истории Российской» В. Н. Татищева (XVIII в.) под 1119 г. читается рассказ о заключительном этапе русско-византийского противостояния. Владимир будто бы организовал новый большой поход, однако император Алексей упредил его и послал к Владимиру «великое посольство» с дарами, среди которых были венец царский (будущая «шапка Мономаха»), скипетр и т. п., «и нарекли его себе братом и царем, а при том просил о мире». Мир был заключен на том, что внучка Владимира, «дочь Мстиславля», должна была выйти замуж за сына императора Алексея Иоанна (будущего императора). Тем не менее, в настоящий момент историки предполагают, что данная история была сочинена в XVIII веке с целью объяснения появления на Руси значимой регалии.

Тем не менее, какие-то переговоры имели место, и в 1122 г. они увенчались заключением династического брака. Тогда же в Киев прибыл из Византии новый митрополит Никита. Историки отмечают: «Сближение между двумя странами было вызвано объективными причинами, и прежде всего угрозой со стороны кочевников — половцев, торков и печенегов. Исследователи давно уже обратили внимание на тот факт, что заключение русско-византийского династического союза совпало по времени с двумя важными событиями в истории взаимоотношений Руси и Византии с соседними кочевыми племенами: изгнанием из Руси князем Владимиром Всеволодовичем торков и печенегов в 1121 г. и византийско-печенежской войной 1121–1122 гг., завершившейся блестящей победой



императора Иоанна Комнина». В. Н. Татищев добавляет, что в 1122 г. Владимир Мономах послал Никиту со своей внучкой в Византию.

Детей у Евпраксии-Зои долго не было. Многие годы она провела в обществе образованной принцессы Анны Комнины, известной византийской хронистки, написавшей биографию своего отца, а также севастокри-ториссы (придворная должность) Ирины, которая покровительствовала ученым и особенно интересовалась историей.

Как указывает автор монографии «Женщины Древней Руси» Н. Л. Пушкарева, в 1129 году Мстиславна родила дочь. Однако наследника Евпраксия так и не родила; муж Евпраксии-Зои вскоре умер, а императором Византии стал Мануил, его брат. Зоя долго носила траур и, по мнению придворных, все более походила на монахиню. Как считается, когда её муж скончался, вдова покинула византийский двор, но осталась жить в Константинополе. С другой стороны, указывают: «о дальнейшей биографии русской княжны в Византии ничего определенного сказать нельзя. Попытки проследить её последующую судьбу (с именем Зоя, якобы полученным в византийском императорском семействе) основаны на неверном толковании источников».

В Константинополе Мстиславна поражала всех своей ученостью. Византийский хронист Вальсамон утверждал, что «врачи отказались от ее излечения» по причине ее «мании к колдовству и знахарству». Поводом к такому обвинению послужило то, что Евпраксия-Зоя сама умела лечить травами и обобщила свои знания по «врачебной хитрости» в написанном по-гречески трактате «Алимма». Согласно легенде, прослеживающийся в русской науке более ста пятидесяти лет, Мстиславна интересовалась медициной ещё будучи, в Киеве, освоила приемы лечения травами.

В библиотеке Медичи Лауренциана (Флоренция) сохранился ее интересный медицинский манускрипт

на греческом языке, озаглавленный «Алимма» (Мазу), труд дошел до нас в неполном виде. Книга содержит разнообразную информацию по различным разделам медицинских знаний. Никаких заведомо «чародейных» средств лечения он не содержит.

Он имеет пять частей:

1. рассматриваются общие правила личной гигиены и вопросы ухода за ребенком, лечения детских недугов, содержатся данные о темпераментах человека — сангвиническом, холерическом, флегматическом и меланхолическом.

2. описывается гигиена брачных отношений, периода беременности и родового периода.

3. посвящена гигиене питания, характеризуются «холодные» и «тёплые» свойства продуктов. К «холодным» продуктам отнесено миртовое масло, к «теплым» — мед, вино, мясо и др. Здесь же изложены основы и рецепты диетического питания.

4. о наружных болезнях; содержит рекомендации по применению мазей при лечении кожных заболеваний, а также зубной боли.

5. посвящена лечебному массажу, в том числе при лечении сердечных и желудочных заболеваний.

Данный трактат является первым медицинским произведением, написанным русской женщиной. (Этой версии придерживался нашедший рукопись в библиотеке, в конце прошлого столетия, русский историк Х. М. Лопарев). Ссылки на приемы и подходы лечения указывают на знакомство автора текста с трудами Гиппократ и Ибн-Сины. Наверняка Добродея-Евпраксия была не единственной такой специалисткой. На родине у нее имелись наставники, у наставниц были другие ученицы.

Обзор подготовил **С. Николаев**
по материалам www.litmir.net,
www.ru.rodovid.org, www.ru.wikipedia.org

ПЕРВЕНЦЕВ МИХАИЛ ГЕОРГИЕВИЧ

Первенцев Михаил Георгиевич, гинеколог-хирург, организатор медицинского образования рязанского края, сын коллежского асессора, родился 14 февраля 1866 г. в Рязани. В 1885 г. окончил Рязанскую первую мужскую гимназию. В феврале 1891 года — медицинский факультет Московского университета. В 1890–1891 гг. — стажер в Петербургской клинике профессора Д. О. Отто.

После окончания петербургской стажировки Михаил Георгиевич возвращается в Рязанскую губернию и с 1894 по 1896 гг. М. Г. работает уездным врачом в Пронске.

Затем с 1896 по 1902 гг. трудя земским врачом в Зарайском уезде Московской губернии. Во время своей врачебной практики он много внимания уделял вопросам родовспоможения и гинекологической заболеваемости населения.

В 1900 г. он переходит в Рязанскую губернскую земскую больницу (ныне — областная клиническая больница им. И. А. Семашко) на должность гинеколога. После ухода организатора и первого руководителя гинекологического отделения больницы Д. С. Щеткина, в 1902 г. М. Г. Первенцев становится бессменным руководителем гинекологического стационара, в течение 30 лет.

Вместе с коллегами, Михаил Георгиевич организует специализированную гинекологическую службу в Рязани. Среди его учеников Е. В. Биркина, П. В. Буянов, Е. П. Дроздова.

Доктор М. Г. Первенцев был организатором фельдшерско-акушерской школы в Рязани. С 1913 г. по 1931 гг. он — директор этой школы.

С 1891 г. состоял действительным членом Рязанского медицинского общества, где неоднократно выступал с докладами.



В 1928 г. М. Г. Первенцеву было присвоено звание Героя Труда.

М. Г. Первенцев высококвалифицированный врач, гинеколог хирургического профиля, прекрасный педагог, организатор медицинского образования.

Умер Михаил Георгиевич Первенцев 25 декабря 1932 года в Рязани. Похоронен на Лазаревском кладбище.

Подготовили **Николаев, Збарская**
по материалам, предоставленным,
Областной медицинской библиотекой.



ПРАВОСЛАВИЕ И МЕДИЦИНА

Медицина как наука о здоровье

Медицина как наука о здоровье уделяет внимание человеку в его болезненном состоянии. От нее также неотъемлемо постоянное попечение о предупреждении болезней.

Медицина обращается прежде всего к телу человека, то есть к физическому организму. Но в не меньшей степени науку интересует душевная сторона человеческой жизни, ибо она чем дальше тем больше сталкивается с расстройствами психики и нервной системы человека.

Медицина имеет отношение и к сфере человеческого разума, поскольку ей приходится сталкиваться с травмами или аномалиями деятельности головного мозга. Иначе говоря, медицинская наука как таковая обращена ко всей совокупности жизненных проявлений человека, к «целому» существу, которое единственное в природе имеет тройственный состав: дух, душу и тело.

Сегодня профессиональная и научная специализация в медицине многократно возросла, но вместе с тем можно говорить и о другой особенности этого рода деятельности. Человек все больше рассматривается не только как биологический механизм, который призваны ремонтировать врачи, заменяя или

исправляя отдельные детали и узлы. Все чаще причины многих болезней человека специалисты пытаются обнаружить в сфере сознания и воли, то есть в том, что составляет его духовные основания. Именно в нынешнем технологичном мире человек при всей сложности его трехсоставной природы требует отношения к себе именно как к взаимосвязанному и единому целому, в котором физические, психические и духовные начала невозможно рассматривать в качестве неких изолированных областей жизнедеятельности. Следовательно, и лечение его уже не может иметь сугубо местного характера.

Исходя из такого совокупного взгляда на человека, хочу поделиться некоторыми соображениями относительно важности и полезности религиозного понимания человеческого феномена и видения человека с точки зрения богословской антропологии.

Но сначала несколько слов о взаимоотношении религии и медицины.

Медицина в Ветхом Завете

Медицина относится к одной из древнейших наук и практик. За много веков до начала христианской эры мы встречаемся с ней в древних цивилизациях. В соответствии с образом мысли и строем жизни древних обществ медицина не была изолированной областью знания и его практического применения. Всеми религиозно-этическими системами древности здоровье или болезнь человека связывались с его поведением, с нравственным состоянием личности; в иных случаях причину болезни искали в нарушении соответствия души определенным космическим ритмам и законам мироздания. Но при всех обстоятельствах болезней

соотносили с нарушениями определенного свыше порядка жизни. В тех случаях, когда для лечения, как правило, душевных болезней использовалась магия, происхождение заболеваний объяснялось демоническими влияниями.

Ветхий Завет, однако, не разделяет это последнее представление. Согласно ветхозаветному пониманию, болезнь посылается Богом, а точнее — попускается Им за грехи, и Он же может даровать исцеление, если человек обращается к своему Творцу. Так, например, иудейский царь Аса (*кстати, его имя переводится как 'врач'*) в старости заболел, но, как говорится в книге Паралипоменон, он *в болезни своей взывал не Господа, а врачей. И почил Аса с отцами своими* (2 Пар 16:12–13).

