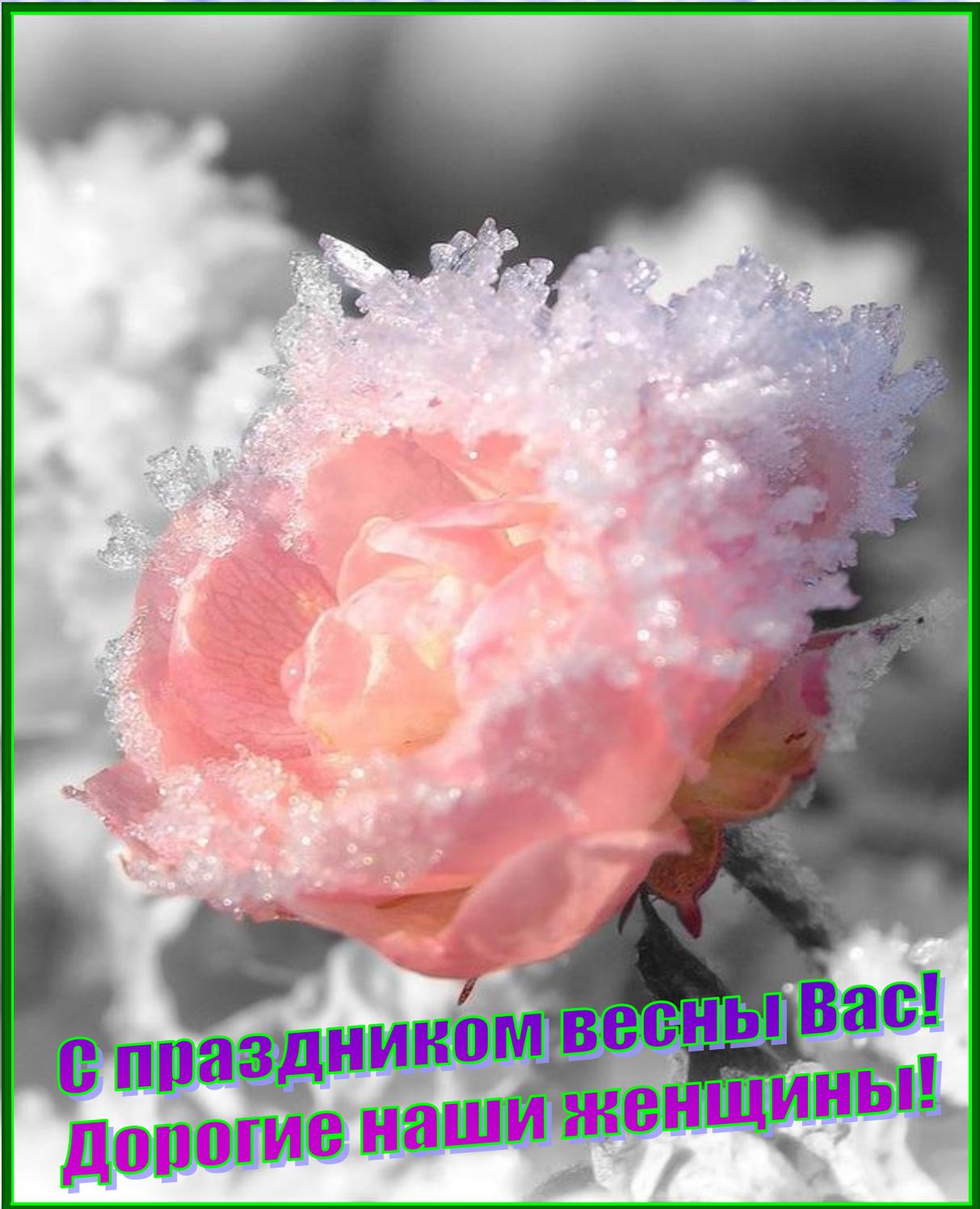




БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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



**С праздником весны Вас!
Дорогие наши женщины!**

Читайте в этом номере:

- | | | |
|-----|---|----------------|
| 1. | <i>Наш анонс</i> | <i>стр. 2</i> |
| 2. | <i>Поздравление главного врача А. И. Мирова</i> | <i>стр.3</i> |
| 3. | <i>К 8 марта О рыцарстве</i> | <i>стр. 4</i> |
| 4. | <i>Женщина со скальпелем</i> | <i>стр. 6</i> |
| 5. | <i>Переедание</i> | <i>стр. 9</i> |
| 6. | <i>Новое в лечении ВПЧ</i> | <i>стр. 11</i> |
| 7. | <i>Новая методика МГТ</i> | <i>стр. 14</i> |
| 8. | <i>Сочи 2014</i> | <i>стр. 18</i> |
| 9. | <i>Сестринское дело</i> | <i>стр. 20</i> |
| 10. | <i>Севастополь</i> | <i>стр. 22</i> |
| 11. | <i>Юмористическая рубрика</i> | <i>стр.27</i> |
| 12. | <i>Малые города России</i> | <i>стр. 30</i> |

С праздником весны дорогие наши женщины!!!



Дорогие мои женщины – санитарочки, медицинские сёстры, врачи!

Ни для кого не секрет, что большая часть коллектива, нашей с Вами больницы, это женщины, это Вы, а значит львиная доля тягот нашей тяжёлой, каждодневной работы, ложиться на Ваши плечи. И не только она! Каждая из Вас является хранительницей семейного очага. А как много нужно сил, чтобы хранить и поддерживать семейный очаг, воспитывать детей, заботиться о близких людях. И нет никаких сомнений в том, что сильная половина человечества благодарна вам за любовь, верность, тепло и заботу, которые Вы отдаете своим любимым. Вы все достойны восхищения: наши мамы и бабушки, наши любимые, наши дочери. И мы, действительно, восхищаемся вами, только вот редко вам об этом говорим. Ведь женщина - это сама жизнь. Ведь все важное на свете зависит от вас: любовь, дети, верность, надежда, успех. Как же нам не быть благодарными за вашу душевную доброту и заботу. Природа наделила вас нежностью, чуткостью и добротой, жизненной стойкостью и оптимизмом. Каждая из Вас достойна любви и уважения, заботы и почитания. Ведь вы так много делаете для мира, счастья и благополучия в своей семье.

Дорогие наши! Сегодня все взоры обращены на Вас. Именно Вы делаете мир добрее, обеспечиваете духовное единство и стабильность общества. Благодаря Вашему бесконечному терпению и мудрости мы преодолеваем все кризисы, потрясения и невзгоды. В современном мире женщины многое делают наравне с

мужчинами: ставят мировые рекорды и управляют страной. В жизни государства и общества Ваша роль становится все более значимой. Однако никогда мы не сможем овладеть искусством, подвластным только вам, женщинам - делать этот мир прекраснее. При этом Вам ничего не стоит все выше и выше поднимать планку своих достижений. Ведь от качества вашего труда зависит многое – здоровье, и жизнь людей. Хочется верить, что ваш профессионализм и умелые руки станут залогом процветания нашей клиники. Ваша сила в терпении, доброте и милосердии. Это помогает победить любые невзгоды.

Большое Вам спасибо за все: за понимание, терпение и доброту, за то, что работаете рядом с нами.

С праздником Вас! С началом весны! Желая Вам здоровья и благополучия. Пусть Ваш дом будет полной чашей, а на лицах Ваших близких всегда будут улыбки!

С праздником Вас!! Пусть никакие невзгоды не омрачают Вашу жизнь, милые бабушки, матери, жены, дочери! Желая Вам благоденствия, успехов в жизни!

С праздником Вас!!! Пусть ласковое солнце освещает Ваш жизненный путь, пусть будут верными в любви Ваши любимые! Пусть каждый день Ваш начинается и заканчивается радостью. Вы все достойны любви и поклонения. Счастья Вам, дорогие!



Ваш А.И. Миров

К 8 марта. О рыцарстве

Человек предполагает, а Бог располагает. Люди творят нечто по замыслу прекрасное, но потом в страхе отшатываются от того монстра, который вышел из рук их. Или, наоборот, хотят развалить все до основания, но в результате лишь расчищают стройплощадку для проекта будущего. Одним словом, человек никогда не достигает того, чего хочет. Тем более что он редко знает, чего, собственно, хочет.

Так возникают праздники, имеющие одну цель при возникновении и по прошествии времени удаляющиеся от этой первоначальной цели в сторону противоположную. 8 Марта – одно из таких событий.

Где память о «маршах домохозяек»? Где борьба за общее избирательное право? Где попытка превратить женщину в товарища и страстное желание сего «товарища», чтобы на него не смотрели с искрой желая, но лишь крепко жали ему руку и хлопали по плечу? Вся чужья, как пена слезла, и осталось желание женщины быть женщиной, при согласии мужика хоть изредка признавать за ней это смиренное и естественное право.



photosight.ru. Фото: Павел Гонтарь (pitbul25)

Нет, гендерные проблемы кое-где продолжают волновать сердца человеческие с той же силой, с какой в анекдоте смиренного жителя тундры волновал Гондурас. Но у нас, в стране — то победившего окончательно (но не полностью), то вдруг развалившегося внезапно и окончательно социализма, — женщина хочет быть просто женщиной.

Не хочет ни станка, ни лопаты, ни полета в космос, ни годового бухгалтерского отчета. Подарков хочет, комплиментов хочет, хочет слышать невинную полуправду о том, как она

красива, хочет украсить пещеру подснежниками и дожидаться своего добытчика вечером трезвого и не с пустыми руками.

В этом смысле я – за 8 Марта! Я за то, чтобы люди по временам разглаживали сморщенное заботами лицо и расплывались в добрых улыбках. Но кроме этого, во всяком жизненном факте есть своя метафизика, есть возможность уловить высший смысл и вынести серьезный урок. Говоря о Международном женском дне, можно смело плюнуть на социально-политический пафос и заговорить о теплоте человеческих отношений, и о ... рыцарстве. Да-да, о рыцарстве, которого у нас не было.

Рыцарство – это воинская доблесть, уравновешенная благородством, это умение уважать врага, это отказ от драки ради драки, но умелое ведение боя там, где есть высшая цель. Много священных идей и столетиями воспитуемых качеств сходятся в одну точку под именем «рыцарство». Есть там место и для особого отношения к женщине, как к существу слабому, но способному принять великое освящение.

Рыцарь может служить конкретной Даме, а может и не служить, зная только сеньора или короля. Но рыцарь – христианин, и он непременно чтит Пресвятую Деву, видя в Ней главную Мать в мире и первую среди Дев. От почитания Богородицы в рыцаре неизбежно должно присутствовать возвышенное отношение к женскому естеству, тем более что часто рыцарь – монах, и он не смеет смотреть на женщину с вожделением. Это стройное и возвышенное средневековое умозрение, уводящее мысль вверх, подобно средневековым шпильям, владело умами людей на Западе долгие столетия. И когда умерло собственно рыцарство как военно-религиозное служение, храбрость в соединении с честностью, строгость, смягченная милостью, и учтивость к слабому полу в культуре остались. Вот этому и надо поучиться.

Можно с малого начать. Например, нужно научиться сдерживать язык и никогда не выражаться срамно в присутствии женщин. Нужно раз и навсегда прекратить матерную брань, то есть воспитать в себе табу на всякое срамное слово с упоминанием матери.

Нужно понять, что хотя современная женщина и отравлена идеей равенства полов, самого равенства этого в природе нет. И кому, как не женскому сердцу, знать эту горькую истину? А значит, женщина, снаружи подделываясь под мир, внутри все так же хочет защиты, боится позора и предательства, мечтает о сильном плече. Она готова в 99-ти случаях из ста сказать равенству и прочим демократическим свободам «пропадите вы пропадом», как только ей взамен пообещают простое семейное счастье. Ну так надо дать ей это счастье. Нужно дать ей и заработанную копейку, и искренний поцелуй, и слово ободрения. Каждой женщине нужно получить все означенное от собственного мужа. И, Боже мой, сколько радости и силы, сколько энергии и самоотдачи, сколько ласки и заботы тогда в ответ получит мужская часть человечества! Право, жаль, что мы в большинстве своем – не рыцари.

Кстати, о том, что рыцарства у нас не было, пишет Пушкин. (Это я на случай возможных возражений, чтобы спорили не со мной). В набросках статьи «О ничтожестве литературы русской» он говорит: «Долго Россия оставалась чуждою Европе. Приняв свет христианства от Византии, она не участвовала ни в политических переворотах, ни в умственной деятельности римско-кафолического мира. Великая эпоха Возрождения не имела на нее никакого влияния; рыцарство не одушевило предков наших чистыми восторгами, и благодетельное потрясение, произведенное крестовыми походами, не отозвалось в краях оцепеневшего севера... России определено было высокое предназначение... Ее необозримые равнины поглотили силу монголов и остановили их нашествие на самом краю Европы; варвары не осмелились оставить у себя в тылу поработленную Русь и возвратились на степи своего востока. Образующееся просвещение было спасено растерзанной и издыхающей Россией». Эти же мысли поэт развивает в известном письме Чаадаеву. Вообще поэт, сказавший еще в «Онегине»: «лета к суровой прозе клонят», обещал стать незаурядным прозаиком и историком. Но мы не о том сейчас...

«Рыцарство не одушевило предков наших чистыми восторгами». Значит потомки должны

одушевиться не по велению наступившего исторического момента, а по одной лишь доброй воле. За такой труд и награда иная.

У Запада была своя историческая школа воспитания, а у нас – своя. Но теперь мы, не благодаря, а вопреки историческому моменту, можем сами себя воспитывать, избирая в истории лучшие образцы для подражания. И это есть подлинная школа и подлинный культурный подвиг. Ведь нынешний момент исторический состоит в идее уравнительного распада и в скрытой войне против всякого благородства. Действительность формирует человека по шаблону существа сытого и бессмысленно живущего. Самое время противостоять этой липкой серости идеей внутреннего благородства, идеей служения.

Рыцарство, напомним, есть одновременно и служение, и благородство.

Слабого не обижай.

