



# БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

Официальное печатное издание  
МУЗ «Городская клиническая больница №8».

**Дорогие коллеги, друзья!!!  
Сердечно поздравляем Вас  
с профессиональным праздником!!!**



**С Днём медицинского работника!!!**

Июнь 2011 выпуск №3



Новый режим контрацепции  
с дроспиреноном



## Читайте в номере:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Наш анонс   | стр. 2  |
| 2. Поздравление главного врача А. И. Мирова  | стр. 3  |
| 3. Возникновение и развитие профсоюзов в России                                    | стр. 4  |
| 4. Спасибо доктор!   | стр. 5  |
| 5. Развитие здравоохранения в Рязани<br>и области в первой половине XX века        | стр. 6  |
| 6. <b>Всю жизнь надо учиться!!!</b>  | стр. 9  |
| 7. Диагностика, лечение и профилактика<br>цитомегаловирусной инфекции у беременных | стр. 11 |
| 8. Синдром гиперстимуляции яичников  | стр. 15 |
| 9. Образование через всю жизнь   | стр. 18 |
| 10. 12 мая международный день медицинской сестры                                   | стр. 20 |
| 11. Даша Севастопольская – легенда крымской войны                                  | стр. 23 |
| 12. Юмористическая рубрика   | стр. 25 |
| 13. фотоотчёт «Наши путешествия»   | стр. 27 |

## **Примите поздравления с профессиональным праздником!!!**

*Medicina fructiosior ars nulla.  
Нет никакого другого  
плодотворнейшего искусства,  
чем медицина.  
(Плиний старший)*

**Уважаемые коллеги!**

Примите мои поздравления с профессиональным праздником – Днем медицинского работника!

Праздник бывает один раз в год и, хотя он традиционно отмечается в третье воскресенье июля – все равно мы подводим итоги за прошедший, пусть не календарный год.

Итоги работы для нас с Вами должны быть радостными. Мы продолжили интенсивно развиваться, появились новые технологии и оборудование, мы приобрели дополнительные знания, выполняли ремонт помещений, благоустраивали нашу больницу, а также достойно (по финансированию) попали в программу модернизации.

Коллектив пополнился молодежью - врачебной и сестринской. Не побоюсь модного и немного избитого слова, креативно работают наши общественные органы: Совет ветеранов, Комитет по этике, Школа молодого специалиста, проявляет лидерство профсоюз. Агитбригада задала положительный импульс в работе на целый год.

Мы все больше объединяемся вокруг одной цели: сделать нашу больницу «краше», современной, более доброжелательной к пациенту.

И хотя наш труд тяжел, подавляющее большинство нас приходит на работу с радостью, с праздником в душе, а не отбывать тяжелую повинность.

Конечно, праздник принесет дополнительный позитив. Будет праздничное мероприятие, будут поздравления, будут награждения наших передовиков, будет интересная поездка, приготовлены и сюрпризы. Премия уже перестала быть сюрпризом. Но уравниловки в премировании не будет: все руководители структурных подразделений оценят вклад каждого и выйдут с предложениями, которые будут рассмотрены администрацией совместно с профсоюзной организацией, Комитетом по этике.

Постараемся, чтобы праздник заполнился нам всем и оставил надолго положительные эмоции.

Желаю Вам, прежде всего того, что нам так необходимо – здоровья, любви близких, заслуженного уважения пациентов, уверенного плеча коллег рядом!

В заключение хочется вспомнить слова нашего гениального хирурга Н. И. Пирогова: *«Быть, а не казаться – девиз, который должен носить в своем сердце каждый гражданин, любящий свою Родину... Служить правде.... Быть человеком».*

Главный врач А.И. Мирон

## ***Возникновение и развитие профсоюзов в России.***

Массовое движение трудящихся России, переход от простейших форм объединения рабочих к созданию первых профсоюзов и их легализацию пришлось на начало 1905 года. Первые профсоюзы стали возникать среди металлистов, текстильщиков, железнодорожников, а так же и среди работников непромышленных отраслей – печатников, учителей, медицинских, почтовых и других работников.