В то же время в Ветхом Завете, который почти не уделяет внимания теме врачей и весьма сдержан в отношении медицины, мы находим фрагмент, который является примером очень сбалансированного понимания того, как соотносятся религия и врачебное искусство. В книге премудрости Иисуса, сына Сирахова читаем:

«Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его, и от Вышнего — врачевание, и от царя получает он дар. Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете. Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими. Не от дерева ли вода сделалась сладкою, чтобы познана была сила Его? Для того Он и дал людям знание, чтобы прославляли Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и чрез него бывает благо на лице земли» (Сир 38:1–8).

Но непосредственно за этими словами следует такое поучение:

«Сын мой! в болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце. Вознеси благоухание и из семидала памятную жертву и сделай приношение тучное, как бы уже умирающий; и дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех; ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни. Но кто согрешает пред Сотворившим его, да падет в руки врача!» (Сир 38:9–15).

Таким образом, молитва об избавлении от болезней никоим образом не противоречит использованию врачебного искусства. Но при этом Писание призывает помнить, что корень болезней — в грехах перед Богом. А потому и врачевание не будет эффективным, если оно не сопровождается возвращением души на пути Божии.

Медицина в Новом Завете

В Новом Завете Господь Иисус Христос подтверждает ветхозаветное представление о том, что болезни связаны с грехом. Так, Он говорит исцеляемому Им больному: *Прощаются тебе грехи твои* (например, Мф 9:2). Однако Спаситель являет иное

отношение к причинам физического недуга, когда говорит о слепорожденном: *Не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии* (Ин 9:3). В ветхозаветной книге Иова Многострадального содержится подобное весьма глубокое и подробное объяснение причины страшной болезни, постигшей человека для испытания его духовной крепости.

В Евангельском рассказе о кровоточивой жене евангелист Марк говорит о том, что эта женщина *много потерпела от многих врачей* (Мк 5:26), которые не смогли ее исцелить. А евангелист Лука сообщает, что женщина обратилась ко Господу, *издержав на врачей все имение, но ни одним не могла быть вылечена* (Лк 8:43). Более мягкие выражения апостола Луки, возможно, связаны с тем, что он сам, по преданию, был врачом.

Христианское понимание медицинского воздействия на человека определяется своеобразной диалектикой религиозного и врачебного отношения к болезни и здоровью.

По своему существу болезни и страдания вообще являются следствием общей греховности человеческого рода, восходящей, согласно библейской книге Бытия, к первородному греху праотцев Адама и Евы, совершенному в Раю. Бог обратился к праматери Еве с суровыми словами: *Умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; в болезни будешь рождать детей; и к мужу твоему влечение твое, и он будет господствовать над тобою* (Быт 3:16). Эти слова указывают на психофизические условия, которые после отпадения от Бога воспринимаются человеком как «естественные», хотя на самом деле — с библейской и святоотеческой точки зрения — являются противоестественными.

Страдания и подверженность болезням стали своего рода «нормой» бытия. И причина кроется не только в личных грехах, но также и в той общей греховности, дисгармонии человеческого существования, которая ныне является его характерной особенностью. Эта дисгармония в конце концов достигает своей высшей точки в последней, уже никакими человеческими средствами не излечимой болезни — телесной смерти. Апостол Павел называет смерть *последним врагом* (см. 1 Кор 15:26).

Восприятие смерти как последней болезни и даже более того, — как экзистенциальной катастрофы, — составляет отличительную черту христианского понимания жизни. Врачи в данном случае говорят о «терминальном состоянии», но с христианской и даже с философской точки зрения пограничное и предельное — это не отрицание бытия, но глубочайший бытийный кризис, который порождает решительное вопрошение о смысле жизни.

Бог не сотворил смерти, но всякому человеку желает спастись и иметь вечную жизнь. Постоянно пребывая в мировоззренческом кризисе, людям не следовало бы пренебрегать христианским представлением о вечной жизни, ибо это не мифология и не религиозная архаика. И это совсем не то, с чем боролись Фейербах и Маркс: вечная жизнь во Царствии Божием — далеко не проекция здешней жизни в некое иллюзорное «потустороннее пространство».

Проблема всех идеологов и мыслителей Нового времени состоит в том, что они не удосужились вникнуть в существо христианского учения о человеке и о мироздании. В своем отрицании, как они выражались, «средневекового» мировоззрения они оказались всецело зависимыми от него, хотя и рассматривали это мировоззрение упрощенно, в соответствии с собственными идеологическими задачами. Иначе говоря, они прошли мимо существенного, полемизируя с тем, что является второстепенным.

Первостепенным же в христианстве является призвание человека к вечной жизни. И только сообразуясь с этим можно рассуждать о церковном понимании земной жизни человека и его бытия как образа и подобия Божия.

Церковь и медицинское искусство

В земном мире невозможна абсолютная гармония. И, в отличие от других религий, христианство не стремится к достижению душевно-телесной гармонии в ее медицинском понимании как к высшей цели духовной практики. Напротив, Церковь осмысливает терпеливо переносимое страдание как путь духовного исцеления. Но это не значит, что Церковь проповедует самоистязание! Напротив, начиная от Евангельского описания служения Спасителя и по сей день, Церковь свидетельствует о множестве исцелений, в том числе и от физических болезней, вплоть до воскрешения из мертвых. К тому же христианин призван не только к личному спасению, но также к служению миру и ближнему, которое требует сил и, разумеется, здоровья.

А потому Церковь никогда не приветствовала отказ от лечения и пренебрежение медицинской помощью. Она лишь напоминала и напоминает о том, что корни болезней, первопричины заболеваний — всегда глубже их физиологических поводов.

Подтверждением разумного и уважительного отношения Церкви к медицинскому искусству является и тот факт, что многие врачи, теоретики и практики, соединяли и соединяют в своей личности глубокую христианскую веру и медицинскую деятельность. Яркие примеры этого — прославленный со святыми архиепископ-хирург Лука (*Войно-Ясенецкий*), ныне здравствующий митрополит Сурожский Антоний (*Блум*), ректор Санкт-Петербургских духовных школ епископ Тихвинский Константин (*Горянов*); в Белорусском Экзархате профессиональными врачами являются священники Игорь Соловей, Георгий Неверович, Николай Марьянский, Николай Владыко, диакон Михаил Перец.

Кроме того, сегодня многие врачи, работающие в самых разных областях медицины, являют собой образ гармоничного сочетания и взаимодействия личных христианских убеждений и верности долгу врачевания больных. В известном социальном проекте Белорусской Православной Церкви — Доме Милосердия в Минске существует и весьма динамично развивается Братство православных врачей. На протяжении последних лет в рамках традиционных Минских Епархиальных чтений рассматривались различные аспекты взаимодействия Церкви с медицинской наукой и практикой. Особенно широкое поле совместной церковно-медицинской

деятельности открывается в области врачевания и профилактики психических заболеваний.

Может возникнуть вопрос: есть ли профессиональное преимущество у врача, который является христианином, перед его безразличными в духовном плане коллегами?

Конечно, объективного преимущества нет. Хороший врач — это всегда не только специалист в своем деле, но и человек, с особым вниманием и участием относящийся к пациенту, а последнее не имеет прямой связи с религиозными убеждениями.

И все же определенное различие несомненно присутствует. Ибо верующий врач, если он не только хороший специалист, но и хороший христианин, не просто облегчает страдания и прилагает усилия для того, чтобы победить болезнь. Его отношение к больному является более глубоким и всеобъемлющим. Он видит перспективу жизни, над которой не властна физическая смерть. Он знает, что отношение к лечению как к внешнему средству, позволяющему человеку освободиться от болезни, словно от назойливой помехи или напасти, — эгоистично и не может быть достаточным основанием для подлинного исцеления. Наконец, он помнит, что болезнь — это своего рода призыв к углублению духовной жизни, к поиску более верного жизненного пути.

Медицина как служение и подвиг

Христианское отношение к здоровью и болезни, к медицинской практике и врачебному подвигу имеет множество других аспектов, коснуться которых невозможно в кратком выступлении. Нужно было бы рассказать и о церковном служении в больницах, и о проблемах биоэтики, и об опасностях чрезмерного радикализма, который проявляют некоторые верующие и пастыри, когда заходит речь о современной медицине и лечении вообще, а также о многом другом.

Думаю, что самое главное состоит в том, что сегодня мы — священнослужители и врачи — открыты друг другу, готовы к сотрудничеству и совместному разрешению существующих проблем. Скажу больше: это особая форма сотрудничества, потому что нас объединяет общее понимание нашей деятельности, если хотите, нашей работы. В обоих случаях речь идет о служении и о подвиге. Эти слова — из религиозного лексикона, но они в полной мере применимы к врачам и вообще к тем медицинским работникам, кто непосредственно заботится о здоровье людей, пришедших к ним за помощью. Ведь в нынешних нелегких условиях служение врача — это зачастую действительно подвиг.

Позвольте же в завершение моего выступления пожелать всем вам духовной, душевной и телесной крепости, профессионального мастерства и чуткого сердца, по которому в конечном счете простые люди — ваши пациенты — всегда безошибочно узнают в вас истинного врача, оберегающего их душу и тело.

Помощь Божия да сопутствует всем добрым делам вашим!

*Митрополит Минский и Слуцкий Филарет,
опубликовано в альманахе
«Альфа и Омега», № 33, 2002*

ДЕТИ И КОМПЬЮТЕР

С появлением свободного времени дети и подростки готовы с удовольствием дни и ночи напролет сидеть за экранами монитора. Детям, живущим в современном мире, компьютер, зачастую, заменяет общение с друзьями, занятия спортом, подвижные игры в свободное время, прогулки на свежем воздухе.

Большинство школьников и даже дошкольников регулярно или эпизодически выходят в Интернет, и для многих общение с компьютером становится одной из самых привлекательных сфер в качестве их будущей профессиональной деятельности. Для детей-инвалидов компьютер является одной из уникальных возможностей получения образования, не только общего, но и профессионального.

Однако работа, занятия или игра на компьютере сопряжены с воздействием на пользователя, как ребёнка, так и взрослого, целого комплекса негативных факторов.