Над калекой не смейся.

Упавшего подними.

Чужого не бери.

Заработанным поделись.

В грехе счастья не ищи.

Никого, кроме Бога, не бойся.

С женщиной веди себя, «как с немощнейшим сосудом, оказывая им честь, как сонаследницам благодатной жизни» (1 Пет. 3:7).

При таком нравственном кодексе всякий праздник нам будет на пользу и из всего мирского сможем извлечь нечто духовное. При таком подходе к жизни женщины наши будут нами гордиться и 9-го марта, и 10-го, и 11-го. Да и мы, мужчины, откажемся видеть в женщинах лишь объект похоти либо налогоплательщика в юбке, но усмотрим в них те черты, которыми от века вдохновлялись самые лучшие сыны Адамовы.

Протоиерей Андрей Ткачев

Источник: www.pravmir.ru

Женщина со скальпелем.



Сто лет назад канадский врач Уильям Ослер писал: «существует три категории людей: мужчины, женщины и женщины-врачи». Сегодня женщина-врач – уже совсем не экзотика, 69% врачей в России – женщины. Но в хирургии по-прежнему женщин намного меньше, чем мужчин. Хирургия – одна из самых ярких и, если можно так сказать, эффектных специальностей в медицине. Из всех способов лечебного воздействия хирургическая операция позволяет помочь пациенту наиболее быстро и радикально и часто в буквальном смысле слова спасти жизнь. И именно в хирургии врачебное вмешательство сопряжено с высоким риском – ошибка может быть фатальной. Мелочей в хирургии нет. Врачи, работающие в этой специальности, должны обладать в первую очередь такими качествами, как решительность, ответственность, внимательность (даже скрупулезность) и физическая выносливость. Но насколько эти качества характерны для женщин? Психологическое напряжение на работе часто зашкаливает, поэтому многие женщины уходят из хирургии

Существует много, на наш взгляд неоправданных, выражений про представительниц прекрасного пола, выбравших своей профессией хирургию:

«Женщина-хирург – как морская свинка: ни к свиньям, ни к морю отношения не имеет»;
 «Хирурги женского полу - полу хирурги»;
 «Женщина-хирург - и не женщина, и не хирург»;
 «Женщина-хирург - это даже не смешно».

Однако, доктора женского пола с хирургической специализацией, обычно яростно оспаривают эти афоризмы. Кстати, почему-то

все, говорящие - "ты не врач, а женщина" забывают, что в СССР во вторую мировую оперировали, в основном, именно женщины.

Мифы и реальность

Почему же многие медики относят хирургические специальности к категории «неженских», и в чем такая позиция соответствует истине, а в чем является следствием сложившихся стереотипов.

Миф первый: работа хирурга требует высочайшей концентрации внимания и быстроты реакций
 Реальность: Устойчивой зависимости между половой принадлежностью и этими качествами нет. Когда-то считалось, что автовождение – абсолютно не женское дело, и женщины не способны водить автомобиль наравне с мужчинами, реакция не та. А в наши дни многие женщины прекрасно управляют автомобилем. Есть немало представительниц прекрасного пола, способных при необходимости реагировать на ситуацию быстро и четко. Кроме способности быстро принимать решения, в хирургии также требуются терпение и способность к кропотливой мелкой работе, весьма характерные для женщин. Это положение подтверждают многочисленные работы по психологии и психофизиологии. Например, в книге «Гендерная психология» профессор Ирина Сергеевна Клецина пишет: «При работе, связанной с выраженными затратами мышечной энергии, женщины менее успешны, а в работах, требующих ручной ловкости, они обнаруживают большую скорость и точность». А Игорь Васильевич Грошев в монографии «Психофизиологические различия мужчин и женщин» говорит о том, что внимание к деталям у женщин выше, чем у мужчин.

Миф второй: работа хирурга физически тяжела
 Реальность: Безусловно, дежурить сутками, работать по ночам, часами стоять на операциях физически тяжело, особенно когда проходит первый восторг от овладения профессией. Однако есть такие чисто женские специальности, в которых физические нагрузки ничуть не меньше. Например, операционным или палатным медсестрам приходится перекладывать больных любого веса и возить трупы – но почему-то никто не говорит, что это не женское дело.



Миф третий: мужчины-хирурги оперируют лучше, чем женщины Реальность: В медицине, как и в прочих областях нашей жизни, существует дискриминация по гендерному признаку, и особенно она заметна в хирургии. При прочих равных условиях на вакансию возьмут мужчину. Это негласное правило объясняется тем, что мужчина работодателю удобнее – он не уйдет в декретный отпуск, не возьмет больничный по уходу за заболевшим ребенком, у него не бывает ПМС, его не ждут дома кухня, уборка, стирка. Высокий профессиональный уровень – единственное, что может противостоять подобному предвзятому отношению. Поэтому женщине-хирургу приходится всю жизнь доказывать, что она может выполнять свою работу не хуже мужчин и даже быть на голову выше их в профессиональной подготовке, но она все равно будет вынуждена прикладывать гораздо больше усилий, чтобы подтвердить свою квалификацию.

Миф четвертый: женщины-хирурги реже выходят замуж Реальность: Шанс обзавестись семьей у девушки, увлеченной хирургией со студенческой скамьи, изначально меньше, чем у многих других, из-за дефицита свободного времени – постижение азов профессии требует больших временных затрат, молодые доктора-хирурги в больнице практически живут. Однако на эти логичные вроде бы рассуждения есть одно возражение. Акушеры-гинекологи у нас почти поголовно женщины. Работая в стационаре или роддоме, они дежурят, ведут

тяжелых больных, задерживаются на операциях и приезжают на работу в выходные. Но, акушер-гинеколог, не имеющий семьи, – скорее исключение. Тут, скорее, дело немного в другом. Изначально в большую хирургию идут девушки, обладающие определенным складом: они больше интересуются медициной, нежели взаимоотношениями с противоположным полом, и именно из-за такого сильного характера они могут быть одиноки. В дальнейшем на женщину-хирурга накладывает отпечаток работа в преимущественно мужском коллективе с его специфическими мужскими интересами, она становится «своим парнем», легко и быстро находит с мужчинами общий язык, но они могут уже не воспринимать ее как женщину.

Миф пятый: успешные женщины-хирурги, как правило, не справляются с ролями жены и мамы Реальность: Это утверждение отрицать сложно. Большая хирургия, если заниматься ею серьезно, требует практически самоотречения. Рабочий день хирурга стационара по сути ненормированный – к тяжелому больному врача могут вызвать в любое время суток и в любой день. И если этот врач – женщина, у которой есть маленькие дети, муж тоже врач, а тем более – врач хирургической специальности, то без помощников ей просто не обойтись. Операцию, даже плановую, нельзя отложить из-за того, что у ребенка утренник или он заболел ветрянкой. Результат: у женщины-хирурга, которой недоступна постоянная помощь бабушек, дети часто бывают заброшены и растут сами по себе, и по мере их взросления это может быть чревато большими проблемами.

Миф шестой: женщины более эмоциональны и склонны к сопереживанию, им труднее абстрагироваться от пациента, поэтому они не годятся для хирургии Реальность: В профессии хирурга способность не принимать «близко к сердцу» и здоровый цинизм, которые больше характерны именно для мужчин, идут только на пользу. Когда больного становится «жалко» – врач начинает волноваться, нервничать, из-за этого может дрогнуть рука и ухудшиться результат, а результат в хирургии – это часто человеческая жизнь.

Миф седьмой: работая в мужском коллективе, наблюдая кровь, человеческие страдания и причиняя боль пациентам (а хирургу так или иначе приходится это делать в процессе лечения), женщина грубеет, черствеет и маскулинизируется, становится по-мужски сурова, харизматична и резка на поворотах. «Резать к чертовой матери, не дожидаясь перитонита!» – говорила с зажатой в зубах папиросой хирург Вера Семеновна в фильме «Покровские ворота». Фраза стала крылатой, а образ суровой Веры Семеновны – первое, что приходит в голову очень и очень многим, когда они слышат словосочетание «женщина-хирург».

Но обе приведенные точки зрения – результат чрезмерного обобщения. Конечно, хороший хирург – и неважно, какого он пола – умеет держать себя в руках. И, конечно, настоящая женщина остается ею в любых условиях. Женщины гораздо реже, чем мужчины, «снимают стресс» известным способом, аккуратнее и чище плотнее вне оперблока. Если сравнить ординаторские чисто мужских хирургических отделений и отделений со смешанным составом, то разница будет налицо. Там, где есть женщины, уютнее, развешаны милые картинки, окурки не плавают неделями в чашках с недопитым чаем и плафоны не наполнены коллекцией насекомых за последние пять лет.

Но мифы никогда не допускают одноединственного толкования. Быть хорошим хирургом и одновременно оставаться настоящей женщиной можно, но надо быть готовой проводить на работе больше времени, чем дома, работать по 32 часа подряд, систематически не высыпаться и неоднократно встречать Новый год в ординаторской, а то и за операционным столом. Надо выработать в себе стрессоустойчивость, научиться переносить 1. неприятные запахи, смириться с 2. периодическими смертями пациентов, в том 3. числе и молодых людей, и с риском заразиться неизлечимой инфекцией, вроде ВИЧ или гепатита С. Кроме того, обязательно уметь 4. совмещать работу с семейной жизнью во всех ее

проявлениях, находить время, силы и желание заниматься собой, учитывая, что заработок будет, скорее всего, довольно скромный, особенно в первые несколько лет. И при всем этом постоянно придется демонстрировать результаты лучшие, чем у многих коллег-мужчин (то есть упорно трудиться и самообразовываться).

Если все вышеперечисленное у женщины-хирурга возражений не вызывает, то сравнение ее с морской свинкой, совершенно точно, неуместно.

«Хирург должен иметь глаз орла, силу льва, а сердце женщины».



Подготовила: Чулкова А. Ю.

По материалам:

Forum. diser. ru

Интернет-журнал: «Livejournal»

Журнал для сотрудников аптечных учреждений и медицинских работников «Катренстиль»

Общественно-политическая газета «Вперед»

Фотоматериалы предоставлены Лачевой Л. С.

Проблема рационального питания

За последние 10 лет масса тела взрослых мужчин и женщин возросла на 2 килограмма, да и дети прибавили почти килограмм. Избыточная масса тела и ожирение – тащат за собой гамму заболеваний сердечно-сосудистой системы, диабет, некоторые формы злокачественных новообразований и др. нарушений здоровья – составляющих причин высокой смертности населения России. Что касается низкой массы тела, свидетельствующей о белково-калорийной недостаточности, то среди взрослого населения распространенность этого тяжелого нарушения питания наблюдается у 2-4% людей, с такой же частотой, как и в большинстве развитых стран.



Среди семей с наиболее низкими доходами в каждой третьей-четвертой имеется хотя бы один человек с проявлениями белково-калорийной недостаточности. А насколько рациональны их расходы на питания? Именно среди этой группы максимальные расходы приходится на колбасные изделия. Да и большинство населения воспринимают их, ни как закусочный продукт, а как эквивалент мяса. Действительно колбаса это мясной продукт, но в его составе не более 12-15% белка и 33-35 или более процентов жира(!!!), тогда как в приготовленном мясе 20 и более процентов белка и только 8-10% жира. Следует также иметь ввиду, что именно мышечная ткань содержит, так нужные нам, легкоусвояемое железо и витамин В12 – именно этих незаменимых пищевых веществ в колбасах и сосисках значительно меньше.

Наше отношение к молоку. Мы делаем все, чтобы вытеснить этот напиток из рациона питания детей, предлагая им сладкие газированные

напитки (этому способствует и реклама). Не думая (или не зная) о том, калорийность сладких напитков примерно соответствует молоку, но в них кроме сахара ничего нет, тогда как молоко – это прекрасный белок, витамин А и В2 и, конечно, кальций, которого нам всем так не хватает. Ну и, кроме того, молоко прекрасно утоляет жажду, а низкожирное – менее калорийно, теряет некоторое количество витамина А, но сохраняет другие полезные качества. Тоже можно сказать и о кефире, йогуртах и др. жидких кисломолочных продукта. Следует иметь ввиду, что молочные продукты – прекрасные, недорогие и даже полезные продукты.

Овощи и фрукты - особенная группа продуктов, если мы съедаем менее 400г. этих продуктов, то организм недополучает витамина С, каротиноидов, фолиевой кислоты, пищевых волокон, микроэлементов, а также разнообразных минорных биологически активных веществ (флавоноидов, индолов, фитостероинов, органических кислот и др.) с которыми, как показывают исследования последних лет, ассоциирует здоровье. Следует помнить, что многие полезные компоненты овощей и фруктов теряют свою активность или разрушаются при термической обработке. Именно поэтому их нужно употреблять преимущественно в сыром виде. Если же мы их отваривали, то готовые блюда не следует долго хранить или подвергать повторной термической обработке. Мы всегда должны руководствоваться принципом – приготовил и съел.

Мы всегда спешим. Имея утром лишних 10-15 минут и планируя приготовить вечером картофель, мы его чистим, помещаем в кастрюлю и заливаем водой. Придя вечером домой и увидев, что вода стала мутной, мы ее сливаем, наливаем новую и ставим картошку на плиту. Мы не задумываемся над тем (или не знаем), что концентрация наиболее ценных компонентов картофеля (калий, белок, витамин С) более высокая в части, прилегающей к кожуре, а сама кожура – это пищевые волокна. Почистив картофель, мы удаляем пищевые волокна и значительную часть калия, белка и витамина С, а поместив его в воду, мы создаем условия для перехода полезных компонентов в воду, которую выливаем. Процесс варки будет сопровождаться как дальнейшим их переходом в отвар (его мы тоже сливаем), так и разрушением витамина С под воздействием температуры. Наши мудрые предки варили картофель в кожуре или запекали целиком.