Первый правовой акт, регулирующий их деятельность, принят в 1906 г - закон «Временные правила о профессиональных обществах, учреждаемых для лиц торговых и промышленных предприятий или для владельцев этих предприятий». Отраслевые профсоюзы всегда тяготели к объединению, и координации усилий для решения общих задач.

Уже весной 1905 года возникли центральные бюро профсоюзов в Петербурге, Москве и других пром. центрах страны, они стали предшественниками территориальных объединений профсоюзов. В целом деятельность российских профсоюзов можно разделить на три периода: дореволюционный (1905-1917 гг.); советский (1917-1990 гг.); современный (постсоветский) (с 1990 г. – по настоящее время).

В начале января 1918 года состоялся 1-й Всероссийский съезд профсоюзов, из оппозиции они превращались в сотрудников гос. власти. И в наиболее продолжительный период своей истории - 70 с лишним лет - профсоюзы России претерпели серьезные изменения, связанные с деятельностью новой политической системы.

При Советской власти профсоюзы, объединив практически все трудоспособное население страны, а также студентов развернули многогранную деятельность. Она была направлена на восстановление народного хозяйства после Гражданской войны, участие в укреплении обороны гос-ва, формирование госорганов управления, ликвидацию неграмотности, налаживание связей города и деревни, культурно-бытовое и жилищное строительство и т.д.

В 1990 году принят Закон СССР «О профессиональных союзах, правах и гарантиях их деятельности». Ныне действующий в России ФЗ «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» принят в 1996 году. Он урегулировал отношения профсоюзов с органами гос. власти, местного самоуправления, работодателями. В соответствии с ним Профессиональный союз – это

«добровольное общественное объединение граждан, связанных общими производственными, профессиональными интересами, создаваемое в целях представительства и защиты их социально-трудовых прав и интересов».

На уровне страны существует много проблем, которые связаны с рынком труда, его охраной, состоянием социальной сферы, медицинским обслуживанием и т.д.

Все эти проблемы носят общепрофсоюзный характер, а, следовательно, влиять на их решение можно только через объединение усилий, создание межсоюзных структур.

Такой структурой стала сегодня Федерация Независимых Профсоюзов России (ФНПР), которая создана в марте 1990 г. ФНПР заключает Генеральное соглашение с общероссийскими объединениями работодателей и Правительством РФ.

ФНПР представлена в качестве титулярного члена в Административном совете МОТ; имеет статус наблюдателя при Экономическом и социальном совете ООН и Комиссии ООН по вопросам женщин; имеет партнерский статус при Профсоюзном консультативном комитете Организации экономического сотрудничества и развития и Совете профсоюзов северных стран; является членом профсоюзной «большой восьмерки», является членом профсоюзной сети при АТЭС.

Федерация независимых профсоюзов России, активно интегрируется в международное профсоюзное движение, поддерживая и развивая отношения с более чем 100 национальными профцентрами из 70 стран мира.

Весь исторический путь развития профсоюзов показывает, что их объединения стали действительно необходимым элементом солидарности и организационного единства профсоюзного движения, действующего в интересах его членов.

Сегодня уже нет сомневающих в том, что социальное влияние профсоюзов - объективная реальность, а сам факт их существования - историческая неизбежность.

Подготовила: Авраменко Л. Н.

## Спасибо доктор!

Одна из самых бесспорно и безусловно важных составляющих нашей жизни – это здоровье.

Здоровье маленького ребенка, пожилой мамы, беременной женщины... Этот список для себя продолжит каждый. Именно поэтому так вышло, что врач – ключевой человек в нашей жизни, на которого мы переносим бремя своих проблем и ожидаем от него помощи и участия.

Врачебное дело – это образ жизни, это способность к самопожертвованию, состраданию, стремление к постоянному обновлению своих профессиональных знаний и мастерства.