Первое, на что следует обратить внимание это на возрастание зрительной нагрузки у работающих за дисплеем. В основном имеются жалобы на жжение или боли в области глаз, чувство песка под веками, затуманивание зрения и др. Комплекс этих и ряда других характерных недомоганий получил название «компьютерный зрительный синдром». Влияние работы с дисплеем в значительной степени зависит от возраста пользователя, от состояния зрения, а также от интенсивности работы с монитором и организации рабочего места. В результате работы с компьютером очень велик риск появления близорукости.

Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» с последующими изменениями определены основные требования к организации и оборудованию мест пользователей персональными компьютерами, в том числе для детей и подростков.

Каждые 30–35 минут положен перерыв, а общее пребывание у телевизора и компьютера должно составлять до часа-полутора в день, и то в первую половину дня или обеденные часы, но никак не на ночь. Еще сегодня стало модным устанавливать дома телевизоры с большой диагональю. Расстояние от телевизора с диагональю один метр до глаз должно быть не менее 5 метров, но дети сидят чуть ли не вплотную, потому что площадь квартиры иногда просто не позволяет отодвинуться на нужное расстояние. Это сказывается на здоровье ребенка, на его зрении. Дошколятам, собственный компьютер, не требуется.

Рабочие столы следует размещать таким образом, чтобы видеодисплейные терминалы были



ориентированы боковой стороной к световым проемам, чтобы естественный свет падал преимущественно слева, освещение не должно создавать бликов на поверхности экрана. Искусственное освещение в помещениях для эксплуатации компьютера должно осуществляться системой общего равномерного освещения.

Экран видеомонитора должен находиться от глаз пользователя на расстоянии 600–700 мм, но не ближе 500 мм с учетом размеров алфавитно-цифровых знаков и символов. Линия взора должна быть перпендикулярна центру экрана и оптимальное ее отклонение от перпендикуляра, проходящего через центр экрана в вертикальной плоскости, не должно превышать ±5 градусов, допустимое ±10 градусов.

Конструкция рабочего стола должна обеспечивать оптимальное размещение на рабочей поверхности используемого оборудования с учетом его количества и конструктивных особенностей, характера выполняемой работы. При этом допускается использование рабочих столов различных конструкций, отвечающих современным требованиям эргономики.

Определена оптимальная продолжительность занятий для детей и подростков разного возраста. Для детей в возрасте 7–12 лет допустимая непрерывная продолжительность компьютерных занятий — 20 мин, а для ребят постарше — не более получаса. Уже после не столь продолжительных занятий у детей и подростков появляются признаки зрительного и общего утомления.

Проявления утомления при работе на компьютере имеют свои особенности:

Внешние признаки утомления у детей младшего школьного возраста проявляются в склонении головы набок, в опоре на спинку стула, задирании ног с упором в край стола, в частых отвлечениях, разговорах, переключении внимания на другие предметы и др.

Компьютер оказывает большое воздействие на здоровье детей. В связи с этим родители должны относиться с особым вниманием к времяпрепровождению их детей. Влияние компьютера на психику ребенка может иметь «нехорошие последствия», поэтому так важно своевременно осуществлять ограничение и блокировку компьютера от детей.

*Начальник территориального отдела
Управления Роспотребнадзора по Рязанской области в Скопинском районе Михайлюк Е.А.*



ТРАНСПЛАНТАЦИЯ МАТКИ

Все больше женщин без маток — от рождения или в результате удаления — идут на многое, чтобы получить новые. В середине января агентство Associated Press сообщило о том, что в ходе операций, проведенных группой медиков из Гетеборгского университета, девяти женщинам из Швеции удалось пересадить матки. Это была уже третья группа исследователей, предпринявшая попытку трансплантации матки с конечной целью обеспечить успешную и доношенную беременность. Коллективы из многих стран мира начали гонку за достижение именно такого конечного результата, несмотря на скептическое отношение к такой работе и сомнения этического характера.

Отобранные для участия в экспериментальном проекте женщины были детородного возраста (в основном чуть больше 30 лет), и ни у одной не было матки. Однако матки им были пересажены только временно. Идея состоит в том, что женщины забеременеют, родят одного или двоих детей, а после этого матки у них будут удалены. Дело в том, что после операции они вынуждены принимать препараты против отторжения, а они подавляют иммунную систему, из-за чего женщины становятся более уязвимыми для инфекций и болезней. Об этом рассказал руководитель шведского медицинского коллектива Матс Бреннстрём (Mats Brännström). Эти препараты все же проникают в зародыш в «ничтожных» количествах и могут повлиять на развитие плода, сказала гинеколог Дорис Рамирес Несетти (Doris Ramirez Nessetti) из медицинского центра AllCare, что во Флориде. Оказалось, что один из самых распространенных иммунодепрессантов — циклоспорин — негативно влияет на зародыши

у животных, что выяснилось в ходе опытов. Однако никаких исследований в контролируемых условиях для проверки этого воздействия на человека не проводилось, сообщила Несетти.

В ходе операций в Швеции матки брали у живых доноров, в основном у матерей пациенток и у их ближайших родственников. Делалось это для того, чтобы снизить риск отторжения пересаженного органа иммунной системой. Никаких возрастных ограничений для доноров не было; просто у них должны были быть здоровые матки.

«Операция по пересадке матки технически сложная задача. Это операция нового типа. Орган должен не только выжить и заработать, но и осуществить функцию вынашивания беременности. Матка имеет множество мелких кровеносных сосудов, а размещать ее надо в «малодоступном» месте организма» — заявил в своем интервью Бреннстрём.

Врачи считают операцию по трансплантации успешной, если орган в теле реципиента работает должным образом. Но для пересаженной матки определение успеха носит более узкий и конкретный характер: женщина должна рожать здоровых детей. А это значит, что степень успеха своей работы команда шведских врачей узнает лишь через два-три года.

Шансы на успех в этом деле невелики, все предыдущие попытки пересадки матки потерпели неудачу. В 2000 году такую операцию сделали женщине из Саудовской Аравии, но несколько лет спустя ее пришлось удалить из-за осложнений с кровообращением. В 2011 году забеременела женщина из Турции, получившая матку от скончавшегося донора; однако после восьми недель беременности у нее случился выкидыш.

Однако некоторых специалистов больше беспокоят нравственные аспекты этой операции. По мнению некоторых из них, на животных было проведено недостаточно экспериментов и они родили недостаточно детенышей, чтобы переходить к операциям на человеке. Дорис Рамирес Несетти проводит аналогичные пересадки овцам. «Не существует стандарта по количеству операций на животных, после которых можно переходить к операциям на человеке», — говорит она. Однако

Несетти считает, что Бреннстрём со своим коллективом поторопился с экспериментами над людьми. После многочисленных опытов на овцах она с коллегами планирует перейти к операциям по пересадке на обезьянах, которые по своему биологическому строению больше похожи на людей, и уже потом начать пересадку матки человеку.

Специалист по этике биологических исследований профессор Артур Каплан (Arthur Caplan) из Нью-Йоркского университета согласен с тем, что необходимо больше исследований на животных, прежде чем начинать такие операции в США. Однако в большей степени его беспокоит другое. По его мнению, состязание между командами исследователей, кто первый произведет на свет здорового ребенка, может негативно отразиться на стоящих за этим научных аспектах. «Такая гонка... создает этическую проблему, потому что здесь речь идет о репродукции, и прежде всего надо думать о безопасности», — сказал Каплан.

Кроме того, по словам профессора, за попытками и результатами операций по пересадке матки недостаточно международного научного контроля, об это не пишут регулярно в научной литературе, а поэтому исследователям сложно опираться на опыт друг друга. Бреннстрём с командой пока не опубликовал работу о своих исследованиях, хотя они планируют это сделать в ближайшем будущем. Поскольку исследований и экспериментов проведено недостаточно, гинекологи не будут знать, как решать огромное множество вопросов, которые могут возникнуть во время беременности в пересаженной матке, говорит Джен Гюнтер (Jen Gunter) из клиники акушерства и гинекологии, Сан-Франциско. Ее беспокоят осложнения, которые могут быть самыми разными — поскольку во всех случаях возникает угроза жизни матери и ребенка. «Вопрос в том, какие риски для зародыша и для матери являются допустимыми, чтобы продолжать беременность», — говорит и профессор Каплан. — Коэффициент риска здесь очень велик.

Но в таком случае, почему просто не использовать суррогатных матерей, которые и выносят, и родят для другой женщины ребенка? Но во многих странах суррогатное материнство является незаконным, что меняет всю картину. «Неслучайно то, что первые попытки пересадки матки были осуществлены в мусульманских странах, — говорит Бреннстрём. Женщине очень важно стать матерью, а поэтому исламские условия не допускают суррогатное материнство». Даже там, где суррогатное материнство является законным, объясняет Каплан, женщина может просто не захотеть иметь дело с суррогатной матерью и со всеми неопределенностями, что вытекают из этого. Здесь и правовые вопросы, и осложнения при родах, и здоровье плода во время беременности.

Кроме того, немаловажен и вопрос о цене. Поскольку операцию по пересадке матки широкой публике пока не предлагают (и вряд ли скоро предложат), неизвестно, будет ли на нее распространяться страховка, страховые компании вряд ли согласятся платить за пересадку матки. С другой стороны, суррогатное материнство может оказаться дорогим удовольствием в зависимости от его типа. Если суррогатной матерью является не член семьи, то цена вынашивания может составить от 10 000 до 30 000 долларов, не считая текущих расходов. В итоге решающим фактором в вопросе о трансплантации матки, могут стать не поддающиеся контролю глубинные эмоции, связанные с особым этапом материнства, когда ребенок растет в теле матери, которая вынашивает и питает его, а потом рождает на свет, а экономические аспекты этого вопроса.

Рамирес Несетти рассказывает своим пациенткам о суррогатном материнстве, однако при этом отмечает: «Они не испытывают этого чувства, когда ты мама, когда ты чувствуешь свою беременность, ощущаешь, как внутри тебя бьет ножками ребенок. А это мощная связь».