Микронутриентная недостаточность охватывает все слои населения, но йодированная соль для нас не годится – ей нельзя солить огурцы, утверждают многие, но это чистейшей воды заблуждение, да и домашние заготовки становятся у нас менее популярными – большинство дачных участков превращаются в зеленые лужайки и цветники – в этом ничего плохого нет и свидетельствует скорее о повышении жизненного уровня населения. Но, о здоровье то не следует забывать! Популяция российских детей отличается более высокой массой тела (ничего хорошего в этом нет) и низким ростом, что отчасти может быть связано с нашими генетическими особенностями, но недостаток йода и железа могут негативно сказываться на темпах роста (и умственного развития) детей. Недостаток витаминов и биологически активных компонентов пищи приводит к значительному снижению адаптационного потенциала организма детей и взрослых, повышая риск возникновения многих болезней.

И в заключение несколько важных советов, которые помогут сделать ваше питание более здоровым:

- Старайтесь планировать питание вашей семьи и сделать свой рацион максимально разнообразным;
- Отдавайте предпочтение овощам и фруктам, хлебным продуктам, произведенным из муки

грубого помола (цельное зерно или мука 1-2 сорта) и обогащенных витаминами и минеральными веществами. Для приготовления каш выбирайте крупы на основе цельных зерен. Картофель – «второй хлеб» - отваривайте в кожуре;

- Помните, что молочные продукты – это здоровье костей. Молоко и кисломолочные напитки, особенно с низким содержанием жира и без добавленного сахара прекрасно утоляют жажду. Молочные продукты как и фрукты являются отличными продуктами;
- Ограничивайте потребление мясных и рыбных деликатесов, жиров животного происхождения, отдавайте предпочтение нежирным сортам мяса, птицы. 2-3 раза в неделю (или чаще) ваше меню должно включать рыбу – источника не только белка, но и незаменимых жирных кислот;
- Используйте растительное масло для заправки овощных салатов;
- Не приучайте своих детей к сахару, жирным и мучным кондитерским изделиям;

Начальник территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Рязанской области в Скопинском районе, врач 1 квалификационной категории
Е.А. Михайлюк



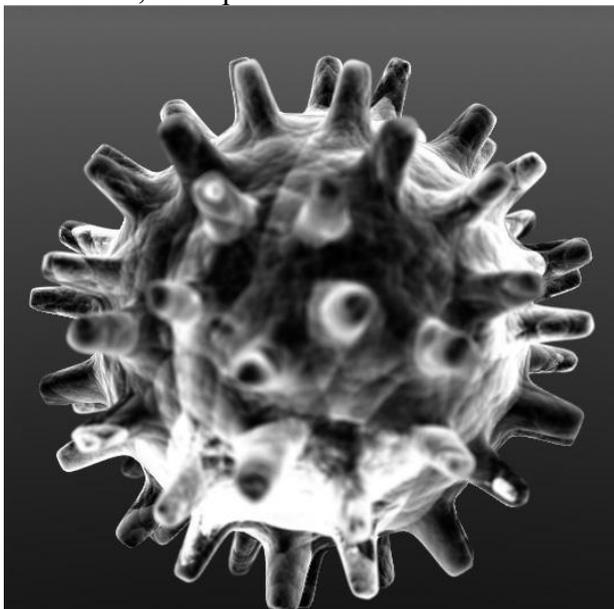
<http://www.liveinternet.ru/users/12000000/>

Неовир в комплексном лечении папилломавирусной инфекции человека.

Э.А. Баткаев, Н.В. Баткаева

Кафедра клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН

Все больший интерес у специалистов вызывает вирус папилломы человека (ВПЧ) из-за высокого распространения последнего не только в России, но и во всем мире. Вирусы папилломы относятся к подгруппе А семейства Papoviridae, род papillomavirus. Геном вируса представляет собой двухцепочечную ДНК. Диаметр вирионов составляет 45-55 нм. Тип вируса определяют по первичной структуре генома. Известно более 60 типов вируса папилломы. Вирусная инфекция может протекать как неинтегративная, так и интегративная. В последнем случае геном вируса встраивается в клеточную ДНК. Клинические особенности инфекции во многом определяются типом вируса. В аногенитальной зоне наиболее часто обнаруживают типы 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35. Наблюдают определенную связь конкретных типов вируса с теми или иными поражениями: при раке шейки матки наиболее часто выявляют серотипы 15, 16, 18, раке кожи – 5 серотип, при карциноме гортани – 11 серотип, остроконечных кондиломах гениталий – 6, 11 серотипы.



Пути передачи вируса: контактный, прямой и не прямой, половой, перинатальный. Возможна аутоинокуляция при расчесывании. Ряд авторов указывают на вероятность гематогенного пути инфицирования. Папилломавирусная инфекция носит оппортунистический характер. Клинические проявления регистрируются у лиц, иммунная система которых несостоятельна в иммунологическом распознавании и элиминации трансформированных вирусом клеток. Бурный рост

кондилом у больных ВИЧ-инфекцией и у беременных с последующим частым их исчезновением после родов подтверждают данную теорию. Иммунный ответ на наличие ВПЧ-инфекции обычно опосредован клеточными механизмами, а антитела к вирусным белкам являются «свидетелями», так как не влияют на клиническое течение заболевания. При исследовании состояния системы интерферона при ВПЧ-инфекции гениталий у женщин в соскобах эпителия, мазках-отпечатках с эндо- и эктоцервикса, биоптатах шейки матки и в периферической крови выявили достоверное снижение продукции α - γ -интерферона, увеличение сывороточного интерферона и спонтанной продукции интерферона, что было особенно выражено у пациенток с высокоонкогенными (16, 18) серотипами ВПЧ.

Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы) чрезвычайно широко распространены, однако показатели заболеваемости занижены и не отражают реальной действительности. Данное несоответствие связано с особенностями течения различных клинических форм заболевания. ППЧ относится к группе инфекций, передаваемых половым путем, отличается высокой контагиозностью (заражение происходит в 46-67% случаев). Интересны результаты обследования половых партнеров женщин с ППЧ: у 64,4% мужчин – половых партнеров остроконечные кондиломы обнаружены только с помощью проведения пробы с 5% уксусной кислотой в виде очень мелких плоских узелков, не определяемых визуально. Симптомы интраэпителиальной неоплазии полового члена выявлены в 32,8% случаев.

Кроме того, в научной литературе имеются сообщения о выделении папилломавируса человека из амниотической жидкости. Появляется все больше сообщений о папилломавирусной инфекции гортани и бронхов у новорожденных детей, рожденных от инфицированных матерей. Инкубационный период ВПЧ-инфекции гениталий составляет 1-12 месяцев (в среднем 3 месяца).

Отсутствие четко обозначенного инкубационного периода, по-видимому, обусловлено именно наличием сочетанной инфекции уrogenитального тракта и снижением иммунореактивности организма у больных ВПЧ-инфекцией.

Клинически выделяют экзофитную и эндофитную формы ВПЧ-инфекции гениталий, которые могут быть диагностированы отдельно или в различных сочетаниях. Типичным проявлением экзофитной формы ВПЧ-инфекции гениталий считаются остроконечные кондиломы, число диагностируемых случаев которых во всем мире возрастает из года в год. Заболевание регистрируется преимущественно у лиц, достигших половой зрелости, но, как правило, у женщин и мужчин не старше 30 лет.



Кондиломатоз у детей до 14 лет наблюдается редко. Остроконечные кондиломы чаще располагаются в аногенитальной области, тяжело поддаются лечению и потенциально злокачественны.

Лечение ВПЧ-инфекции остается трудной задачей, поскольку нет возможности достичь полной элиминации возбудителя из-за отсутствия системных лекарственных средств и специфической вакцины. В связи с этим целью лечения является деструкция эксфолиаций ВПЧ путем локального воздействия. Терапевтическая эффективность существующих методов лечения недостаточно высокая и варьирует от 50 до 97 %, при этом у значительной части больных (25-50%) в первые три месяца после лечения развивается рецидив заболевания вследствие реактивации возбудителя. Это, очевидно, связано со снижением иммунологической реактивности организма больных и особенно подавлением

интерферогенеза, поэтому для повышения эффективности терапии и предотвращения диссеминации ВПЧ-инфекции в организме целесообразно применение комбинированного лечения, сочетающего методы деструктивной терапии и коррекции иммунного статуса.

Перспективным является применение активаторов противовирусного иммунитета – неовира, панавира и иммуномакса при рецидивирующих ОК в комбинации с любым из деструктивных методов. Больным удаляют ОК и одновременно назначают инъекции неовира (250 мг внутримышечно через каждые 48 часов №5 и далее через каждые 3-4 дня №5), внутривенные инъекции панавира (по 5 мл 0,004% р-ра, через 48 часов, № 5-10) или внутримышечные инъекции иммуномакса (200 ЕД однократно в сутки на 1, 2, 3 и 8, 9, 10 дни лечения).

При остроконечных кондиломах лечение проводится всем половым партнерам одновременно. Рекомендуется половой покой в период приема лекарственных препаратов и барьерная контрацепция в течение 6 месяцев после ее окончания.

Под нашим наблюдением находилось 15 больных (100%) с папилломавирусной инфекцией кожи. Из них пациентов с вульгарными бородавками было 5 человек (33,3%), в папилломавирусной инфекцией гениталий – 10 пациентов (66,7%). Возраст пациентов составлял $34 \pm 3,6$ лет. Мужчин было – 7 человек, женщин было – 8 человек.

Комплексное клиничко-лабораторное обследование всех 15 пациентов включало определение типа вируса папилломы человека (ВПЧ) методом ПЦР и уровней интерферонов α - и γ - в сыворотке крови. Исследование отделяемого уrogenитального тракта методом ПЦР с целью выделения ВПЧ проводилось всем пациентам с аногенитальными бородавками. Помимо выявления самого вируса этим пациентам проводилось определение типа вируса папилломы человека. У мужчин материал для исследования получали из уретры и из отделяемого высыпаний при их локализации на коже. Забор материала осуществляли с помощью одноразовых уrogenитальных зондов после предварительного массажа уретры.

У женщин забор материала для исследования производился из уретры и из цервикального канала, также исследовалось и отделяемое остроконечных кондилом при их локализации на коже промежности. ПЦР на ВПЧ проводилась также и пациентам с вульгарными бородавками. Материал для исследования получали путем эксфолиации верхнего слоя бородавок одноразовыми цитощетками.

До лечения ВПЧ обнаруживался у всех 10 пациентов (66,7%) с аногенитальными бородавками, причем в 34% случаев выявлялся вирус высокого онкориска (16, 18 типы), в остальных случаях обнаруживались типы вируса, относящиеся к группе низкого онкориска. У пациентов с вульгарными бородавками вирус удалось выделить лишь в 1 случае (20%) из 5.

До лечения у всех 15 пациентов (100%) отмечалось выраженное снижение уровней α - и γ -интерферонов, в то время как уровни сывороточного и свободного интерферонов были в пределах нормы. Практически у всех пациентов была диагностирована недостаточность системы интерферонов по α - и γ -интерферонам 2-3 степени.

При лечении использовали комбинированную терапию папилломавирусной инфекции – радиоволновую деструкцию высыпаний у 10 пациентов (66,7%) с папилломавирусной инфекцией гениталий и криотерапию – у 5 пациентов (33,3%) с вульгарными бородавками.

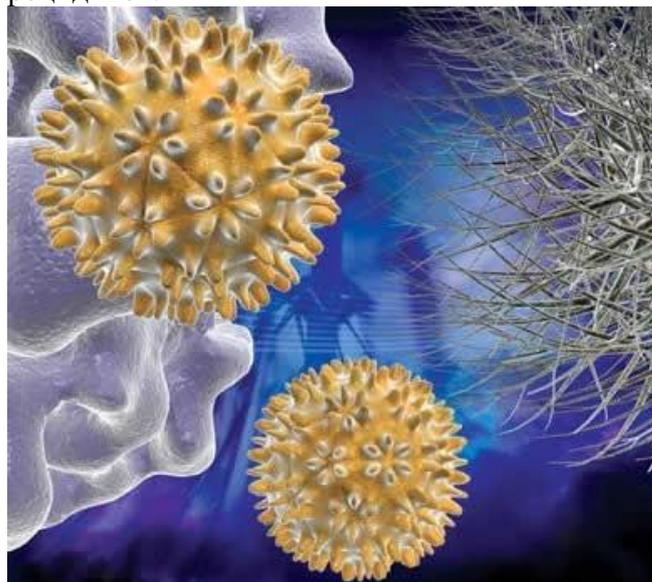
Учитывая полученные результаты интерферонового статуса у наших пациентов, в частности выраженное снижение показателей интерферонов в 3 раза и более, параллельно с деструкцией элементов назначался иммуностимулятор Неовир в дозе 250 мг внутримышечно через каждые 48 часов №5 и далее через каждые 3-4 дня №5, всего все пациенты получили по 10 инъекций препарата. Действующим веществом Неовира является оксидигидроакридинацетат натрия. В зависимости от проводимой терапии все пациенты были разделены на 2 группы: Первую группу составили 5 пациентов (33,3%) с папилломавирусной инфекцией гениталий, которым проводилась только деструктивная терапия (высокочастотным радиоволновым хирургическим генератором «Сургитрон»).

Во 2 группу вошли 10 пациентов: 5 с вульгарными бородавками (33,3%) и 5 с папилломавирусной инфекцией гениталий (33,3%), которым

проводилась деструктивная терапия параллельно с инъекциями индуктора интерферона – неовира по 250 мг внутримышечно через каждые 48 часов №5 и далее через каждые 3-4 дня №5, всего все пациенты получили по 10 инъекций препарата. Деструктивная терапия пациентам с аногенитальными бородавками осуществлялась с помощью высокочастотного радиоволнового хирургического генератора «Сургитрон», пациентам с вульгарными бородавками проводилась криотерапия образований жидким азотом 3 тура по 15-20 секунд.

Через 3 месяца после проведенного лечения осуществлялась клиничко-лабораторная оценка излеченности. Так, в 1 группе, в которой пациентам проводилась только радиоволновая деструкция, полной элиминации вируса удалось достичь лишь в 15% случаев. Во второй группе, пациенты которой получали параллельно с деструктивной терапией инъекции Неовира, полная элиминация вируса зарегистрирована в 71% случаев.