Ни для кого в городе не секрет, что женщины, мягко говоря, не горят желанием попасть в 8-ую больницу в силу её специфики. Но судьба иногда всё же распоряжается по – своему. Вот так и я попала в данное медицинское учреждение. Для молодой женщины оказаться один на один с подобными рода заболеваниями – серьёзная проблема. И так хочется найти в это время не только заботу родных, но и понимание медицинского персонала.

Мне хотелось бы выразить слова искренней признательности и благодарности доктору городской больницы №8 г. Рязани за оказанную мне высококвалифицированную помощь и психологическую поддержку. Столкнувшись с физическими страданиями, болезнью, мы проявляем особую чувствительность к поведению и личности врача. Нам важно, чтобы по отношению к нам, пациентам, он проявлял не только профессиональное мастерство, но и человеческое внимание. В этом враче всё это успешно сочетается! Высокая квалификация, эрудированность, богатый научный и практический опыт, самодисциплина, требовательность – это далеко не весь перечень профессиональных качеств нашего доктора. Всё это гармонически связано воедино и с личностными качествами нашего доктора.

Доброта, чуткость, внешнее обаяние, стремление прийти на помощь по первому зову, отзывчивость и внимательность к каждому пациенту – это то, что помогает нам поверить в скорейшее выздоровление и найти в себе силы победить болезнь.

Поистине болезнь отступает на задний план, когда в палате появляется наш доктор. Страх остаться один на один с болезнью уходит, а взамен ему приходит чувство надежды и уверенности в себе.

Я находилась в больнице с таким редким заболеванием, как пузырьный занос. В разных странах его частота варьирует от 1 на 100 до 1 на 5000 беременностей. Отсутствие знаний о подобном рода диагнозе порождает ещё больше страхов. Что делать? На что решиться? Именно он помог мне определиться с необходимостью немедленного оперативного вмешательства. Не буду говорить обо всех медицинских процедурах, проведённых со мною во время лечения (они, несомненно правильны и эффективны), хочу отметить только, что успех достигнут и результаты положительные. При всём этом чувствовалась большая заинтересованность доктора в моём скорейшем выздоровлении и искреннее желание помочь.

Сейчас так много говорят о семейном докторе. Очень хотелось бы в качестве доктора для всей семьи иметь нашего доктора. С ним, мне кажется, всегда найдёшь взаимопонимание и поддержку. Он верно определит диагноз, поможет найти оптимальный способ лечения. И ещё: со всей уверенностью про нашего доктора можно сказать, что у него не только золотые руки, но и золотая душа.

Простые и скромные слова, сказанные пациентом от чистого сердца, часто стоят дороже любых орденов и почестей. «Спасибо, доктор» - это признание твоей необходимости, твоего профессионального мастерства, твоей победы над болезнью. Жаль, что нет такого ордена для врачей со скромной надписью «Спасибо, доктор» ...

Я от всей души благодарю Вас, доктор, за то, что Вы – настоящий доктор от Бога, за то, что для Вас клятва Гиппократова – не простые слова, а символ всей жизни, долга, чести. Спасибо Вам за высокий профессионализм и огромную человечность! Всех Вам благ, здоровья, удачи и новых профессиональных успехов!

Благодарная пациентка.

*Р.С. редакция сознательно, исходя из этических моментов, не опубликовала фамилию этого врача, но если администрация ГКБ №8 сочтёт нужным его поощрить, то вся необходимая информация будет предоставлена.*

## Развитие здравоохранения в Рязани и области в первой половине XX века.

В начале XX века в Рязани функционировало много частных лечебниц и аптек. Имелась также лечебница общины Красного Креста на 10 коек, расширенная затем до 75 коек. По данным врачебного отделения Рязанского губернского правления в 1900 году в Рязани работали 22 врача (в том числе 2 женщины), 27 фельдшеров, 13 повивальных бабок. Санитарного врача не было.