Обзор подготовила **Марина Мартынова**
по материалам статьи опубликованной
на сайте www.gia.ru





БЕРЕГИТЕ НАШЕ БУДУЩЕЕ

Современную жизнь невозможно представить без автомобиля. Мы постоянно в движении. В автомобиле мы едем на работу, в гости, на дачу... и очень часто с нами в автомобиле наши любимые дети! Всегда ли мы задумываемся о необходимой защите своих детей? За первые 6 месяцев 2016 г. в России произошло 10 281 ДТП с участием детей возрастом до 16 лет: 353 ребенка погибли, 11 008 ранены. Страшные цифры, не так ли? Всегда ли мы понимаем, что детское автокресло действительно необходимо или покупаем автокресло только чтобы избежать штрафа от ГИБДД? Согласно статистике детское автокресло снижает риск получения травм и смертельного исхода на 75 %. Классификация кресел соответственно весу и примерному возрасту ребенка установлена европейскими нормами ECE R44/04.

Группы автокресел:

Группа	Вес ребенка	Возраст	Способ установки
+	0–10 кг	От рождения до 6 месяцев	Боком к ходу движения
0+	0–13 кг	От рождения до 1 года	Лицом против движения
1	9–18 кг	От 9 месяцев до 4 лет	Лицом по ходу движения
2	15–25 кг	От 3 до 7 лет	Лицом по ходу движения
3	22–36 кг	От 6 до 12 лет	Лицом по ходу движения

Крепится автокресло штатным ремнем или с помощью системы isofix. Последний тип крепления исключает неправильную установку автокресла. Важно помнить, что начиная с группы 2, isofix не является основным типом крепления, а лишь дополнительным, т. е. кресло обязательно нужно дополнительно фиксировать штатным ремнем безопасности.

Важно: автокресло должно соответствовать росту и весу ребенка. Неправильно выбранное автокресло, повышает риск получения травм в случае ДТП. С 1 января 2017 года, в соответствии с поправками в Правила дорожного движения, меняются правила перевозки детей в автомобиле. П. 22.9 ПДД теперь будет изложен в следующей редакции: «Перевозка детей в возрасте до 7 лет в легковом автомобиле и кабине автомобиля, конструкцией которых предусмотрены ремни безопасности, должна производиться с использованием детских удерживающих устройств, соответствующих росту и весу ребёнка». Ранее данный пункт выглядел так: «Перевозка детей до 12-летнего возраста в транспортных средствах, оборудованных ремнями безопасности, должна осуществляться с использованием детских удерживающих устройств, соответствующих весу и росту ребенка, или иных средств, позволяющих пристегнуть ребенка с помощью ремней безопасности, предусмотренных конструкцией транспортного средства, а на переднем сиденье легкового автомобиля – только

с использованием специальных детских удерживающих устройств». Важно, последняя редакция ПДД не предусматривает использования «иных устройств». К «иным устройствам» относятся «адаптеры ремня безопасности, корректоры ремня безопасности» использование которых значительно повышают риск получения травм

В современном мире женщины имеют аналогичные права, что и мужчины. Это же касается и вождения автомобиля. Поэтому стоит отметить, что некоторые женщины порой водят свои машины порой даже лучше, нежели это делают мужчины. Однако сама жизнь представительниц прекрасного пола несколько отличается от той, которую ведут мужчины. Поэтому бывает, возникают ситуации, когда необходимо отказаться от управления своим транспортным средством. При этом здесь речь не идет об употреблении горячительных напитков.

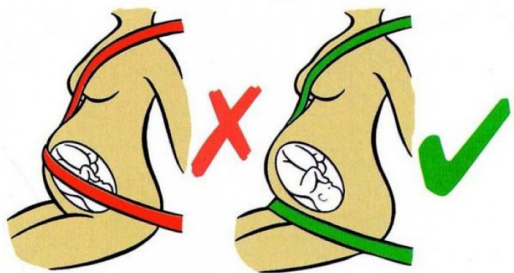
Сегодня мы хотим рассказать о таком жизненном опыте многих женщин-водителей, как беременность за рулем. Стоит отметить, что в этот период, девушкам противопоказаны какие-либо стрессовые ситуации, возникающие не редко на наших-то дорогах. Именно за счет этого, а также возможных различных аварийных ситуаций и возникает вопрос, можно или нет водить беременной за рулем?

Женщины – это весьма категория весьма упертых людей. Поэтому в тех случаях, когда вождение доставляет им удовольствие и им просто нравится управлять своим автомобилем – никакие запреты их не останавливают. За счет этого, необходимо хоть как-то оградить их от возможных последствий для ребенка. Для этого мы приведем ниже несколько очень важных для женщин советов. За счет этого девушка беременная за рулем могла чувствовать себя в безопасности.

Свод правил для беременных за рулем

- Необходимо постоянно следить, чтобы автомобиль находился в исправном состоянии. Поэтому если машина начала издавать какие-либо посторонние шумы или скрипы, рекомендуется оперативно отдать её в руки автомеханика, который выявит и устранит неполадки;
- Вождение при беременности подразумевает, что живот женщины будет увеличиваться. Поэтому важно занимать правильное положение в автомобиле, а также постоянно осуществлять регулировку зеркал заднего вида. К тому же, нельзя, чтобы расстояние от живота представительницы прекрасного пола до руля составляло, по меньшей мере, 10 см;
- Всегда во время езды на автомобиле, у вас должно быть кроме водительских прав и самих документов на транспортное средство еще и медицинская карта, а также паспорт. Это обусловлено тем, что в случае возникновения негативной ситуации вас сразу смогут отвести и принять в роддом;
- Ошибочное мнение большей части беременных за рулем заключается в том, что использование ремня безопасности каким-либо образом может нанести вред ребенку. Из-за этого им постоянно

пренебрегают. Стоит отметить, что это является глубокой ошибкой! Дело в том, что ремень безопасности ни коим образом не наносит вреда ребенку, напротив, он позволяет уберечь его от возможной беды;



- Нельзя в «положении» нарушать ПДД. Хотя это относится не только к случаям вождения во время беременности. Однако нарушение ПДД – это риск, который все равно заставляет нервничать. К тому же, возможное общение с сотрудниками ДПС также ничего хорошего для здоровья беременной женщины не принесет;
- Если вы живете в большом городе, где часто бывают пробки – необходимо стараться их избегать. Дело в том, что для женщин в положении важным условием является постоянное движение. За счет этого стояние в пробке также будет негативным фактором для ребенка, за счет застоя кровообращения;
- В телефонной книге мобильного всегда должны быть номера тех, кто сможет при необходимости максимально оперативно приехать и оказать вам помощь;
- На автомобиль желательно повесить специальный опознавательный знак, который позволит другим участникам дорожного движения сразу понять, что руководит данным транспортным средством представительница прекрасного пола в «положении». За счет этого многие водители ведут себя более снисходительно к таким автомобилям.



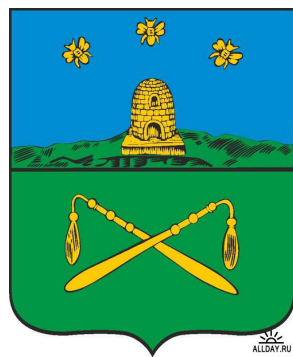
Самое главное, что должна помнить женщина беременная за рулем, что у неё под сердцем находится ребенок и думать она должна о его безопасности. Поэтому если от поездки можно отказаться – это будет лучшим способом уберечь будущего малыша от неприятностей.

Подготовила **Екатерина Сомова**



КАДОМ

Первое письменное упоминание о Кадоме находится в Никоновской летописи под 1209 годом. С него и принято вести отсчет существования города. Несомненно однако, что основан он значительно раньше, когда в этих местах появилось пришлое славянское население, осевшее на Мокше — самом крупном притоке Оки, важном торговом пути.



Упоминается же Кадом летописцем в связи с убийством в городе рязанского тысяцкого Матвея Андреевича. Существует несколько версий, которые выдвинули, объясняя причину этого убийства, историки в разное время, — попытка рязанцев захватить тогда еще мордовский Кадом; стремление усмирить непокорных жителей города, сражение рязанских дружинников с булгарами, а может быть, с половцами. Но что бы ни стояло за гибелью тысяцкого — Кадом в начале XIII века был уже довольно важным торговым, административным и сторожевым пунктом на восточных

рубежах Рязанского княжества, где, по свидетельству археолога Н. В. Говорова, уже в XII веке соприкасались и переплетались поселения славян и мордвы.

Древний Кадом с давних пор привлекал внимание как профессиональных историков, так и краеведов. Многие из них пытались выяснить происхождение названия города. Видный русский историк В. Н. Татищев считал, что происходит оно от арабского слова «ходим» или «кодим», что в переводе означает «стража». Ведь город был укрепленным оборонительным пунктом на восточных рубежах славянской колонизации. Последний председатель Тамбовской губернской ученой архивной комиссии А. Н. Норцов, который побывал в Кадоме и его окрестностях в 1901 году и собрал богатый археологический, этнографический и архивный материал, полагал, что название города свидетельствует о каком-то горестном событии: в переводе с мордовского «кадома», «кадонь» означает нечто потерянное, оставленное. Таким оставленным было Старокадомское городище — мордва, постепенно вытеснялась славянами и была вынуждена переселиться подальше от беспокойных соседей, в более безопасное место, на Пургасовскую гору. И так, до сих пор не установлено, почему древний город называется Кадомом.

О времени перенесения города на новое место тоже нет единого мнения. Одни считают, что это произошло еще до нашествия татар, когда существовала Пургасова волость и были частыми стычки между рязанцами и мордвой, а Пургасово городище представляло большую опасность для рязанской крепости. Оно находилось всего в 30 минутах ходьбы, на горе, что давало возможность его обитателям в любое время неожиданно появляться у кадомских крепостных стен, а в случае отхода быстро укрываться на своей неприступной высоте. Чтобы обезопасить себя, кадомчане перебрались подальше от Пургасова городища, на высокие песчаные холмы, которые и сейчас существуют в центре города. Другие полагают, что город

переместился где-то в XIV-XV веках, а то и позднее, — при малолетнем царе Иване IV в регенство его матери Елены Глинской: как раз тогда, в 1536 году был перенесен на более возвышенное место ближайший сосед Кадома, город Темников.