Через 3 месяца рецидив высыпаний был зарегистрирован у 70% пациентов 1 группы и в 15% случаев у пациентов 2 группы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости включения в комплексную терапию папилломавирусной инфекции наряду с деструктивными методами иммуномодулятора Неовира, оказывающего положительное влияние на уровни интерферонов в сыворотке крови и предупреждающий развитие рецидивов.



Обзор подготовила Татьяна Штукина.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М.И. ЯРМОЛИНСКАЯ

ФГБУ НИИ Акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе, программа сохранения здоровья женщины в пери- и постменопаузе представляет собой комплексный подход, который должен включать в себя рациональный режим питания, регулярную физическую активность, а также гормональную заместительную терапию аналогами половых стероидных гормонов, являющуюся основным методом профилактики и лечения климактерического синдрома. Основной целью гормональной заместительной терапии является достижение оптимального минимального уровня гормонов в организме женщины, приводящего к устранению патологических симптомов климактерия, нормализации обменных процессов при минимальном риске побочных реакций, связанном с приемом препарата.

В 2013 году на Всемирном консенсусе был принят термин «менопаузальная гормональная терапия» (МГТ). Согласно заключению консенсуса, доза и длительность МГТ должны быть согласованы с целями лечения и вопросами безопасности и индивидуализированы. Также является важным вопрос о выборе эстрогенного и прогестагенного компонентов в составе МГТ и способе их введения. Известно, что трансдермальное применение натуральных эстрогенов в сочетании с интравагинальным способом введения микронизированного прогестерона имеет ряд преимуществ. Определено, что трансдермальный способ введения эстрогенного компонента позволяет избежать первичного прохождения через печень и связан с меньшим риском венозного тромбоза, а интравагинальное применение прогестерона оказывает защитное влияние на эндометрий, но обладает меньшим количеством системных побочных эффектов. Кроме того, очевидно, что пациентки в пери- и постменопаузе имеют достаточно высокую частоту сопутствующей соматической патологии, что также необходимо учитывать при назначении МГТ и минимизации возможных рисков терапии.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность микронизированного прогестерона в составе циклической и непрерывной комбинированной МГТ у женщин в пери- и постменопаузе.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 63 женщины с климактерическим синдромом. В зависимости от фазы климактерия пациентки были разделены на две группы и определены следующие критерии включения.

Для первой группы:

- перименопаузальный период,
- возраст от 45 до 52 лет,

- гипергонадотропная овариальная недостаточность,
- наличие климактерического синдрома (легкой, средней или тяжелой степени тяжести).

Для второй группы:

- постменопаузальный период (длительность менопаузы не менее 2 лет),
- возраст от 52 до 58 лет,
- наличие климактерического синдрома легкой, средней или тяжелой степени тяжести.

Критериями исключения для двух групп были: онкологические заболевания, наличие тяжелой соматической патологии, а также тромбозы и тромбоземболии в анамнезе.

У всех пациенток перед назначением МГТ проводилось следующее обследование: измерение артериального давления, определение индекса массы тела (ИМТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с применением трансвагинального датчика, мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала на онкоцитологию, маммография, биохимический анализ крови, включающий определение уровней АЛТ, АСТ, билирубина, холестерина, сахара, коагулограмма, определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ).

При необходимости в группе пациенток в пери- менопаузальном периоде проводилось определение уровней ФСГ и ЛГ. По показаниям выполнялось углубленное обследование свертывающей системы крови: расширенная коагулограмма, D-димер, внутрисосудистая агрегация тромбоцитов, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.

Назначаемые режимы менопаузальной гормональной терапии:

- Для пациенток в перименопаузе было рекомендовано применение эстрадиола гемигидрата в виде геля для наружного применения 1,0 или 0,5 мг трансдермально, ежедневно, непрерывно, в сочетании с назначением микронизированного прогестерона 200 мг интравагинально с 14-го по 28-й день ежемесячно на фоне применения эстрадиола гемигидрата.
- Для женщин в постменопаузе использовался непрерывный монофазный режим применения МГТ - эстрадиола гемигидрата в виде геля для наружного применения 1,0 или 0,5 мг трансдермально, ежедневно, непрерывно на фоне непрерывного ежедневного интравагинального применения микронизированного прогестерона 200 мг.

Продолжительность наблюдения в двух группах составила 6 месяцев и состояла из 4 визитов. Алгоритм первого визита пациенток включал в себя сбор анамнеза, оценку тяжести климактерического синдрома, гинекологическое исследование, назначение необходимого клинично-лабораторного обследования. На повторном приеме (второй визит) проводился анализ результатов обследования и назначение менопаузальной терапии. Через один месяц от начала МГТ (третий визит) оценивалась эффективность гормональной заместительной терапии, наличие побочных эффектов и их выраженности, выполнялось контрольное УЗИ органов малого таза, а также определение ИМТ и артериального давления (АД) в динамике. На четвертом заключительном визите через 6 месяцев от начала МГТ также проводилась оценка эффективности терапии, побочных эффектов, определялись ИМТ и АД, выполнялось повторное УЗИ органов малого таза, биохимический анализ крови и коагулограмма (по показаниям у пациенток, получающих анти-агрегантную терапию или гепатопротекторы).

Эффективность и безопасность заместительной МГТ у женщин в перименопаузе оценивали на основании:

- определения степени влияния на выраженность и купирование проявлений климактерического синдрома;
- стабильности менструального цикла (у женщин в перименопаузе — отсутствие межменструальных кровянистых выделений) и наличия аменореи на фоне МГТ у женщин в постменопаузе;
- отсутствия признаков гиперпластических процессов эндометрия (на основании динамического УЗИ органов малого таза через 1 и 6 месяцев от начала применения заместительной терапии);
- влияния данных схем МГТ на ИМТ, АД, биохимические и гемостазиологические показатели через 6 месяцев;
- переносимости данных схем гормональной терапии.

Схемы терапии и алгоритм обследования перед назначением МГТ рассматривались и были одобрены Локальным этическим комитетом ФГБУ НИИАГ им. Д.О.Отта СЗО РАМН.

Результаты и обсуждение

Первую группу составили 35 женщин в возрасте от 48 до 52 лет (средний возраст — $50,6 \pm 1,8$ года) в перименопаузальном периоде с проявлениями климактерического синдрома различной степени выраженности. На основании результатов гормонального обследования у всех пациенток была подтверждена гипергонадотропная недостаточность яичников (уровень ФСГ составил $67,4 \pm 18,3$ МЕ/мл, уровень ЛГ — $33,7 \pm 11,2$ МЕ/мл).

Во вторую группу вошли 28 женщин с длительностью постменопаузы от 2 до 7 лет (в среднем $4,2 \pm 1,7$ года) в возрасте от 52 до 58 лет (средний возраст — $55,3 \pm 2,9$ года) с

проявлениями климактерического синдрома.

Тяжесть климактерического синдрома оценивалась на основании проведенного анкетирования. У 14 (22,2%) женщин отмечался климактерический синдром тяжелой степени, у 27 (42,9%) пациенток — средней степени тяжести, у 22 (34,9%) обследуемых — легкой степени. Известно, что основным компонентом для купирования проявлений климактерического синдрома является эстрогенный. Согласно современным принципам подбора МГТ — «использование минимальноэффективных доз для достижения максимального эффекта терапии», у 14 (22,2%) больных с тяжелой степенью выраженности климактерического синдрома и у 13 (20,6%) больных со средней степенью выраженности климактерического синдрома была рекомендована доза эстрадиола гемигидрата в виде геля для наружного применения 1,0 мг. У остальных пациенток с климактерическим синдромом средней и легкой степени доза эстрадиола гемигидрата составила 0,5 мг. Известно, что целесообразно начинать МГТ с минимальной адекватной дозы эстрогенного компонента, которую можно повысить в случае необходимости. Доказано, что низкие и ультранизкие дозы также эффективны для купирования проявлений климактерического синдрома. Как и при применении эстрогенов, рекомендуется использовать прогестагены в минимально эффективной дозе с целью минимизации возможных побочных эффектов и рисков, однако следует помнить, что основной целью назначения прогестагенного компонента у женщин с интактной маткой является защита эндометрия от пролиферативного влияния эстрогенов. Кроме того, одним из принципов подбора МГТ является индивидуальный выбор режима и длительности гормональной терапии, способа введения препаратов с учетом показаний, противопоказаний и факторов риска.

Основанием для рекомендации трансдермального способа применения эстрогенного компонента и интравагинального введения прогестагенного компонента было наличие у пациенток какой-либо соматической патологии из нижеперечисленных. У 4 (6,4%) женщин отмечено наличие желчно-каменной болезни, артериальная гипертензия I-II степени наблюдалась у 14 (22,2%) пациенток, варикозная болезнь (варикозное расширение вен нижних конечностей) отмечена у 11 (17,5%) женщин, избыток массы тела диагностирован у 13 (20,6%) обследуемых (ИМТ составил $27,3 \pm 1,9$), ожирение I степени - у 5 (7,9%) пациенток (ИМТ находился в пределах $32,5 \pm 1,4$).

Несомненно, перед назначением МГТ женщинам с избытком массы тела и ожирением проводился глюкозо-толерантный тест (ГТТ), рекомендовались меры по снижению веса. После проведения ГТТ у 8 (12,7%) женщин было выявлено нарушение толерантности к глюкозе, у 2 (3,2%) больных — сахарный диабет 2-го типа. Пациентки с артериальной гипертензией обследовались у кардиолога, и назначение МГТ сочеталось с гипотензивной терапией.

У 9 (14,3%) женщин диагностирована гиперхолестеринемия. На основании совокупности клинических проявлений и результатов клинико-лабораторного обследования у 10 (15,9%) пациенток был установлен метаболический менопаузальный синдром.

Женщины с варикозной болезнью были консультированы флебологом, рекомендовано ношение компрессионного трикотажа, пяти пациенткам (7,9%) до начала применения МГТ была выполнена флебэктомия. Кроме того, на основании проведенного лабораторного обследования перед назначением МГТ у 7 (11,1%) пациенток было отмечено незначительное повышение уровня АЛТ ($38,4 \pm 3,6$ ЕД/л), гипербилирубинемия отмечена у 8 (12,7%) женщин, что потребовало проведения УЗИ печени с последующим назначением гепатопротекторов (эссенциале) и/или желчегонных препаратов (хофитол), применение которых привело к нормализации данных показателей.

У 15 (23,8%) пациенток из группы риска (наличие у родственников первой линии тромбозов и инсультов в анамнезе, а также у пациенток с избытком массы тела, ожирением, артериальной гипертензией и варикозной болезнью) проводилось углубленное обследование свертывающей системы крови. На основании результатов расширенной коагулограммы, определения уровня D-димера, показателей внутрисосудистой агрегации тромбоцитов у 23% женщин потребовалось назначение антиагрегантов (кардиомагнил, тромбо-асса, курантила). По показаниям проводилось определение генов свертывающей системы крови. Ни у одной пациентки не было выявлено мутации в генах по фактору V (Лейдена) и фактору II (протромбина).

Согласно протоколу исследования и для исключения «масок климактерического синдрома», связанных с патологией щитовидной железы, у всех пациенток проводилось определение уровня ТТГ. На основании полученных данных у 5 (7,9%) женщин был диагностирован субклинический гипотиреоз, что потребовало назначения заместительной терапии левотироксином. На фоне лечения у всех пациенток было достигнуто эутиреоидное состояние. Также у данной группы пациенток изучалось наличие антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, проводилось УЗИ щитовидной железы. На основании полученных результатов у 4 (6,4%) больных был установлен диагноз аутоиммунного тиреоидита, у 3 (4,8%) женщин — узлового нетоксического зоба, из них двум пациенткам потребовалось проведение тонкоигольной аспирационной биопсии с подтверждением коллоидного узла.

При анализе сопутствующих гинекологических заболеваний отмечено, что миома матки (интрамуральная, интрамурально-субсерозная, с максимальными размерами миоматозного узла не превышающим 2,3 см) наблюдалась у 8 (12,7%) женщин, аденомиоз — у 6 (9,5%) больных. В анамнезе у 3 (4,8%) больных был установлен наружный генитальный

эндометриоз, простая железистокистозная гиперплазия эндометрия — у 4 (6,4%), полипы эндометрия (железистый, железистофиброзный) — у 5 (7,9%) женщин. У 18 (28,6%) женщин выявлен диффузный фиброаденоматоз молочных желез, у 4 (6,4%) пациенток — фиброзно-кистозная болезнь молочных желез, что потребовало консультации и дальнейшего наблюдения у маммолога.

На основании проведенной по показаниям двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, у 11 (17,5%) больных был диагностирован остеопенический синдром, из них у 2 пациенток — выраженный остеопенический синдром (Т-критерий — $2,3 \pm 0,4$ SD), что потребовало дополнительного назначения препаратов кальция в сочетании с витамином D₃ на фоне проводимой МГТ.

Во время проведения второго визита (через 1 месяц от начала применения МГТ) было отмечено отсутствие пациенток с климактерическим синдромом тяжелой степени, значительно снизилось число пациенток с климактерическим синдромом средней степени выраженности (до 19,1%), однако у данной группы пациенток было рекомендовано повышение дозы эстрогенного компонента до 1,0 мг.

У подавляющего большинства пациенток с первоначально легкой степенью тяжести климактерического синдрома жалобы практически исчезли, однако общее число пациенток с нейровегетативными и психоэмоциональными проявлениями легкой степени увеличилось до 39,7%, так как в эту группу вошли женщины, первоначально имевшие климактерический синдром тяжелой и средней степени тяжести.