29 февраля 1900 г. в Городской Думе стоял доклад врачебной управы о необходимости назначения городского санитарного врача. Однако первый санитарный врач Эйгес начал работать только через 10 лет — в 1910 г.

Улучшению качества медицинской помощи способствовали передовые врачи г. Рязани. С. И. Виноградов (1879—1956), работавший главным врачом Рязанской уездной земской больницы, а в 1912—14 гг. городским врачом г. Рязани значительно улучшил медицинскую помощь детскому населению.

В 1901 г. было открыто первое детское учреждение — «воспитательный дом для детей подкидышей». Заболеваемость среди них была исключительно высокой, смертность достигала 77%.

Одновременно с воспитательным домом в 1901 г. был открыт родильный дом, в котором бессменно работал главным врачом с 1901 по 1930 г. замечательный организатор акушерской помощи В. С. Дурнев (1870—1951).

Улучшению санитарного состояния г. Рязани много способствовал, приехавший в 1910 году из Вологды, известный земский санитарный врач П. Ф. Кудрявцев (1863—1935). Он проработал в Рязани 25 лет, вначале заведующим губернским земским медико-санитарным бюро, а потом заведующим санэпидотделом губздравицы. П. Ф. Кудрявцев провел большую работу по изучению заболеваемости населения, организации медицинских учреждений и т. д.

Обеспеченность населения г. Рязани стационарной помощью в 1913 г. составляла 2,0 койки на 1000 чел., количество посещений на 1 жителя в год составляло 2,3.

Преобладала помощь частнопрактикующих врачей или частных лечебниц. Внебольничная помощь населению отсутствовала. В 1909 г. Рязанской Городской Думой была организована первая бесплатная «Центральная амбулатория». В

ней вели прием 1 врач, 1 фельдшер и 1 фельдшерица-акушерка.

Специализированных приемов не было. Вскрытия умерших проводились в единичных случаях. Отоларингологическую помощь оказывали хирурги. Единственный во всей Рязанской губернии отоларинголог П. П. Дрейлинг с 1906 г. вел прием в частной лечебнице.

В 1888 г., по инициативе председателя Общества Рязанских врачей Н. П. Кашкарова, были организованы дежурства врачей в ночное время, однако вскоре эти дежурства прекратились. Возобновились они только в 1913 г. с привлечением фельдшеров. В 1912 г. дополнительно была открыта амбулатория, которая называлась «Первой амбулаторией».

Состояние здравоохранения г. Рязани накануне 1917 года было крайне плохим. Население не было обеспечено бесплатной стационарной помощью, почти полностью отсутствовала амбулаторная помощь, в городе имелись лишь частные лечебницы. Состояние медицинской помощи гражданскому населению в первую мировую войну резко ухудшилось. Ввиду мобилизации врачей не хватало медицинских кадров, лечебные учреждения были превращены в лазареты для раненых.

В первые годы советской власти весьма осложняли работу по медико-санитарному обслуживанию населения тяжелое санитарно-эпидемиологическое состояние города, крайне скудная сеть медицинских учреждений. В послеоктябрьские дни в городе была создана новая форма организации здравоохранения - губернский врачебно-санитарный комиссариат (затем губздравотдел). Появились новые амбулатории, организуется помощь на дому, появляются детские ясли и консультация.

18 января 1919 г. в Рязани был создан городской медико-санитарный отдел, и всё его внимание было обращено на ликвидацию тяжелых санитарных последствий первой мировой войны. Работа органов здравоохранения шла в основном под лозунгом борьбы с эпидемиями, В структуре инфекционной заболеваемости в 1919 г. 62% приходилось на сыпной тиф, 9,3% — на оспу, 10,2% — на грипп.

В октябре 1919 г. в Рязани были открыты оспопрививательные пункты. Для населения были организованы курсы по уходу за сыпнотифозными больными, для которых были развернуты специальные бараки.