Во время татаро-монгольского нашествия Кадомский край подвергся новому испытанию. В русских летописях говорится о завоевании мордовских земель, которые лежали на пути ордынцев к Рязани, лишь в 1239 году, когда начался уже большой поход Батыя на запад и был взят Чернигов: «И по зиму взяша татарове мордовскую землю и Муром пожгоша и по Клязьме воеваша... бысть пополох зол по всей земли, не видяху и сами кто где бежит». Непокорившийся мордовский князь — Пургас, бежал в сторону Нижнего Новгорода который еще не был захвачен ордынцами. Должно быть, он организовал выступление против татар, как только они ушли дальше. Это движение было настолько опасным для татар, что заставило Батыя приостановить поход и часть сил направить на усмирение мордвы и болгар. Видимо, восстание было успешно подавлено, поскольку после 1239 года ни в одном письменном источнике каких-либо упоминаний о мордовских князьях нет. Надо полагать, их уничтожили.

После окончательного покорения мордва, как и все другие завоеванные народы, стала нести военную службу на стороне татар и участвовала во всех их завоевательных походах, о чем не раз упоминали русские летописи. Однако эти сведения не дают основания считать, что все мордовские племена смирились с господством татар и безропотно сносили иноземное иго. Немало

мордвы укрывалось в лесах, снова возвращаясь к охоте и звероловству.

В XIII веке татарские феодалы-кочевники, искавшие хорошие пастбища для своего скота, начали закреплять за собой мордовские земли в Мещере и оседать на них. В 1298 году один из татарских князей Ширинских, Бахмет Усинов сын, захватил территорию на Цне и нижней Мокше и создал свое небольшое княжество. Но оказался под сильным влиянием живущего рядом русского населения, так что родившийся у него сын Беклемиш принял крещение и стал зваться Михаилом. Он построил церковь в Андреево-городке и крестил там своих людей. Где был этот Андреево-городок пока не выяснено. Одни историки предполагают, что он находился в Кадоме на Преображенском холме. Другие считают: что он располагался близ города, на месте нынешнего села Преображенка. Внук Беклемиша-Михаила, Юрий Федорович, стал известен как храбрый воин. Во время Куликовской битвы он выступал со своим полком на стороне Дмитрия-Донского и пал на поле боя.

Дмитрий Донской купил северо-восточную часть Мещеры у крещеного мордовского князя Александра Уковича и в 1382 году, заключив с рязанским князем Олегом письменный договор, в котором точно устанавливались границы обоих княжеств в Мещере. Кадомский край закрепился за Москвой. А в 1389 году при вступлении на Московский великокняжеский престол Василия Дмитриевича эти границы утвердил хан Золотой Орды Тохтамыш.

Впоследствии, принимая к себе на службу ордынцев, московские князья давали им поместья



преимущественно в Кадомском крае. «А мещерская земля в нашем государстве, — объясняли они иноземцам, — и тем местом жалеем мы царей и царевичей, и они на тех местах на нашем жалованьи живут и ныне служат».

Благодаря этим служилым людям, возникли в Мещере татарские поселения, а при Иване III образовалось целое Касимовское царство.

Через Кадомский край проходила дорога из Прикаспийских степей на Москву. Она шла через Темников, Кадом, Елатму и Касимов. По этой дороге проезжали послы из Москвы в Астрахань, Заволжье, в Ногайскую Орду и обратно, поэтому ее называли Большой Посольской дорогой. В некоторых исторических документах она именуется еще Старой или Большой табунной дорогой: по ней гоняли из Астрахани и Саратова табуны к Москве. По этой же дороге проходили на Москву обозы с солью из района озера Эльтон.

Мирная жизнь Рязанского и Московского княжеств, их добрососедские отношения с Казанским и Астраханским ханствами в XV веке нередко нарушались набегами татар на русские земли. Это заставило княжества для охраны «украины» возвести засеки и содержать на них сторожевой люд, казаков.

Причем наряду с временными устраивались засеки и постоянные, рассчитанные на десятилетия, и даже столетия. Такими засеками были Темниковская, Кадомская и Шацкая. Охрана засеченной черты требовала немало людей, содержался целый штат: засечные головы, приказчики, сторожа. К охране привлекалось и местное население. Служба начиналась ранней весной, отросшая трава в степи служила кормом для татарской конницы, и заканчивалась с наступлением морозов. Зимой татары, как правило, набегов на русские окраины не делали.

В 1574 году Иван Грозный поручил охрану Мещерской стороны боярину Никите Романовичу Юрьеву. Это был дед первого царя из династии Романовых — Михаила Федоровича. Ему пришлось отражать нападения не только татар и ногайцев, но и черкесов и донских казаков, а местные, кадомские, елатомские и темниковские татары, пешие и конные верно несли государеву службу в особых татарских полках.

В начале XVII века, в Смутное время, сторожевая черта и ее оборонительные сооружения пришли в упадок. Многие укрепленные пункты и засеки были сожжены и разорены, «сторожи» разбежались. И только при царе Михаиле на южных и юго-восточных границах русского государства восстановили станичную и засечную службу.

Петр I, предпринимая энергичные меры по расширению территории Русского государства и укреплению его границ, многое делал по восстановлению засек и усилению сторожевой службы. При нем были созданы на местах Ландратские и Валдмейстерские канцелярии, которым вменялось в обязанность возглавлять гарнизонную службу застав и караулов и вести бережение засек. Тогда же вышел указ о построении во всех украинских местах для безопасности от татар сигнальных маяков с караулами при них. С самого начала своего правления Петр постоянно уделял внимание Кадомскому краю: посещал его, переписывался с воеводами и комендантами Шацка и Кадома, посылал туда своих полномочных представителей, рассматривал поступающие к нему челобитные, даже лично беседовал с жалобщиками и всегда принимал строгие меры к виновным.

Со временем границы государства отодвинулись далеко на юг — Кадомский край больше не ждал



вражеских набегов, его засечные сооружения стали не нужны. Правительство принялось распродавать занимаемые ими земли частными лицами. И в конце XVIII века «засеки» или «сторожевые черты», игравшие несколько столетий большую роль в обороне Русского государства, были ликвидированы.

Жесточайший крепостной гнет, непосильные налоговые и натуральные повинности, особенно рекрутчина, частые издевательства и унижения самодуров-помещиков способствовали тому, что многие жители Рязанской земли в XVII—XVIII веках бежали от этих тягот в кадомские глухие места. Здесь они находили не только приют и безопасность, но и пропитание, которое давали им реки, озера и леса. Но бежали не только крестьяне, иногда срывались со своих мест купеческие дети, духовные лица и дворяне, уклоняясь от повинностей, службы и учения. Беглых называли в Кадомском крае по разному: воры, тати, гультаи, утеклецы, «добры молодцы». Но как бы их ни называли, они, укрываясь в лесах и урехах, составляли большие партии, иногда человек по 100, и разъезжали на лодках по рекам Мокше, Цне и Оке, учиняя «многие грабительства и воровство». Вылазки «добрых молодцев» были так часты и дерзки, что стал зваться край «Разбойным краем». Особенно много «воровских» шаек было в Залесском стане, вокруг Кадома. Отсюда разбойники выезжали на свой промысел обычно на лодках по Мокше, а зимой отправлялись в обозах, насчитывающих по 70 возов. От воинских команд скрывались разбойники в лесных дебрях, где копали себе пещеры, строили земляные городки.

Разбойничьи шайки были сильны настолько, что осмеливались нападать на многолюдные заводы и даже

на города: разграбили Виндреевский железоделательный завод и город Темников. Темниковский воевода в 1737 году сообщал в Шацк, что город лишился трех фузей: они взяты «воровскими людьми», плывшими по Мокше мимо Темникова. Вряд ли это сообщение поразило шацкого воеводу — незадолго до того он был сам ограблен.

Местные воеводы, конечно, пытались усмирить разбойников, но неизменно терпели поражения. Воинские гарнизоны в уездных городах были малочисленными и состояли зачастую из больных, а то и престарелых. Постепенно разбой в крае сделался доходнейшим ремеслом, осваивать которое принялись служивые люди, купцы, помещики и даже духовенство.

Непрекращающиеся разбои в Кадомском крае и неспособность местных чиновников справиться с беспорядками наконец вызвали беспокойство генерал-губернатора графа Р. И. Воронцова, который 19 марта 1780 года направил правителю Тамбовского наместничества А. Н. Салтыкову предписание «Об учреждении пикетов и разъезжих лодок по реке Мокше для поимки разбойников». Но меры, предпринятые губернскими властями, не дали желаемых результатов, число разбойников в крае не уменьшилось. Разбойный промысел так усилился, что стало опасно ездить по большим дорогам. Хотя местные власти и ставили на главных трактах вооруженные пикеты, помогали они мало.