Согласно результатам проведенного УЗИ органов малого таза, выполненного через 1 и 6 месяцев от начала применения МГТ, толщина эндометрия (М-эхо) не превышала 4 мм (в среднем $3,2 \pm 0,7$ мм) у пациенток в постменопаузе и находилась в пределах от 4 до 7 мм (в среднем $5,5 \pm 1,3$ мм) у женщин в перименопаузе, получающих гормональную терапию в циклическом режиме. Полученные данные свидетельствуют о хорошем контроле эндометрия и достаточном антипролиферативном влиянии используемой дозы прогестагенного компонента. Кроме того, на фоне проводимой МГТ у женщин с миомой матки не было отмечено тенденции к росту миоматозных узлов, хотя известна роль не только эстрогенного, но и прогестагенного компонента в процессе формирования и роста миом.

Анализируя результаты менограмм у женщин в перименопаузе, получающих МГТ в циклическом режиме, следует отметить, что только у 3 (4,8%) пациенток в течение первых двух циклов начало менструально-подобной реакции наблюдалось за 2—3 дня до окончания

применения микронизированного прогестерона, а в дальнейшем, как и у остальных женщин, начало менструально-подобной реакции совпадало с окончанием применения прогестагена. У всех пациенток в постменопаузе, получающих гормональную заместительную терапию в непрерывном режиме, отмечалась стабильная аменорея. Недавно появились сообщения о возможном недостаточном защитном влиянии небольших доз микронизированного прогестерона на эндометрий, поэтому в данном исследовании у всех пациенток использовали дозу 200 мг.

На фоне проводимой МГТ все пациентки отмечали значительное улучшение качества жизни и достоверное уменьшение проявлений выраженности климактерического синдрома. Наблюдались невыраженные побочные эффекты, преимущественно легкой степени, которые не привели к отказу от проводимой МГТ. Наиболее часто встречающимся и практически единственным побочным эффектом у 8 (12,7%) женщин была мастодиния, что объясняется исходной мастопатией (у 22 (34,9%) женщин). Кроме того, согласно данным литературы, частота мастодинии на фоне различных схем эстроген-прогестагенной гормональной терапии в среднем составляет 17%. На фоне применения мастодина через 2 цикла данный побочный эффект был устранен у всех пациенток. Известно, что ткани молочных желез при фиброзно-кистозных изменениях, в большей степени при пролиферативных формах, характеризуются высоким содержанием рецепторов к прогестерону, что определяет их высокую чувствительность к эндогенному прогестерону и прогестагенам. В одном из исследований было показано, что применение микронизированного прогестерона у женщин с фиброзно-кистозной болезнью приводит к снижению выраженности клинических симптомов заболевания (продолжительности, интенсивности и характера масталгии). Кроме того, вопрос о возможном влиянии МГТ на повышение частоты рака молочной железы по-прежнему остается актуальным и дискуссионным. Согласно Консенсусу по МГТ (2013) определено, что повышенный риск рака молочной железы первоначально ассоциирован с добавлением прогестагенного компонента к эстрогенной терапии и относится только к длительному применению МГТ. Поэтому выбор прогестагенного компонента крайне важен. Известно, что не все прогестины одинаковы. Различный тип, доза, путь введения могут определять клинические эффекты относительно защиты эндометрия, сердечнососудистых эффектов, влияния на центральную нервную систему и молочные железы. В одном из исследований было показано, что применение микронизированного прогестерона в составе МГТ не сопровождается повышением частоты рака молочной железы.

Результаты повторных биохимических анализов и свертывающей системы крови у пациенток, получающих МГТ на фоне

гепатопротекторов и/или антиагрегантов, показали, что вышеперечисленные показатели находятся в пределах физиологических значений. Согласно данным литературы, применение микронизированного прогестерона, не обладающего андрогенными и минералкортикоидными свойствами, в составе комбинированной терапии с трансдермальным применением эстрогенного компонента, не оказывает негативного влияния на массу тела, АД, липиды крови, уровень инсулина, С-реактивного белка, а также не повышает риск венозной тромбоэмболии.

Следует отметить, что в двух группах пациенток назначение МГТ находилось в так называемых рамках «окна терапевтического воздействия» (возраст не старше 60 лет и длительность менопаузы не превышает 10 лет), когда польза от применения гормональной терапии значительно превышает возможные риски.

Важно, что после окончания шестимесячного курса МГТ все пациентки, включенные в исследование, продолжили применение данной терапии, что свидетельствует о высокой приверженности к проводимому лечению.

Заключение

На основании проведенного обследования показано, что применение микронизированного прогестерона в составе циклической и непрерывной схем терапии у женщин с климактерическим синдромом различной степени выраженности сопровождается хорошей переносимостью, эффективным контролем эндометрия, низкой частотой побочных эффектов, что позволяет рекомендовать его как один из препаратов выбора в качестве прогестагенного компонента комбинированной МГТ.

Литература

1. *Sturdee D. W., Pines A., Archer D.F., Baber R.J., Barlow D., Birkhauser M.H. et al.* Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2011; 14: 302-20.
2. *De Villiers T Gass M.L.S, Haines C.J., Hall J.E., Lobo R.A., Pierro D.D., Rees M.* Global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric*. 2013; 16(2): 203-4.
3. *Тарасова М.А., Ярмолинская М.И.* Принципы индивидуального выбора гормональной заместительной терапии в пери- и постменопаузе. Практическое пособие для врачей. 2-е изд. СПб.: Издательство Н-Л; 2011. 61 с. [Tarasova M.A., Yarmolinskaya M.I. Principles of individual choice of hormone replacement therapy in peri- and postmenopausal women. A practical guide for physicians. 2nd ed. St. Petersburg: Publisher H-L; 2011.61 p.]

Обзор подготовила Анастасия Лукачёва

Сочи 2014.

Итак продолжим рассказ о поездке в Сочи начатый в прошлом выпуске нашего издания. Уже в седьмой раз, с 6 по 9 сентября 2014 года, гостеприимная южная столица нашей страны принимала огромный научный слёт акушеров-гинекологов – профессиональный семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». В прошлом 2014 году в научную программу были включены доклады лучших отечественных и зарубежных экспертов по самым актуальным темам. Диспуты и дискуссии, круглые столы и, разборы клинических случаев, уникальные мастер классы, школы. Впервые отдельными секциями были представлены семинары для специалистов неонатальной медицины, анестезиологов-реаниматологов, специалистов по вспомогательным репродуктивным технологиям.



Прошла уже ставшая традиционной научно-деловая программа «Главврач XXI века». В Сочи съехалось почти 2000 человек-делегаты из 70 регионов РФ и девяти стран ближнего и дальнего зарубежья. Собравшимся предстояло выполнить программу максимум: прослушать доклады, принять участие в дискуссиях и обсуждениях с признанными экспертами репродуктивной медицины, побывать на церемонии награждения лучших врачей отрасли премией «Репродуктивное завтра России», посетить профессиональную выставку «Главврач XXI века», искупаться в Чёрном море, — и на всё это только 4 дня!

События развернулись сразу на двух площадках: в Зимнем театре и в Гранд-отеле «Жемчужина», поэтому успеть «везде и всюду» было непростой задачей. На протяжении 4 дней в девяти залах в рамках научной программы было представлено около 400 докладов на 45 тематических и 24 пленарных заседаниях.

Отражая одну из наиважнейших проблем и задач всей акушерско-гинекологической службы нашей страны научно-практическое мероприятие началось с разбора парных случаев – материнской смерти и ситуации near miss («почти умершие») при сходных патологических состояниях.

Образовательный смысл такого сопоставления состоит в том, чтобы каждый врач по итогам обсуждения мог понять, что было сделано неверно в одном случае и правильно в другом, почему одна из женщин погибла, тогда как другую удалось спасти.

Особенностью семинара является обширная география участников-от Кемерово до Санкт-Петербурга, от Тюмени до Краснодара. Специалисты и руководители из разных уголков страны могут узнать, как работают коллеги в других регионах, какие есть успехи и проблемы, как решаются эти проблемы на местах, поделиться опытом. Не менее интересно было услышать и зарубежных участников.

Настоящим подарком стало приглашение на семинар доктора Пьера Дюкана, всемирно известного диетолога, автора книги «Я не умею худеть», переведённой на 14 языков и проданной в количестве 10 млн копий по всему миру. В рамках секционного заседания «Здоровье женщины после сорока: нестандартные междисциплинарные подходы» им был представлен доклад «10 столпов счастья и здоровья». Темой заседания, где выступил Пьер Дюкан, стала стремительно развивающаяся эпидемия ожирения, влияние избыточного веса на здоровье, его роль в нарушениях репродуктивной функции женщин, в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, является ли ожирение самостоятельным заболеванием или это симптом. В докладе он упомянул о своей новой (еще не изданной) книге «Десять столпов счастья и здоровья», где пишет, как ощущение счастья влияет на вес человека. Естественно, интерес к докладу у аудитории, большая часть которой представлена женщинами, был далеко не только профессиональный; нам всем представилась уникальная возможность услышать всемирно известного диетолога, разработчика системы питания, которой следуют многие западные знаменитости.

Трудно удержаться, чтобы хотя бы кратко не поделиться услышанным:

1-й столп — это еда. Вы едите, чтобы жить. Если вы не едите, вы умираете. И вы также получаете из еды «гормон радости» серотонин.

2-й столп — это любовь, сексуальность, дети, родители — все, что касается семьи, и все, что касается отношений женщина + мужчина. Таким образом вы продолжаетесь как вид, продолжаете человеческий род, и это очень важно. Если вы делаете детей — вы продолжаетесь. Секс очень важен. Секс дает удовлетворение. Это не только телесная радость, но и продолжение рода, а значит, и чувство безопасности.

3-й столп — это ваше положение в обществе и уровень того, где вы находитесь. Это удовлетворение, которое у вас есть от работы.

4-й столп — это место, где вы живете, и где можете чувствовать себя в безопасности; где вы можете быть спокойны за всех, кого любите.

5-й столп — это все то, что вы делаете с телом: танцуете, занимаетесь спортом и йогой. Все это дает вам серотонин.

6-й столп — это природа. Море, лес, скалы, общение с животными.

7-й столп — принадлежность к своей социальной группе. Эта принадлежность очень важна. Человек не хочет быть изгоем. Это то, что объясняет существование моды, социальных сетей.

8-й столп — это игра и азарт. То, как вы охотитесь, танцуете, играете в компьютерные игры. Это очень важно — это дает вдохновение. Первые восемь столпов есть не только у людей, но и у животных. Следующие два — чисто человеческие.

9-й столп — святость, духовность. То, что выше нас.

10-й столп — это красота. Мы смотрим на Джоконду, и нас переполняют положительные эмоции. И это очень важно. Во всем должна быть красота, человек очень к ней чувствителен.

7 сентября 2014 года состоялась 3-я церемония награждения лучших российских акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов и педагогов-наставников премией «Репродуктивное завтра России-2014». Премия была учреждена

профильным журналом «StatusPraesens. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак», как знак признательности профессионализму, таланту, самоотверженности врачей, чей вклад в развитие отрасли невозможно оставить незамеченным. Все лауреаты стали обладателями памятных статуэток, воплощающих смысл и значимость профессии, изготовленных из натурального камня и бронзы специально для данного проекта известным скульптором Светланой Мельниченко.

Медицинская наука не стоит на месте, постоянно предлагая акушерам-гинекологам, неонатологам, анестезиологам-реаниматологам, работающим в этом сегменте, всё новые и новые клинические задачи, проблемы- для нестандартных решений, оживлённых дискуссий. Тем интереснее год от года эти встречи, выше планка достижений и отчётливее мысль, что только в постоянном самообразовании можно добиться достойного результата. И формат научно-образовательного семинара, где все дискуссии не только остроактуальны, но и весьма демократичны, самый лучший способ достижения поставленных целей. Сочи — отличная площадка для профессионального общения, где чётко построенная научная программа позволяет проверить на прочность личную систему знаний.

Потому что для настоящего профессионала нет ничего привлекательнее новых знаний, представленных для продуктивных дискуссий ведущими специалистами страны и мира!



Подготовила Лилия Лачёва

«Безопасная среда взаимодействия пациентов и медицинских работников в больнице».

«Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья»

Аведис Донабедиан.

Неоспоримый факт, что медицинские работники и пациенты оценивают качественную услугу по-разному. Медицинские работники, как правило, обращают больше внимания на профессиональную компетенцию, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медработника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности. Для пациентов обеспечение качества оценивается не только с точки зрения получения ими квалифицированной медицинской помощи, но и с точки зрения оценки взаимосвязанных процессов обслуживания, что в комплексе и составляет понятие «медицинская услуга».

Концепция качества является глобальной и разносторонней. Эксперты обычно различают несколько основных характеристик качества, среди них **безопасность**.

Безопасность относится к степени, в которой система медицинской помощи снижает риск повреждений, инфицирования, вредных побочных явлений или иного ущерба, наносимого в процессе оказания медицинской помощи.

Стремясь соответствовать стандартам качества, администрация больницы с 2007 года начала работу по максимальному замещению многоразовых изделий медицинского назначения (ИМН) на одноразовые изделия и расходные материалы. Т.к. наше лечебное учреждение является стационаром хирургического профиля, а в современной хирургической практике

уделяется большое внимание барьерной защите и пациентов и персонала, то в первую очередь расширился перечень одноразового операционного белья и хирургических халатов из нетканых материалов.



Одноразовое операционное бельё обеспечивает сохранение высокой степени микробиологической чистоты операционной раны и препятствует переносу флоры с кожи пациента и персонала. Благодаря структуре материала и точному соответствию размеру, халаты отличаются высокой комфортностью и обеспечивают максимальное удобство для работы членов операционной бригады. Кроме всего прочего использование одноразового операционного белья и хирургических халатов способствует созданию в операционном блоке определённой строгой эстетики, создающей хорошую атмосферу, как для пациентов, так и для работы членов оперирующей бригады.



Использование также в условиях операционного блока одноразовых стерильных

чехлов для эндоскопов, инструментальных столов, карманов, антимикробной плёнки ЮВАН, самоклеющихся повязок на операционную рану, одноразовых комплектов для снятия швов по нашему мнению повышает качество оперативных вмешательств и снижает процент послеоперационных осложнений.