Разбой, ставший обыденным делом, образ жизни многочисленных татей, которые и в перерывах между своими походами не отсиживались в лесах, не могли не сказаться на поведении жителей края, на их нравах. И, конечно, прав историк И. И. Дубасов, отметивший, что вообще кадомские нравы в XVIII веке отличались особой грубостью



Нравы жителей Кадомского края стали заметно меняться в лучшую сторону лишь в середине XIX века, когда в связи с хозяйственным освоением здешних мест и принятыми царской администрацией карательными мерами количество разбойных шаек пошло на убыль. В 1861 году в Кадоме проживало 7365 жителей, из них мещан — 5804, купцов — 529, дворян — 85. В городе было четыре церкви, женский монастырь с 1793 года, 853 деревянных дома, 62 лавки, две харчевни, городская больница, приходское училище, почтовая станция, пристань. Городские купцы торговали лесом, хлебом, скотом. В 1866 году имелись помещичьи предприятия: винокуренное в селе Кочемирово, крахмалопаточное в селах Будаево, Кулаевы Починки, Матча. Помещики имели заводы: конный — в с. Черном, крупного рогатого скота — в с. Котелино, овчарный — в с. Лунино. В 1871 году появилась городская больница, а затем городская амбулатория — одна из четырёх в Тамбовской губернии. В конце XIX века по церковному ведомству в селах открываются начальные школы. В 1867 г. — в Новоселках, в 1860 г. — Полтевых Пеньках, в 1885 г. — Енкаево, в 1890 г. — Просняных Полянах, в 1893 г. — Матча, в 1894 г. — Игнатьево. В 1898 г. в Соловьяновке была открыта министерская начальная школа. 1905 году в Кадоме открывается женская прогимназия, ставшая в 1912 году женской гимназией со специальным педагогическим восьмым классом. В 1910 году в Кадоме было открыто городское четырехклассное училище. В Полтевых Пеньках были организованы: в 1909 году — земская больница с амбулаторией, в 1910 году — земская

начальная школа, в 1911 году — ветеринарный пункт. В 1914 году частные предприятия были небольшими: в Кадоме — кожевенные заводы и маслобойки, в селах Кочемирово, Котелино — винокуренные заводы, в селах Енкаево, Пургасово — крахмальные заводы, в селе Матча — паточное заведение, в селе Чермные — древесный завод. Пользовались известностью изделия Кадомской кружевной школы.

После завершения Октябрьской революции и окончательного утверждения в Темниковском уезде в марте 1918 года Советской власти в нем повсеместно стали создаваться новые органы местного самоуправления — волостные Советы и комитеты бедноты. Весной 1918 года на общегородском митинге в Кадоме были избраны Ревком и Совдеп. Первым председателем Совета стал бывший матрос В. А. Коблов. И сразу же Совдеп Кадома стал проводить активную работу по реквизиции домов и имущества купцов, бороться со спекуляцией, налаживать снабжение населения продовольствием. Одной из неотложных мер борьбы с голодом стала распашка лугов, которые затем засеивались в основном просом, дававшим в первые годы хорошие урожаи. Еще весной 1918 года были предприняты попытки организовать советские и коллективные хозяйства. Одной из первых в уезде была создана Спасско-Раменская, (ныне село Ермишинского района) трудовая земледельческая артель. Советы уезда предпринимают попытки организовать в селах производство товаров хозяйственного обихода из местного сырья, учитывая при этом прежнюю специализацию населения на тех или иных видах промыслов. К марту

1919 года было создано несколько различных артелей кустарей, изготавливавших телеги, сани, корыта, лопаты, гребни. Продукцию члены артелей сдавали для реализации товарообменным пунктам, находящимся в Кадоме, Темникове и Ермише.

Кадомский район был образован в 1929 году. В 30-е годы его как и многие другие места Нечерноземья, постигла участь российского захолустья. В ходе коллективизации, да и в последующие десятилетия в нем активно шел процесс раскрестьянивания. Как кулаки и подкулачники состоятельные жители ссылались в северные и восточные районы страны. Многие из середняков и бедноты, не выдержав полуголодного существования и репрессий в довоенные, а также в послевоенные годы, массами стали покидать деревни и села. Причем каждое селение старалось держаться, как и в сельской общине, поближе друг к другу и уезжало в определенные места. Так, из деревни Заулки многие выехали во Владимир и в районные города его подчинения, а позже стали переселяться в Крым; из Новоселок потянулись в Ленинград.

В связи с тем, что река Мокша больше не играла в крае роли основного торгового пути, а железные дороги обошли его стороной, в районе не велось никакого промышленного строительства. А потому он, да и сам Кадам, обезлюдели. При ликвидации губерний и проведении нового административного деления Кадам стал центром района, но вместо города превратился в село. И в этом качестве был до 1957 года, когда получил статус рабочего поселка городского типа. А население Кадома и его района до сих пор убывает; по переписи 1989 года оно составило 14,3 тысячи человек, в самом Кадоме — 7,2 тысяч человек. По сравнению с довоенным периодом оно сократилось в три раза. Кадам же, расширив свою территорию, не достиг по численности населения дореволюционного уровня.

На базе старых промыслов в Кадоме были созданы предприятия заводского типа. Вместо кустарного артельного судостроения появилась Мокшанская судостроительная артель. На ней изготавливались деревянные баржи для Московского речного пароходства, которые ходили по Оке и Мокше. В начале 60-х годов в связи с переходом на металлическое судостроение Кадомская верфь была преобразована в деревообрабатывающий комбинат местной промышленности РСФСР. Стала работать промартель «Пробуждение», объединившая кадомских мастериц, кружевниц и вышивальщиц. Возглавила ее Э. Е. Свиная, большой знаток народного творчества. Кружевные изделия артели в 1927 году на выставке в Мексике получили диплом I степени, а на выставке в Лионе — золотую медаль.

В годы войны, когда главным сделался выпуск военной продукции, артель «Пробуждение» объединилась с артелью «Красная игла», и работники стали шить телогрейки, брюки и белье для фронтовиков. Только к концу войны артель снова вернулась к изготовлению строчевышивальных изделий. В 1953 году за кружевные изделия постоянный павильон лучших образцов товаров ширпотреба Всесоюзной торговой палаты присудил предприятию Диплом 3 степени и денежную премию. В 50-х годах артель «Пробуждение» за свою продукцию на международных выставках в Брюсселе

и Монреале была отмечена Почетными грамотами. В 1960 году артель преобразовали в фабрику, сохранив ее название, она вошла в Министерство местной промышленности РСФСР. На фабрике была освоена машинная вышивка, появился новый цех — машинной вышивки, намного ускоривший процесс производства изделий. В 70-е годы мастерицы фабрики вспомнили старинный вид вышивки «Вениз» и стали им украшать свои изделия.

Швейный техникум в Кадоме был создан в 1943 году. Это одно из крупнейших учебных заведений такого типа в России. Вначале в нем готовили специалистов кружевного и вышивального дела, а затем и технологов швейного производства. Наибольшего расцвета он достиг в 70-е годы, когда здесь функционировали 4 отделения (*технологическое, механическое, экономическое и бухгалтерское*), а учащихся было 1100 человек.



Средняя школа, занимая помещения бывшей гимназии и педучилища, имела в 70-е годы свыше 1100 учащихся. В 1990 году в ней обучались всего 600 человек.

Исторические памятники в районе почти полностью разрушены. Из действующих до революции 7 церквей осталась в целости одна — Соборная Троицкая Дмитриевская церковь, в которой до сих пор ведется богослужение. Исчезли некогда украшавшие храмы древние иконы. В 1919 году в городе был организован краеведческий музей. Но в 1923 году его экспонаты забрали в Темников, и на этом существование музея прекратилось. Собранные впоследствии жителями города старинные вещи и документы хранились в краеведческом уголке средней школы и райотделе культуры, но и оттуда они в 80-х годах бесследно исчезли.

Но Кадомчане не теряют веры в возрождение своего древнего города, надеются, что некоторые его исторические памятники будут восстановлены. И несмотря на все печали и невзгоды, выпавшие на долю Кадома, он до сих пор не утратил самобытности и поражает своей неброской красотой. Особенно хорош Кадам во время весеннего половодья и летом, когда буйствует зелень садов. А люди, заезжие, находят его прелестным во все времена года. Московский композитор, заслуженный деятель искусств Мордовской АССР А. П. Аверкин, не раз посещавший Кадам, написал о нем песню «Наш любимый Кадам», где есть такие слова:

Мы порой не замечаем,
Как мы в Кадом влюблены.

Подготовил **Николаев** по материалам сайтов <http://kadom.ru>, <http://dostoyanie.info>



Врач приемного отделения отводит мужа пациентки в сторону:

- Знаете, ваша жена мне не нравится.
- Вы знаете, Надежда Александровна, мне тоже, но дети её очень любят.

* * *

Телефонный звонок: — Алло, доктор, помогите. У моей жены болит голова и температура.

- Высокая?
- Да, метр восемьдесят пять!

* * *

Приходит в аптеку мужик и просит средство от глистов. Аптекарь:

- Вам для детей или взрослых?
- Я не в курсе, сколько глистам лет.

* * *

Удивительный случай произошел в больнице имени Кашенко. — Лежащий больной отказался пользоваться уткой, потому что, по его словам, в этой утке спрятано яйцо, в яйце — игла, а на конце иглы — его смерть. — Главврач заявил, что весь персонал устал от выходов этого пациента, тем более что он находится в больнице уже как минимум двести лет и к тому же утверждает, что она названа в его честь.

* * *

Прием у психиатра.

Врач: — Следующий!

Входит пациент.

Врач: — Что у вас?

Пациент: — Доктор, у меня по ночам в квартире крокодилы кашляют!

Врач: — Это вам к ветеринару. Следующий!!!

* * *

Хирург осматривает пациента после автомобильной аварии: «Ну что-же, милейший, у меня хорошие новости для вас! Кости все на месте... только располагаются немножко не по порядку!»

«Блондинка», просто в ужасе, прибегает на станцию скорой помощи: Скорее! Помогите! Меня шмель укусил! Врач: Спокойно! Шмели не кусаются! Они жалят! Сейчас намажем мазью, и всё пройдет!

«Блондинка»: Как-же вы его поймаете, чтобы намазать!? Он наверное улетел давно!

Врач: О Господи! Да не шмеля нужно мазать! А то место, где он вас ужалил!

«Блондинка»: А-а-а! Это тут недалеко! В скверике! На лавочке!

Врач: Твою-же мать! Не нужно лавочку мазать! Нужно то место на вашем теле мазать, куда он вас уку... а чёрт! ужалил!

«Блондинка»: Ну вы и «тупой» всё-таки, доктор! Так бы сразу и говорили! Он меня в пальчик укусил!

Врач: Я не тупой! Шмели не кусают! Быстро покажите место ужаливания!?

«Блондинка»: Ну, блин, ваще-е-е! А ещё говорит, что не тупой! Я-же ведь говорила уже! Тут недалеко, в скверике! На лавочке!

* * *

В торговом центре встречаются гинеколог и его пациентка.