Учитывая профиль нашего лечебного учреждения - экстренная и плановая гинекологическая помощь, больницей приобретается и расходует большое количество медицинских перчаток. Перечень используемых перчаток включает перчатки с различными характеристиками: смотровые (стерильные, нестерильные), хирургические стерильные с повышенной тактильной чувствительностью надежным захватом, индикацией прокола, обеспечивающих улучшенный уход за кожей рук хирурга. Перчатки - барьерные средства защиты и для больных и для персонала.



В свое время одноразовые гинекологические инструменты сделали революцию в области медицины. Для проведения профилактических осмотров и различных диагностических и лечебных манипуляций, взятия проб на анализ используются одноразовые гинекологические наборы и инструменты, что позволяет исключить любое возможное инфицирование.

Использование в больнице медицинской одноразовой одежды, белья из

нетканых материалов, медицинских перчаток, инструментов, расходных материалов стало альтернативой трудоемким методам стирки операционного белья, его стерилизации, дезинфекции и стерилизации расходных материалов.

Сократились затраты на:

- моющие средства в прачечной
- электроэнергию при стирке и стерилизации
- амортизацию и ремонт стерилизационного оборудования и оборудования прачечной
- упаковку и индикаторы для стерилизации.

Реестр одноразовых ИМН, используемых в больнице со 143 наименований в 2007 году увеличился до 262 в 2014 году.



Современные технологии и алгоритмы проведения лечебных и диагностических манипуляций требуют применения современных стерильных одноразовых ИМН для выполнения требований инфекционной безопасности персонала и больных.

Несмотря на короткий период службы (или даже одноразовое использование), нельзя недооценивать значение расходных материалов для оказания профессиональной и, что самое главное – безопасной помощи.

Список литературы:

1. Залит Н.Н. Защита медицинского персонала от инфекций и травм // *Медсестра*. 2010. 12.
2. Настольный справочник главной медицинской сестры. 2012. «Основные вопросы охраны труда сестринского персонала», «Организация инфекционного контроля и обеспечение инфекционной безопасности».
3. Шепелева А.А., Щелкунова Н.И. «Эргономические технологии и безопасная больничная среда», журнал «Успехи современного естествознания» 2005г. № 11.

Наталья Бритенькова.

Севастополь.

Город-герой Севастополь находится в южной части Крымского полуострова, на его долю, несмотря на сравнительно небольшой по историческим меркам возраст, выпало необычайно большое количество испытаний. Удачное место расположения, огромное количество естественных бухт, идеально подходящих для стоянки кораблей, изначально обусловили значение Севастополя, как крупной и важной для державы военно-морской базы. По этой же причине город регулярно становился ключевым участником войн.

Город Севастополь был заложен по распоряжению российской императрицы Екатерины II в 1783 году, на месте крупного греческого полиса Херсонеса, построенного еще в V веке до нашей эры. Впервые мировая слава осияла Севастополь во время Крымской компании 1853-1856 гг., когда объединенные войска Англии, Франции, Турции и Сардинии, имея преимущество в живой силе и вооружении, в течение года не могли взять его штурмом.

Подвиг героических предков был повторен севастопольцами в годы Велико Отечественной войны. Тогда оборона южной твердыни длилась 250 дней и ночей. История этих славных событий увековечена в большом количестве городских памятников, так или иначе связанных с этими славными периодами в его истории. Сегодня для Севастополя более уместным будет применение названия города-региона, так как в его состав дополнительно входят Инкерман, поселок Кача, а также еще три десятка населенных пунктов различной величины.



Севастопольская бухта с высоты полета
Севастополь - крупнейший незамерзающий морской порт, промышленный, культурный, научный центр, расположенный в юго-западной части полуострова Крым. В регионе климат

сравнительно мягкий, морской. Среднемесячная температура воздуха в течение года всегда положительная. В феврале здесь от -8 до +14 градусов, в июле до 34 градусов. Самый сухой месяц - сентябрь, самый влажный - ноябрь. По общей территории, принадлежащей горсовету, Севастополь не уступает Москве и Нью-Йорку. Длина береговой линии 152 км. Район современного Севастополя - один из уникальнейших уголков мира.

На сегодняшний день в Севастополе на государственном учете состоит 2073 памятника, из них 246 – это памятники археологии, 292 являются памятниками архитектуры и градостроительства, а 1486 – памятники истории. Этот город абсолютно уникальный, неповторимый в своей красоте и совершенно индивидуальный.

Да и сами севастопольцы – народ особый. Для них не существует земли «за» Севастополем. И такому патриотизму можно только позавидовать. А о радушии и гостеприимстве жителей этого прекрасного города на побережье Черного моря уже давно слагают легенды. Раньше город был закрытым военно-морским портом. Но в последние годы началось активное развитие туризма.

Достопримечательности Херсонес Таврический.



Херсонес Таврический в Севастополе
В 1996 году занесен решением ЮНЕСКО в 100 самых выдающихся памятников мировой культуры, расположен в Стрелецкой бухте. Именно так официально называется археологический заповедник, расположенный в черте города, и имеющий статус национального достояния. Когда то на этом месте располагался прекрасный античный город-полис, основанный в

V веке до нашей эры переселенцами из малоазийской Гераклеи. Балаклава значительно старше Херсонеса. Древние греки обнаружили здесь поселения еще в 5 веке до нашей эры. В 2004 году Балаклава отмечала свое 2500-летие. Со временем Херсонес превратился в региональный культурный и торговый центр со своей собственной уникальной античной красотой и самобытностью. Следует заметить, что Херсонес имел вес и значение не только в Античную эпоху, но и во времена Римской и Византийской империй. Примечательно и то, что в 988 году киевский князь Владимир Святославович со своей многочисленной дружиной осаждал Херсонес, который тогда на славянский манер величался Корсунем, и после многомесячной осады взял его приступом.



Остатки античного города Херсонеса

Это событие имело огромное значение для дальнейшего развития Киевской Руси, так как считается, что именно с этой поры христианство распространилось по нашим землям. А сам Владимир Святославович вместе со своей дружиной первыми приняли в Херсонесе обряд крещения. Со временем значение города, как крупного причерноморского культурного и торгового центра, утрачивалось, а после нескольких разрушительных набегов татар в конце XIV века он исчез с карты мира. В XIX веке на месте старинного полиса начали проводиться планомерные раскопки, и теперь тут создан музей-заповедник, на территории которого находится сохранившийся античный театр. Большой интерес у посетителей вызывает и Агора – остатки центральной площади Херсонеса, где ранее находились храмовые комплексы, статуи богов и алтари для жертвоприношений.

Севастополь уже давно является символом героизма, мужества и неувядаемой воинской славы. Жители этого прекрасного города по праву гордятся историей легендарной севастопольской земли.

О трудных военных днях, о кровопролитных боях помнят здесь и волны Черного моря, и скалы на берегу, и улицы, площади, скверы, и, безусловно, многочисленные памятники героям-защитникам Родины, которые теперь относятся к достопримечательностям Севастополя.

Панорама "Оборона Севастополя 1854-1855 гг".

Произведение батальной живописи, созданная Ф.Рубо в 1905 году. Расположена в центре, на пл. Ушакова. В самом начале XX века, к 50-летию обороны Севастополя, было решено создать на его территории художественно-исторический памятник, посвященный славной странице истории города. Таким образом, на Историческом бульваре Севастополя появилась знаменитая панорама «Оборона города 1854-1855 гг.».



Художественное полотно панорамы «Оборона Севастополя 1854-1855 гг.».

Само художественное полотно было создано под руководством знаменитого русского художника-баталиста с французскими корнями, основателя отечественного направления в панорамной живописи Франца Рубо. За три года кропотливой и титанической работы было создано полотно общей длиной 115 метров и высотой 14 метров, которое в 1904 году доставили в Севастополь. Кроме нарисованного фона, Панорама включала в себя натуральный передний план общей площадью в 900 м², который создавался прямо на месте. Для демонстрации шедевра, при участии инженера О. Энберга и архитектора В. Фельдмана, было сооружено великолепное здание круглой формы. И уже в конце весны 1905 года первые посетители смогли насладиться необычайно волнующим и реалистическим видом панорамы. Во время Второй мировой войны здание Панорамы, как и само полотно со всем передним планом, были практически полностью уничтожены. Уцелела лишь некоторая часть фрагментов. Со временем здание Панорамы было

отстроено заново, а уцелевшие фрагменты послужили шаблоном для написания нового монументального полотна.



*Здание панорамы обороны Севастополя
Диорама "Штурм Сапун-горы".*

Восточнее Севастополя, в семи километрах от его центра, расположилась еще одна важная достопримечательность – диорама «Штурм Сапун-горы 7 мая 1944 года». Открыта в 1959 году. На втором этаже строгого полукруглого здания, входящего в состав мемориального комплекса «Сапун-гора», находится живописное полотно длиной чуть более 25 метров и высотой в пять с половиной метров. Первый этаж здания занимают экспозиции, освещающие наиболее драматические эпизоды обороны и освобождения Севастополя в годы Великой отечественной войны.



Здание диорамы «Штурм Сапун-горы»

Одной из особенностей этой, самой крупной в мире диорамы, является то, что человеческие фигуры на переднем плане холста изображены в натуральном размере, а ближний план создан из настоящих образцов оружия, амуниции и остатков оборонительных сооружений. Подобное художественное решение придает диораме необычайную реалистичность и эффект присутствия при волнующих событиях освобождения города от захватчиков.

Малахов курган. Мемориальный комплекс - более 20 памятников, оборонительная башня, корабельные орудия времен Крымской и Великой отечественной войны.

Военно-исторический музей Черноморского флота. Один из старейших военно-морских музеев страны, открыт в 1869 году. Расположен в центре, ул.Ленина, 11

Военно-морской комплекс "Балаклава". Ранее - стратегический объект - подземный завод по ремонту подводных лодок. Строился во времена "холодной войны". Рассекречен в 2003 году.

Океанариум. Расположен на территории бухты Казачья. Один из крупнейших научно-исследовательских центров. В океанариуме разработан комплекс лечебно-оздоровительных процедур для людей с участием дельфинов.

Владимирский Собор. Собор заложен в 1861 г императором Александром II в память о крещении Руси, в честь киевского князя Владимира. По церковным преданиям именно во Владимирском Храме, который существовал на этом месте в 988 году, принял крещение князь Владимир. В 1825 году главнокомандующий Черноморским флотом А. Грейг решил увековечить место крещения великого князя, в связи с чем в 1827 году в Херсонесе были проведены раскопки, в результате которых были обнаружены руины церкви, находившейся когда-то в самом центре города. Именно в ней, по мнению историков, князь Владимир и принял Крещение. Возведение Владимирского собора началось 23 августа 1861 г., а завершилось строительство в 1876, через целых 15 лет.



Владимирский собор на территории Херсонеса
В 1859 году из Малой домово́й церкви Петербургского Зимнего дворца в Херсонес была передана частица мощей князя Владимира,

которую после окончания строительства Владимирского собора разместили в Нижнем Храме. Позже сюда были перенесены мощи 115 святых. Великую Отечественную войну собор пережил тяжело — он был почти полностью разрушен, а восстанавливаться начал лишь в конце 20 века. В 2002 году трудами множества мастеров нашего времени была восстановлена утраченная живопись собора. Торжественное освящение алтаря восстановленного Владимирского собора состоялось 3 апреля 2004 года. Тогда же перед храмом была установлена статуя Андрея Первозванного.

Инкерманский Свято-Климентовский мужской монастырь. Находится в Инкермане, 18 км от пл.Лазарева. Основан в 8-9 веках. По преданию еще в первом веке здесь был в скалах вырублен первый пещерный христианский храм.

Свято-Никольский храм. Своей формой напоминает египетскую пирамиду. Высота - 27 м. Заложен в 1857 году. Расположен на Северной стороне.

Балаклавский Свято-Георгиевский монастырь. Расположен в районе мыса Фиолент. Основан в 981 году греческими моряками в честь их спасения во время кораблекрушения.

Инкерманский завод марочных вин. Открылся в 1961 году. На глубине от 5 до 30 метров образовались штольни, способные держать постоянную низкую температуру и влажность, необходимую для выдержки вин. Ассортимент завода насчитывает около 35 наименований лучших вин Крыма, многие из которых подаются на государственных приемах. Продукция завода отмечена множественными наградами.

Севастопольский аквариум. В центре Севастополя на берегу Артиллерийской бухты, на первом этаже здания Института биологии южных морей расположился один из самых старых в мире музеев-аквариумов Севастопольский морской аквариум. Это один из старейших аквариумов в мире, основанный в 1897 году по инициативе Н.Н.Миклухо-Маклая, А.О. Ковалевского и других российских ученых. В настоящее время в Аквариуме представлено более 180 видов животных. Аквариум состоит из четырех залов. В первом можно увидеть коллекцию живых тропических рыб.

Во втором зале коварные крылатки, рыбы-хирурги, расписные спинороги и живые акулы.

В третьем зале царство тропических рептилий.

Четвертый зал посвящен наиболее экзотическим и интересным тропическим рыбам и рептилиям. Здесь

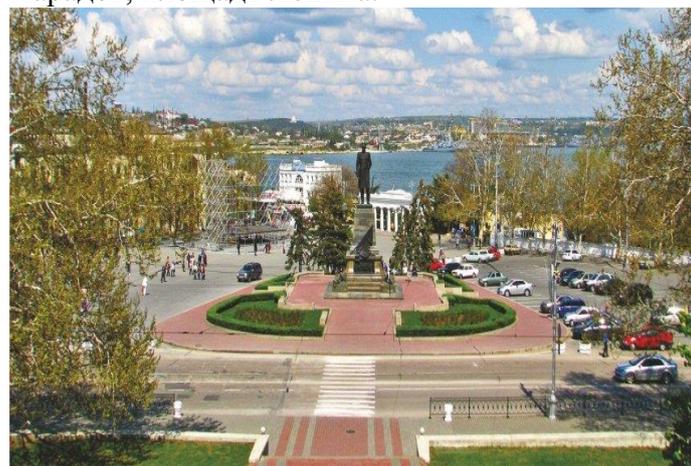
же, в красивейшем аквариуме, обитают хищные араваны, называемые драконом Амазонки, необычной формы рыбы-ножи и удивительное существо - двоякодышащая рыба протоптер.