Врач:

— Вам прописано тепло укрыться и лежать, а вы целый день ходите по магазинам.

Пациентка:

— Ну Сергей Николаевич, я же просто одеяло ищу!



Звонок в приемную женской больницы:

— Это строительный трест, нам нужен маляр.
— Маляров у нас нет, это больница, есть только гинекологи.

— Да нам маляр нужен...

— Ну, у нас они и малярами могут, им просто очень деньги нужны...

Взяли одного, а через день опять звонят:

— Пришлите, пожалуйста, еще двух гинекологов.

— А зачем вам еще двое?

— Да понимаете, вчера пришли мы на объект, а дверь закрыта, так нам ваш гинеколог за два часа всю квартиру через замочную скважину обоями оклеил!

- Больной, больной, просыпайтесь, просыпайтесь...
- А, что такое?
- Пора пить снотворное!

* * *

На упаковке активированного угля: «Данный уголь не активирован. Чтобы активировать уголь, отправьте SMS на номер 3434!»



В кабинет к психиатру заползает мужик с чем-то в зубах.

Психиатр:

— Ой, и кто это к нам пришел? Кошечка?

Мужик ползет в угол. Врач умилено следует за ним:

— Собачка?

Мужик провёл рукой по плинтусу и пополз в другой угол. Врач не отставая:

— А, наверное ежик! Нет? Черепашка?

Мужик вынимает провод изо рта и говорит:

— Слышь, мужик, ты мне дашь спокойно Интернет провести или нет?

* * *

Привозят в больницу покалеченного мужика.

Доктор: Фамилия?

Мужик: Иванов.

Доктор: Женат?

Мужик: Не, это я под машину попал.

* * *

В травматологическом отделении беседуют больные в гипсе.

— Где это вы так пострадали?

— Врезался в гараж.

— Автомобиль, конечно, разбит?

— Нет, я возвращался домой пешком.

* * *

К доктору входит мужчина, на голове у которого сидит лягушка.

— Могу ли я чем-либо вам помочь? — спрашивает доктор.

— Да. Уберите из-под меня этого идиота, — отвечает ему лягушка.

Больная перед операцией спрашивает гинеколога:
— Алексей Валерьевич! А после операции я смогу родить ребенка?

— Сможете.

— А на скрипке играть смогу?

— Сможете.

— Честно смогу?

— Сможете, сможете.

— Ни фиги себе операция, раньше никогда не играла, а теперь смогу!

* * *

— Светлана Владиславовна, моей жене все хуже и хуже!

— А пьявок вы ей купили?

— Да. Она три штуки съела и больше не хочет...

* * *

У психиатра.

— Доктор, у меня руки трясутся.

— Пьете?

— Пил.

— Курите?

— Курил.

— Так что, бросили?

— Нет, только решил.

— Вот видите, а организм уже испугался.

* * *

Пожар в больнице. Пожарные все потушили. Рябов докладывает главврачу: — Из подвала эвакуировано трое пострадавших. Всех откачали. Главврач теряет сознание.

Его откачивают и спрашивают, что с ним.

— Ну, Евгений Иванович, Вы даёте, у нас там морт вообще-то.

Обзор подготовили **Николаев, Гусейнова**
Источник: anekdotifoto.ru, anekdoty.ru



ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СКОПИНСКОМ РАЙОНЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Врачебно-санитарное дело в России во времена своего зарождения в начале XIX века находилось под управлением департамента («полиции медицинской») Министерства полиции. С 1826 года управление медициной и народным хозяйством было подчинено императорскому Министерству внутренних дел.

В губерниях имелись подчиненные медицинскому департаменту врачебные управления, осуществлявшие врачебно-полицейские задачи по предотвращению причин, служивших источниками болезней населения, врачебно-хозяйственную деятельность по лечению больных путём устройства больниц и обеспечения их работы, а также судебно-медицинскую деятельность.

Работа врачебных управлений регламентировалась Врачебным уставом 1857 года, в котором значились вопросы санитарного надзора, наблюдения за чистотой в городах и съестными припасами, издание правил и наставлений по соблюдению «народного здоровья» в губернии, участие в обсуждении устройства новых фабрик и заводов в медицинском отношении, контроль за помещениями и жильем рабочих, пищей, напитками.

Во второй половине XIX века забота о народном здравоохранении (в основном, в сельской местности) перешла к органам земской медицины. Одним из важных мероприятий земской медицины были массовые санитарно-статистические исследования заболеваемости, физического развития и демографии с целью улучшения санитарии в России и организации медицинской помощи крестьянству.

В Рязанской губернии, с середины 19 века издавалась ежегодная «Памятная книжка Рязанской губернии». В памятной книжке за 1868 год, в частности упоминается, что «...люди часто подвергаются тяжким болезням, особенно прилипчивым и заразительным, влияющие на здоровье и будущих поколений. Эти обстоятельства известны только проницательному уму врача-гигиениста...», а в издании 1900 года, уже говорилось об иммунизации: «из всего числа младенцев родившихся в последние годы, предохранительная оспа прививалась ежегодно, приблизительно, у 77%».

В начале XX столетия, под редакцией Кудрявцева П. Ф., выходил «Сборник Рязанского Губернского статистического комитета».



Кудрявцев Петр Филиппович

Штатными работниками губернских врачебных управлений были городские и уездные врачи, осуществлявшие судебно-медицинскую работу, борьбу с заразными болезнями, примитивный санитарный надзор. В городах эту работу осуществляли городские врачи, количество которых зависело от полицейских участков города.

В 1868 году Скопинским уездным врачом был действительный статский советник Голицинский И. Н. В 1900 году — городской врач Липец С. М. и заведующий уездной больницей — врач, надворный статский советник Николаев А. Н.

В 1913 году в Скопинском уезде было «...6 врачебных участков, 4 больницы на 70 кроватей и 7 самостоятельных фельдшерских пунктов...»

Заведовал земской больницей Кунаков Г. Я.

На «санитарно — ветеринарные мероприятия» в 1914 было выделено 1,075 тыс. рублей или 0,71% от бюджета уездного ведомства.



Скопинская земская больница

Земские врачи в тот период активно занимались санитарно-просветительской, а так же профилактической (противоэпидемической) работой в связи с регистрацией инфекционных заболеваний: кори, скарлатины, дифтерии, натуральной оспы, малярии, трахомы, сибирской язвы, «перемеживающейся лихорадки», «родильной горячки» и холеры, которая периодически регистрировалась на территории уезда.

15 сентября 1922 года был подписан Декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах Республики», который заложил законодательные и организационные основы, определил задачи и права санитарной службы. Этот день считается официальной датой образования Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.

На этом этапе развития санэпидслужбы продолжалась борьба с инфекционными заболеваниями и эпидемиями среди населения.

Образование санитарной службы было продиктовано чрезвычайной санитарно-эпидемиологической обстановкой, которая сложилась в 20-е годы прошлого века в России, и была обусловлена последствиями первой мировой и гражданской войн.

Советский период развития санитарной службы начался с 1918 года, в Скопинском районе был создан отдел здравоохранения, в состав которого входил санэпид отдел.

Официальной датой образования санитарно-эпидемиологической службы района является 1939 год, когда в Рязанской области было организовано 7 межрайонных санитарно-эпидемиологических станций, включая и Скопинскую, с обслуживанием помимо Скопинского, Горловского и Желтухинского районов.

По истечении времени и отсутствия документов, в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., не представляется возможным за этот период проследить структуру, этапы работы, а так же данные на руководителей и сотрудников осуществляющих профилактическую (противоэпидемическую) работу. Однако, известно, что в этот период осуществлялась борьба с сыпным тифом и брюшным тифом, малярией, тулярией («мышинный тиф») и другими инфекционными заболеваниями.

В послевоенные годы основным видом транспорта являлся гужевой. По воспоминаниям дезинфектора-ветерана ВОВ Мочалина А. Г., время пути от Скопина до Рязани и обратно, с целью получения вакцин и сыровороток, составляло 36–40 часов.

С 1956 по 1963 гг. санитарная служба района была преобразована в санитарную инспекцию, а с 1964 по 1991 год вновь была вновь преобразована в санитарно-эпидемиологическую станцию с подчинением Скопинскому райздравотделу (ЦРБ) и Областной санитарно эпидемиологической станции.

До середины 80-х годов XX столетия в штат санитарно-эпидемиологической станции включались помощники санитарных врачей и помощники эпидемиологов, осуществлявшие профилактическую и противоэпидемическую работу на врачебных участках: Горловском — Боровикова Е. Т., Шелемишевском — Силаев И. В., Иванов П. Н. и Октябрьском — Зотова М. С.

В этот период осуществлялась как плановая работа, так и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в спорадических очагах инфекций, а так же инфекций с групповой и вспышечной заболеваемостью (сальмонеллёзы, острая дизентерия, вирусный гепатит А и др.) Постоянно совершенствовалась работа по отработке мероприятий в очагах особо опасных инфекций.



Июнь 1976 г. Работа в очаге особо опасной инфекции

С 1991 по февраль 2005 г. санитарно-эпидемиологическая служба Скопинского района осуществляла свою работу, как районный государственный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и с апреля 2005 года — как территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Рязанской области в Скопинском районе и филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области в Скопинском районе».

По мере становления Скопинской санитарной службы менялись как приоритеты ее работы, так и местонахождение в городе. Вначале санэпидстанция располагалась на 2-м этаже здания в г. Скопине по ул. Рязанская д.41, без централизованного водоснабжения и водоотведения.



фото современного вида здания

С середины 50- годов XX столетия учреждение было размещено на 2 этаже здания г. Скопина по ул. Ленина д. 3. (фото 1980 годов)



С 1978 года и по настоящее время служба размещена в 2-х этажном кирпичном типовом здании, построенном по типовому проекту по адресу: г. Скопин, ул. Советская, д. 149.

Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Рязанской области в Скопинском районе организует и проводит работу по профилактике инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, предупреждению вредного воздействия на человека факторов среды обитания, осуществляет анализ данных социально-гигиенического мониторинга окружающей среды. Организуется большая работа по контролю за реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по иммунизации населения и борьбе с ВИЧ-инфекцией, по профилактике и снижению инфекционной заболеваемости населения, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия летнего отдыха детей и подростков, по подготовке образовательных учреждений к новому учебному году, по организации качественного безопасного рационального питания школьников, по охране труда работающих, по контролю за организацией питьевого водоснабжения населения и другим вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

На контроле находится свыше 1100 объектов, в т. ч. пищевых, коммунальных, детских и подростковых, промышленных и сельскохозяйственных предприятий. Благодаря целенаправленным профилактическим мероприятиям в районе не регистрируются особо опасные инфекционные заболевания, групповая и вспышечная инфекционная заболеваемость, пищевые отравления. Эффективно проводится прививочная кампания против гриппа, в результате чего на протяжении нескольких лет удается предотвратить его эпидемию, избежать значительных экономических потерь. Проведение иммунопрофилактики среди детей и взрослых предупреждает возникновение и распространение таких инфекций как

дифтерия, корь, эпидемический паротит, полиомиелит, краснуха и многих-многих других.

Как следствие проводимой работы, имеет место отсутствие в Скопинском районе заболеваемости: полиомиелитом (с 1961 года), дифтерией (с 1995 года), корью, паротитом, эпидемическим паротитом и краснухой (с 2000 года).

Нельзя не сказать о тех людях, которые своей долгой, кропотливой и вдумчивой работой заложили фундамент становления и успешной работы санитарно-эпидемиологической службы на территории района, снискали уважение и авторитет среди коллег и руководителей предприятий и организаций. Прежде всего, основной вехой надежного функционирования организации была плеяда талантливых руководителей и сплоченного коллектива специалистов. В разные годы санитарную службу Скопинского района возглавляли: Судробин Р.А., Мельникова Л.С. (с 1963 по 1979 гг.), Панфилов А.А. (с 1980 по 2000 гг.), Стенина Л.А. (с 2001 по 2007 гг.). Каждый из этих главных санитарных врачей внес свой весомый вклад в становление службы на Скопинской земле.

Мельникова Любовь Степановна отличалась принципиальным и волевым характером, при ней в 1978 г. было завершено строительство нового современного здания санитарно-эпидемиологической станции. Данный руководитель воспитала ряд талантливых учеников, среди которых был заслуженный врач РФ А.А. Панфилов.

Александр Александрович особое значение придавал укреплению материально-технической базы учреждения. Впервые на Скопинской земле данный руководитель организовал работу по проведению организациями и учреждениями производственного лабораторного контроля параметров внешней среды. Именно во многом благодаря его кропотливой и взвешенной работе был создан мощный испытательно-лабораторный центр, который даже сегодня, спустя много лет, дает отдачу для решения насущных проблем службы. Аккредитация лабораторного центра



Фото современного облика здания

позволила не только проводить независимые исследования по широкому спектру микробиологических и санитарно-химических показателей, но и осуществлять мониторинг влияния состояния окружающей среды (атмосферный воздух, качество воды, пищевых продуктов) на здоровье населения с последующим информированием органов власти и предприятий различных форм собственности для своевременного принятия управленческих решений.

Настоящим продолжателем дела стала Стенина Людмила Анатольевна. Этот руководитель приоритетное значение уделял сохранению и укреплению кадрового потенциала, оснащению современным оборудованием санитарно-химической и микробиологической лабораторий, поддержанию благоприятного климата в коллективе среди сотрудников.

С 2008 года и по настоящее время главным государственным санитарным врачом по Скопинскому, Милославскому, Кораблинскому районам работает Михайлюк Е.А., филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» в Скопинском районе» возглавляет Потуткова Е.Г.

Естественно, как и в любой организации, многое строится на тех людях, которые в ней работали и работают, внося свой посильный вклад в дело обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В разные годы в службе Скопинского района трудились: врач-эпидемиолог Ладыгина Р.М., санитарный врач Плешивцева А.А., врач-бактериолог Панфилова Л.И., заведующий отделом профилактической дезинфекции Колмаков Г.М. и Мещанинова Л.И., врач-бактериолог Ханова С.П., врач-паразитолог Гусак Г.П., заведующий отделением очаговой дезинфекции Староверов Г.Г., заведующая санитарно-гигиенической лабораторией Семакина Н.А., заведующая бактериологической лабораторией Яшников И.Б., помощники санитарных врачей и врачей-эпидемиологов: Кутепова Е.А.,

Полянский Ю.Н., Кареева Т.А., Алексашкина К.В., Канаева С.П., Горячих Р.С., Полянская Т.Д., Чеботарева З.П., Никульшина Л.Я., Забытин А.И.; медицинский статистик Брусникина Л.А., фельдшеры-лаборанты Сергеева Т.В., Антонович В.М.; дезинструкторы: Махонина В.Г., Севостьянова А.Ф., Максимушкин Н.Н.; дезинфекторы: Мочалин А.Г., Буланова Е.П., Гущин В.А. и многие, многие другие.

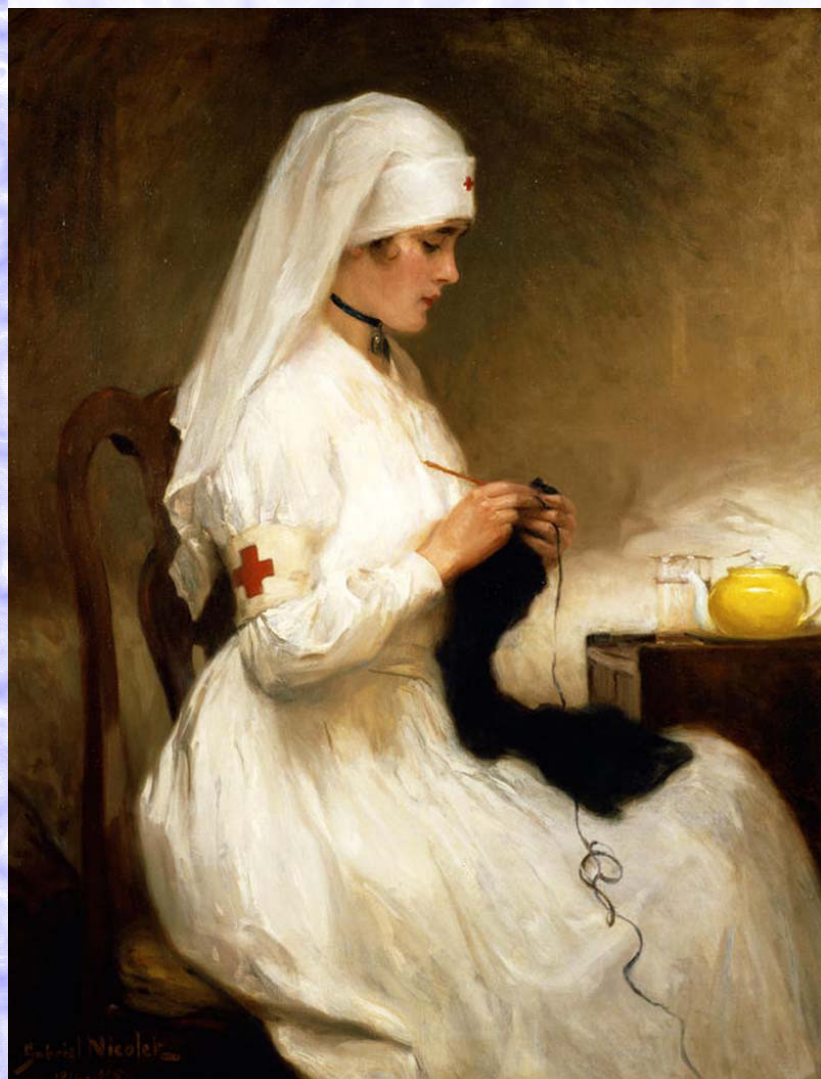
В настоящее время, выйдя на новый уровень для решения очередных задач, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в т. ч. в Скопинском районе, жидется на кропотливой, каждодневной работе специалистов своего дела. Для санитарно-эпидемиологической службы Скопинского района характерен союз опытных профессионалов и молодых сотрудников. Много лет отдали служению профессии и достойно работают сегодня Жемчугов С.П., Потуткова Е.Г., Преснякова Н.Т., Алексашева О.В., Боровкова А.Н., Маркина Т.И.

Отличными и грамотными специалистами зарекомендовали себя молодые кадры службы: Хватова Н.Г., Дерюгина Н.Е., Полякова А.В., Тишкина Ю.В.

Список используемых материалов и литературы:

1. Памятная книжка Рязанской губернии на 1868 год, составлена секретарем Рязанского губернского статистического комитета Михаилом Демидовым
2. Памятная книжка Рязанской губернии изд. 1914 года
3. Сборник Рязанского губернского статистического комитета 1900 год.
4. Фотоматериалы из личного архива Жемчугова С.П.
5. Фотоматериалы из архива МБУК «Скопинский краеведческий музей»

Е.А. Михайлюк, С.П. Жемчугов



Номер подготовили:

Главный редактор

Сергей Николаев

Редакционная коллегия:

*Алексей Маркин, Оксана Збарская, Нина Перфильева,
Екатерина Сомова, София Гусейнова, Марина Мартынова*

В номере так же использованы материалы интернет сайтов

*www.kadom.ru, www.dostoyanie.info, www.ria.ru,
www.anjelika33.baby.ru, www.kotulskaya.ru,
www.zdorovo-vsem.ru, www.anekdotifoto.ru, www.anekdoty.ru*

**Отдельно редакционная коллегия благодарит
за предоставленные материалы:**

*Начальника территориального отдела Управления
Роспотребнадзора по Рязанской области
в Скопинском районе Михайлюка Е.А.*

Спонсорами данного выпуска является:

*Портал учреждений здравоохранения
Российской Федерации www.uzrf.ru*

**Редакция будет признательна другим
меценатам, которые окажут нам финансовую
помощь для дальнейшего развития журнала**