Один из залов с аквариумами в севастопольском музее-аквариуме

Площадь Нахимова и Графская пристань

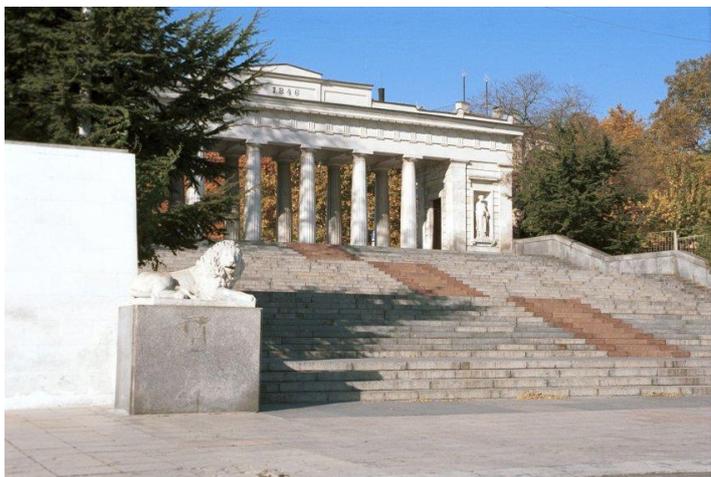
Центральная площадь города находится в окрестностях Южной бухты и ныне носит имя героя первой обороны Севастополя вице-адмирала П. Нахимова. Удивительно то, что за 300 лет непростой истории города площадь переименовывалась целых семь раз. Впервые она была названа в честь российской императрицы и основательницы Севастополя — Екатерининской. В период правления императора Николая I площадь стали величать Николаевской, а в конце XIX века переименовали в Нахимовскую. При советской власти городская площадь меняла свои названия чуть ли не каждые десять лет: площадь Труда, имени III Интернационала, площадь Парадов, площадь Ленина.



Площадь Нахимова

И, наконец, в 1957 году, после возведения в центре площади памятника вице-адмиралу П. Нахимову, она вновь стала называться Нахимовской.

За спиной у героя обороны Севастополя находится еще одна важная достопримечательность города – **Графская пристань**. Это величественное каменное сооружение, с широкой четырехмаршевой лестницей и величественной сдвоенной колоннадой, является своеобразной визиткой города и местом, откуда началась история черноморского флота России.



Графская пристань

Именно тут был построен самый первый причал для встречи важных гостей. Ступени Графской пристани помнят поступь Екатерины II, вице-адмирала Нахимова, руководителя восстания на крейсере «Очаков» лейтенанта Шмидта. По ней же в 1920 году спускались к кораблям союзников офицеры разбитой армии генерала Врангеля, чтобы навсегда покинуть свою Родину.

Приморский бульвар и памятник затопленным кораблям



Приморский бульвар, набережная Севастополя

Одним из любимых мест отдыха севастопольцев является знаменитый Приморский бульвар,

воспетый во множестве художественных произведений советской эпохи.

С него открывается потрясающий вид на Севастопольскую бухту и Памятник затопленным кораблям, являющийся признанным символом города. Когда-то тут располагалась артиллерийская батарея, защищающая город от нападения с моря, а теперь местные жители и гости города с удовольствием прогуливаются по тенистым аллеям, наслаждаясь освежающим морским воздухом.

К 50-й годовщине первой героической обороны Севастополя прямо в море, в десяти метрах от Приморского бульвара был сооружен 16-метровый памятник затопленным кораблям, представляющий собой колонну, на вершине которой изображен бронзовый двуглавый орел, величественно распростерший свои крылья. Во время осады Севастополя союзными войсками, его защитники вынуждены были затопить в бухте несколько десятков российских кораблей, с целью затруднить подход к городу вражеской эскадры. Прямо за памятником на набережной находится мемориальная табличка, а также закреплены два якоря, снятых с затопленных кораблей.



Колонна — памятник затопленным кораблям

Одним словом, в Севастополе можно не только отдохнуть под ласковым и теплым южным солнцем, но и прикоснуться к славной и героической российской истории замечательного города-труженика и воина.

Материал подготовил С.Н. Николаев по материалам сайта www.nice-places.com

- Мама! - обратилась Маша к матери 8 марта. - Ты не должна в этот день мыть посуду и делать другую тяжелую работу.

- Мать обрадовалась и стала развязывать передник. И тут Маша добавила:

- Думаю, мамочка, что после полуночи ты можешь ее доделать.



- Хороший праздник - "8 марта". Жаль кончается быстро...

8 Марта все женщины встали пораньше, приготовили завтрак, обед и ужин, прибрались в квартире, чтобы у них было больше свободного времени. — Ведь сегодня их праздник — международный женский день...

- Что тебе хотелось бы на 8 марта?

- Хотелось бы яблочко...

надкусанное... и желательно на задней стороне нового телефончика....

Есть повести печальнее театра - мужчина, что рождён Восьмого Марта.

Закончилось 23 февраля. Список девушек, которые получат поздравления с 8 марта, сформирован.

Шпалокладчице Петровне на 8 Марта руководство доверило лично уложить золотую бетонную шпалу.

Ну всё, девчонки, отстрелялись! Носки, трусы, дезодоранты подарили, теперь в пятницу ждём бриллианты!



На 8 марта собрались купить своей букет? Имейте ввиду: — Конфеты вкуснее цветов. Колбаса дешевле. А деньги не вянут.

- Как у вас в коллективе принято отмечать праздники 23 февраля и 8 марта?

- Начальник сказал, что 23 февраля отмечают только те, кто служил в армии, а кто не служил, пусть празднуют 8 марта.

- И что?

- 23 февраля отмечает только начальник, а весь остальной коллектив – 8 марта.

Каждому мужчине, купившему на 8 марта сковородку - каска в подарок!



7-е марта. По многочисленным просьбам мужчин, в продажу поступили шампунь "Простой", лосьон "Обычный", помада "Фиг знает какая" и духи "Да любые уже"...

Совет женам:

— Если на 8 марта муж подарил вам бытовую технику по акции «Купи одну единицу — вторую получи в подарок», подумайте, кому же досталась «вторая бесплатно»...

Истории из жизни. Про 8 марта...

Посидели с подружками в кафе - некий разгон перед великим днем! Обсуждали завтрашнее мероприятие, наряды и подарки, которые приготовили. Запивали все это разными напитками... Предвкушали грядущее событие, мысленно примеряя колечко от любимого, расставляя букеты цветов, размышляя где взять еще 3 вазы.

Пришла домой я слегка подшофе. Родители спят. На цыпочках в темноте прокралась в комнату, на ощупь нашла лосьон для снятия макияжа и бегом обратно к себе. Сижусь в кровати макияж снимаю, бутылек маленький, потому как лосьон импортный, дорогой. Завтра нужно выглядеть самой самой! Перед сном еще раз представила завтрашний день и гору подарков. Сплю.

Утром слышу: "Оооой, доча.....а что случилось с лицом?!" - мама зашла поздравить с утраца..Эти слова громом раздались в моей голове, Метнулась к зеркалу а тааам...."Крюгер", "Маска", "невеста Франкенштейна" или все вместе взятое....В общем перепутала я бутылочки. Зеленка-то была самая обыкновенная, "зелень бриллиантовая" и лицо, и руки, и шея. Такого бриллиантового праздника 8 марта еще никогда у меня не было.

Пришлось прятаться от всех целую неделю, потому что и сказать было стыдно, почему вдруг я решила не отмечать праздник...

8 Марта. Утро.

Наблюдаю картину: идет папа с дочкой, которая держит в руке пучок из плоских веток мимозы. Дочка долго смотрит на то, что ей поручили понести, и задает вопрос:

"Папа, это веник для бани?". "Нет, это веник для бабушки", - отвечает отец.



...8 марта... Хотя какое, готовить-то надо...

Я, идеальная жена, добрая, милая, скромная, решила запечь кролика. Мне скучно на кухне одной. Кричу мужу "иди, почитай мне рецепт". Пришел. Сел основательно. Осмотрел соседние страницы, обложку, форзац кулинарной книги. Прорекламировал с чувством "КРОЛИК ЖАРЕНЬЙ"... я кручусь, говорю "читай давай, вечер уже, надо успеть празднично покушать". Гм... "КРОЛИК ЖАРЕНЬЙ".... "ну, читай уже, а?".... ага... вот.... "КРОЛИКА ОБМЫТЬ"....

пауза... и тут мужа озарило: "ОО!!! ОБМЫТЬ!!!" и он идет за рюмками...

С 8 марта, дорогие женщины!

8 марта. Как и положено, с утра тихонько выскальзываю из дома за праздничными покупками. Выбираю букет цветов, коробку конфет, торт. И дую за главным презентом. Ломать голову над тем, что же подарить, мне не пришлось. Жена меня дважды затаскивала в магазин и тыкала пальцем в яркую коробку. Прозрачнее намека быть и не могло. Захожу туда, тычу пальцем, так как понятия не имею, что это такое, получаю, оплачиваю. Оказался какой-то косметическо – гигиенический комбайн. Он и волосы завивает и сушит, массаж делает и депиляцию и еще кучу чего.

Дома пафосно произношу поздравительные слова, вручаю предварительные, так сказать, ласки: цветы, конфеты, торт. Затем, не спеша разворачиваю главный подарок. И... праздник сходит с лица супруги. Она берет его в руки, садится на пуфик и растерянно:

- Так Светка ж – сноха и одна коллега с работы купили такую же, дрянь несусветная. Я ведь тебе все уши прожужжала, в магазин водила два раза, пальцем тыкала. А ты... Живем мы вместе 15 лет. Моя жена, когда я с ней рядом, непрерывно что-то говорит. И мой мозг за эти годы, исключительно ради того, чтобы выжить, включил какую-то защитную функцию. Я ее слышу, вполне адекватно поддерживаю беседу. Но абсолютно ничего не осознаю из сказанного. Вот и результат, блин.

Друг рассказал.

После 8 марта он с женой собирался в отпуск к теще. Перед отъездом он решил прогнуться и лично отправляет теще телеграмму следующего содержания: "Дорогая мамочка поздравляю Вас... ну и т. д"

Приезжают в гости, теща с ним не поздоровалась, смотрит на него как на пустое место, не разговаривает. Он понять нечего не может. Что же произошло, чем он теще не угодил. Ну и жене говорит, узнай у своей мамы, что она так на меня взъелась. Через несколько минут приходит его жена и молча дает ему в руки телеграмму. Друг читает вслух: "Дорогая самочка поздравляю Вас.... и т. д" Оказывается телеграфистка сделала ошибку, исказив текст телеграммы, ну а теща приняла это как личное оскорбление. Полчаса друг потратил для того чтобы убедить тещу, что он не при чем. После чего отношения у них наладились, но периодически теща ему об этом напоминала.

Подготовила А. Решетилова по материалам сайта www.anekdot.ru

Шацк.

*Стоит в степи далекой
Старинный город наш
Над речкой неширокой
С названием добрым Шацк.*

Вячеслав Чуйко

Город Шацк и Шацкий район расположены на юго-востоке Рязанской области 54°03' северной широты и 41°40' восточной долготы.



Шацкий район в нынешнем территориальном виде существует с 1929 г. С 1779 г. - в составе Тамбовской губернии. В состав Рязанской губернии перешел в 1923 г. С 1925 г. входил в состав Сасовского уезда. Площадь района 2409 км², население - 28,3 тыс. человек, из них 7,5 проживает в г. Шацк. Районный центр г. Шацк находится в 165 км от Рязани. Всего, не считая города Шацка, на территории района насчитывается 131 населённый пункт. Самые большие: село Чёрная Слобода — около 2,74 тыс. чел., село Казачья Слобода — около 2,4 тыс. чел., село Польное Ялтуново — около 0,79 тыс. чел., село Лесное Конобеево — около 0,66 тыс. чел., село Каверино — около 0,6 тыс. чел. Шацкий район граничит на севере с Сасовским и Чучковским районами, на западе — с Шиловским и Сараевским районами, на юге — с Тамбовской и Пензенской областями и на востоке — с республикой Мордовия. Через Шацк проходит федеральная трасса М5 "Урал", соединяющая европу и азию. Она идет через города Москва-Рязань-Шацк-Самара-Уфа-Екатеринбург-Тюмень-Омск-Новосибирск-Красноярск-Иркутск-Чита-Хабаровск-Владивосток. Шацкий район включает 20 муниципальных образований: 1 городское и 19 сельских поселений.

Основные реки — Цна, Выша, Шача, Вокша, Кермись, Аза. Имеются 2 водохранилища — Борковское на реке Цна и Затонское на реке Выша. Из озёр наиболее крупное — Ореховое. Берега Шацких озёр низкие, пологие, сложены

песчано-галечным и биогенным материалом; имеются заболоченные участки.



Питание озёр происходит за счет осадков и грунтовых вод, а также за счет водообмена по каналам, которыми соединены некоторые озёра. Летом озера очень хорошо прогреваются, а зимой легко замерзают. В любое время года эта местность порадует взор красотой и поистине уникальными уголками природы. Близ Шацка — Ямбирнский каменно-известняковый карьер. Почвы преимущественно чернозёмы выщелоченные среднегумусные среднемощные, тёмно-лесные, серые лесные, светло-серые лесные, аллювиальные (пойменные) Пашня занимает около 50 % земли района. Леса занимают часть территории района. Имеются 2 лесничества. Полезные ископаемые: торф, глины, камни строительные, пески для дорожных работ.

В городе имеется швейная фабрика, ликёро-водочный завод, молочный комбинат, мясокомбинат, техникум механизации сельского хозяйства, культурно-просветительное училище.



История развития Шацка

Шацкий край находился на юго-восточной границе рязанских земель и Русского государства. Поэтому в 1551 году после очередного нападения ногайцев на Русь Иван Грозный повелел построить крепость на месте военного поста Шацкие ворота. Изначально город размещался на высоком холме, защищённом с одной стороны глубоким оврагом.

Позднее Шацк стал основой для сооружённой в XVI—XVII веках Шацкой засечной черты, являвшейся крайней восточной частью Большой засечной черты. Первыми жителями города были стрельцы, пушкарки, казаки. Гарнизон Шацка был настолько многочисленным, что в 1565 году из него отправили войска в помощь кабардинскому князю Темрюку, тестю Ивана Грозного.



В 1573 году в окрестностях Шацка был основан Чернеево-Никольский монастырь, а в 1625 году — Вышенский Успенский монастырь, известный прежде всего как место 28-летнего пребывания Феофана Затворника — прославленного Русской православной церковью в лике святителей.



В 1670 году в окрестностях села Конобеево, располагавшегося по нижнему течению реки Цны, произошло одно из сражений Крестьянской войны Степана Разина.

В 1771 году жители Шацкого уезда приняли участие в Пугачёвщине. В 1708 году Шацк с прилегающей территорией был включён в состав Азовской губернии, в 1719 году став центром

Шацкой провинции. В 1725 году Азовская губерния переименована в Воронежскую. В 1779 году назначен уездным городом Тамбовского наместничества, а затем Тамбовской губернии. После отмены крепостного права развитие Шацка ускорилось. Так, если в 1861 году в городе проживало 5,5 тыс. жителей, то уже в 1879 году почти 14 тысяч.

В Шацке имелось шесть церквей, из них — четыре каменные, 718 домов (13 каменных), 50 лавок, в том числе каменные. Главным занятием горожан была торговля, приносящая значительные доходы благодаря судоходству по реке Цна. Основными товарами были пенька, сало, кожа, мёд, воск, хлеб. Развивалась и промышленность. В 1881 году в Шацке действовало шесть заводов: салотопенный, кожевенный, пивоваренный, два свечно-восковых и спичечный. Первая народная школа в Шацке была открыта более 200 лет назад.



В последующем в городе появились духовное училище (в настоящее время в его здании располагается областное училище культуры), женская гимназия (техникум механизации сельского хозяйства), реальное училище (здание ПУ-26), ряд начальных учебных заведений, публичная библиотека, больница, аптека, городской банк, богадельня.

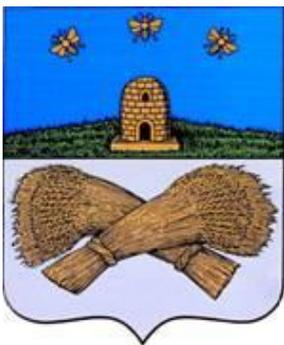
Февральская революция прошла в уезде мирно и без больших потрясений. В марте 1917 года состоялся первый Уездный Съезд Советов, на котором в исполком были избраны эсеры и кадеты. Октябрьская революция в Шацке первоначально не нашла активных сторонников, так уездный Исполком Совета даже запретил печатать в газете сведения о ней.

Лишь в конце декабря старый совет был распущен и новый исполком возглавил большевик А. М. Корнилов, ранее служивший на крейсере «Аврора».

В 1919 году в уезде был создан первый колхоз. В 1923 году Шацкий уезд вошёл в состав Рязанской губернии. В 1925 году уезд преобразуется в Шацкую волость Сасовского уезда. В 1929 году образован Шацкий район.

История и описание герба

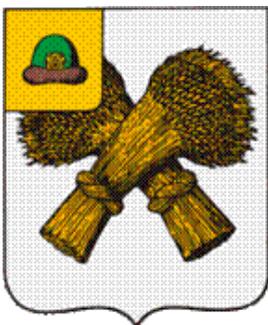
В 1781 году уездный город Шацк Тамбовской губернии получил свой герб, утверждённый Екатериной II. В верхней части герба, в знак административной подчинённости тамбовскому наместнику, была помещена эмблема Тамбова — золотой улей в лазоревом (голубом) поле, стоящий на зелёной земле, над которым — три золотые пчелы. В нижней половине щита располагалась собственная эмблема Шацка, изображающая два скрещённых снопа ржи в серебряном поле.



Геральдическая реформа 1857 года коснулась только «тамбовской» части Шацкого герба: эмблема губернии была размещена в небольшом квадрате («вольной части») в верхнем левом углу щита, зелёная земля под ульем исчезла, а сами

улей и пчелы приобрели серебряный цвет. Золотые снопы шацкой ржи заняли всё пространство серебряного щита.

Современный герб Шацкого района был утверждён решением № 28 Шацкой районной



Думы 28 мая 1998 года и зарегистрирован Государственной Герольдией Российской Федерации за № 299. Так как теперь Шацкий район входит в состав Рязанской области при восстановлении старинного

герба в качестве официального символа тамбовская эмблема в «вольной части» была заменена на рязанскую.

Описание герба: в серебряном поле два золотых снопа ржи, положенных крестообразно; в золотой «вольной части» со скруглённым внутренним углом старинная зелёная княжеская шапка с собольей (чёрной) опушкой, над которой — золотое украшение («городок») с жемчужиной.

Сельское хозяйство района ориентировано на выращивание зерновых культур и производство мясо-молочной продукции. В районе выращивают пшеницу, рожь, овёс, ячмень, сахарную свёклу, кукурузу, подсолнечник, картофель. Поголовье крупного рогатого скота сокращается.

В районе действуют 20 сельскохозяйственных предприятий, 54 крестьянских (фермерских) хозяйства, а также подсобные хозяйства населения. Причём на подсобные хозяйства приходится 64,2 % всей производимой в районе сельскохозяйственной продукции (в фактических действующих ценах), на предприятия — 34,95 %, на фермерские хозяйства всего лишь 0,85 %. Наиболее крупным хозяйством района является колхоз «Вперед» в селе Чёрная слобода. Численность работающих — 235 человек. Специализация — зерно-мясо-молочная.

Наиболее крупные предприятия района:

ОАО «Шацкий ликероводочный завод» (г. Шацк). Создано в 1902 году. Производит ликероводочную продукцию. Количество работающих — 137 чел.

ООО «Шацкмясо» (с. Казачья Слобода, пос. Чечеры). Основной вид деятельности — переработка продукции животноводства. Количество работающих — 140 чел.

ОАО «Шацкий леспромхоз» (пос. Выша). Заготовка и переработка древесины. Количество работающих — 28 чел.

ОАО «Шацкая швейная фабрика» (г. Шацк). Пошив швейных изделий. Количество работающих — 66 чел.

На территории Шацкого района работают шесть строительных предприятий, в которых занято 115 человек: ОАО «Дорожник», ООО «Шацкая Нива-Строй», ПК «МСО», МП Шацкая МСО, ООО «Древстрой». В 2008 году было введено в строй 78,38 км газовых сетей, 2,75 км автомобильных дорог.

Через район проходят автомагистрали федерального и областного значения М-5 «Урал» Москва - Челябинск (протяженностью 55,3 км.), «Тамбов—Шацк» и «Шацк—Касимов». Ближайшая железнодорожная станция — Нижне-Мальцево (Московская железная дорога, Сасовский район) — находится в 32 км от районного центра.



Все центральные усадьбы хозяйств связаны с районным центром автодорогами с твердым покрытием и автобусным сообщением, которое обеспечивают индивидуальные перевозчики. В городе Шацке существует городской автобусный маршрут. В районе действует Шацкая автоколонна № 1663, автобусы которой обслуживают междугородние маршруты Шацк—Москва, Шацк—Рязань и Шацк—Сасово.

В районе действуют 24 АТС, из них 23 — сельские и одна городская. Всего телефонизировано более 30 % домохозяйств. Также в районе функционирует сотовая связь, работают представители всех крупных операторов сотовой связи области, отделения почтовой связи. Издается своя районная газета — «На земле Шацкой».

В Шацком районе работают 11 средних, 17 основных и 4 начальных общеобразовательных школы, Рязанский колледж культуры (бывшее Рязанское областное училище культуры, готовит кадры для учреждений культуры области), техникум механизации сельского хозяйства; профессиональное училище № 26; детская художественная и детская музыкальная школы; детско-юношеская спортивная школа. 74,9 % учителей районных школ имеют высшее образование, оставшиеся — среднее специальное. Два учителя удостоены почётного звания

«Заслуженный учитель Российской Федерации», 51 — награждены значком «Отличник просвещения». 11 % учителей имеют высшую квалификационную категорию, 61,5 % — первую.

В Шацком районе работают районный Дом культуры со зрительным залом на 600 мест; 30 домов культуры на селе и шесть сельских клубов; Межпоселенческая библиотека, которая включает в себя 41 библиотеку; центральная детская библиотека с фондом около 21,3 тыс. экземпляров; дом детского творчества; клуб «Юниор»; муниципальный Казачий культурный центр; районный историко-краеведческий центр; Желанновский краеведческий музей.



Шацкая центральная районная библиотека была открыта 8 ноября 1900 года. В настоящее время она является крупным культурным и методическим центром района, оснащена компьютерной техникой и имеет доступ в Интернет. В 2008 году Межпоселенческая библиотека стала победителем областного конкурса «Библиотека своим жителям, жители — своей библиотеке» в номинации «Центральная библиотека». Историко-краеведческий центр в 2008 году был участником международной туристической выставки в Москве «МИТФ-2008».



Муниципальный Казачий культурный центр занимается военно-патриотическим воспитанием в духе культурного исторического наследия Российского казачества. Всего в центре проходят обучение около 100 кадетов из семи районов области.

В Шацком районе шесть человек имеют почётное звание «Заслуженный работник культуры России», четыре человека награждены знаком «За особые достижения в культуре», один человек награждён медалью к ордену II степени «За заслуги перед Отечеством».

На территории Шацкого района работает Шацкая центральная районная больница, включающая в себя поликлинику и стационар, инфекционный корпус, акушерское, хирургическое, травматологическое, детское, стоматологическое, терапевтическое отделения, отделение скорой помощи. В сёлах Кермись и Борки находятся две участковые больницы. Помимо них в районе располагаются четыре здравпункта, 32 фельдшерско-акушерских пункта, три врачебные амбулатории (в сёлах: Выша, Лесное Конобеево, Ямбирно районные психиатрическая больница и психоневрологический интернат, ветеринарные станция и лаборатория, филиал Рязанского областного Фонда обязательного медицинского страхования (РОФОМС).

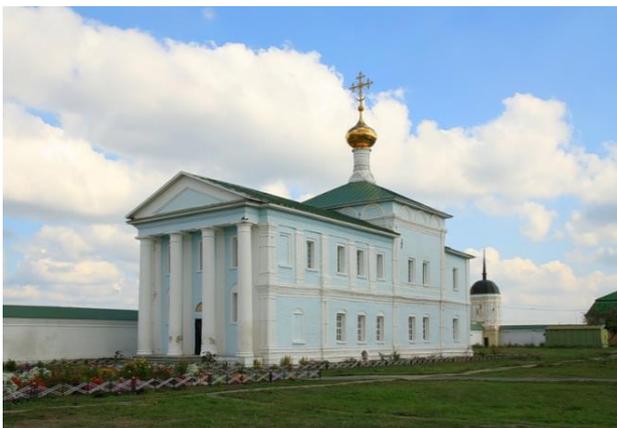
К юго-востоку от Шацка, в с. Желанное, разместился краеведческий музей (с 1968 года; филиал Рязанского историко- архитектурного музея-заповедника).



В 18 км к югу от города, в с. Старочернеево возвышается Чернеево-Никольского монастырь (XVII–XIX вв.), в сооружении которого участвовали донские казаки.



Монастырь подчинялся казачьему округу и фактически был пограничной крепостью, что отразилось в его строго регулярной планировке, мощных стенах с башнями по углам (сер. XVIII в.).



В центре западной, стены, над воротами, – 3-ярусная колокольня (1813), связанная с угловыми башнями двумя одноэтажными симметричными

корпусами. Внутри монастыря – 5-главая Никольская (XVIII в.) и одноглавая Казанская церкви.

К северу от Шацка, в с. Протасьев Угол, – Спасская церковь (1792–99, возможно, арх. М.Ф.Казаков) – 4 разномасштабные ротонды (храм, 2 придела и алтарь) с прямоугольной западной частью и колокольней.

С Шацким районом связан целый ряд великих знаменитых людей. Здесь родились ученый и изобретатель - Вячеслав Михайлович Филин, крупный ученый-физик – Дмитрий Александрович Лачинов, ученый-химик – Павел Александрович Лачинов, известный российский агроном, почвовед, геоботаник, микробиолог – Павел Андреевич Костычев и др.

И хотя не довелось Шацку вырасти до крупных размеров, город на протяжении нескольких веков верой и правдой служил Отечеству.



*Раскинувшись привольно
Под вербной сенью ласк,
Живет наш город вольный,
Наш славный город Шацк.
Красивыми и сильными
Людьми он населён.
Достоинство России,
И я в него влюблён.*

Вячеслав Чуйко

*Экскурсию по Шацку провела
Екатерина Сомова*

Номер подготовили:

Главный и технический редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н.,
Редакционная коллегия: Н. С. Бритенькова, Е.Н. Сомова, А. Ю. Чулкова,
Л.С. Лачёва, А. В. Решетилова, А. Е. Лукачёва.

Фотоматериалы предоставили: Л.С. Лачёва, Е. Н. Сомова.

Отдельно редакционная коллегия благодарит за предоставленные материалы:

**Главного государственного санитарного врача
по Скопинскому, Милославскому, Кораблинскому районам
Рязанской области Михайлюка Е. А.
и нашего внештатного корреспондента Татьяну Штукину.**

Спонсорами данного выпуска являются: Мирон А. И., Николаев С. Н.

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



Выпуск №17 март 2015 год