В Рязани тогда была скудная сеть медицинских учреждений. Стационарную помощь городскому населению в основном оказывали губернская (340 коек), и уездная (180 коек) больницы.

Амбулаторный прием оказывался в 2 амбулаториях по 4—6 основным специальностям. Функционировали еще родильный дом на 30 коек, 2 временные амбулатории для борьбы с эпидемиями, госпиталь для сыпнотифозных больных, амбулатория водного транспорта, амбулатория железнодорожников, лазарет общины Красного Креста. Эта сеть мед. учреждений не удовлетворяла потребностей населения в медицинской помощи. В городе была проведена в 1919 г. национализация аптек и зубоврачебных кабинетов. При амбулаториях были введены ночные дежурства врачей.

27 ноября 1920 г. в Рязани был организован городской подотдел охраны материнства и младенчества.

В 1922 г. в Рязани была организована скорая помощь. Из-за отсутствия санитарного транспорта больных доставляли в больницу на повозке. В этом же году был открыт противотуберкулезный диспансер.

В период новой экономической политики лечебные учреждения были переведены на местный бюджет, что тяжело отразилось на их состоянии: не хватало помещений, оборудования и персонала. Большую помощь городу оказал первый организатор рентгенологической помощи в городе С. М. Тиходеев (1895—1951), в дальнейшем профессор-рентгенолог в Москве. Значительную работу по налаживанию специализированной хирургической помощи населению проводили А. Г. Смиттен (1879—1928) и Н. В. Воскресенский (затем профессор-хирург в Москве).

В 1922 г. открывается кожновенерологический диспансер.

С 1 сентября 1926 г. была открыта детская лечебно-профилактическая амбулатория. В рабочих районах открываются поликлиники, детские ясли, дом беспризорной матери.

В 1928 г. по инициативе П. Ф. Кудрявцева в Рязани открывается губернская санитарно-бактериологическая лаборатория.

С 1930 г. Рязань влилась в Московскую область, ряд отделений губернской и уездной больниц был превращен в филиалы московских институтов. В 1937 г. во время образования Рязанской области, Рязань стала областным центром. Областные лечебные учреждения стали научно-методическими центрами по различным специальностям.

Во время Великой Отечественной войны в Рязани был создан «Комитет помощи раненым», при облздравотделе — отдел эвакуационных госпиталей, развернувший 12 госпиталей на 10.000 коек. В декабре 1941 г. в Рязань прибыли еще 4 госпиталя на 2.400 коек.

В этот период большое внимание было уделено проведению санитарных и противоэпидемических мероприятий, в силу чего массовых эпидемий не возникло. В центре внимания было и медико-санитарное обслуживание заводов (санитарные обследования цехов, профилактические осмотры рабочих). Улучшилось обслуживание детского населения и женщин, была открыта бесплатная детская столовая, детский антропометрический кабинет.

Тяжелые санитарные последствия войны были успешно ликвидированы, проведена большая работа по снижению заболеваемости, по восстановлению и расширению сети медицинских учреждений города.

В 1950 г. была реорганизована санитарно-противоэпидемическая служба в г. Рязани и области. Кроме существовавшей ранее областной СЭС была создана городская. Она стала организационно-методическим центром для лечебных учреждений в проведении санитарно-оздоровительных мероприятий.

В 1957 г. в Рязани работал 41 здравпункт (23 врачебных и 18 фельдшерских). Снизилась заболеваемость рабочих с временной утратой трудоспособности. Улучшилось медицинское обслуживание женщин и детей.

Уже к 1956 г. в стационарах проходили 98% родов, материнская смертность снизилась до 0,05%, мертворождаемость до 0,7%. При второй городской больнице открылось гинекологическое отделение на 100 коек. В детской поликлинике №1 в этот период обслуживали детей 37 врачей.

Неизмеримо вырос уровень акушерской помощи сельскому населению: вместо 55 родильных коек, имевшихся в начале XX века,

в 1959 г. в Рязанской области (без коек г. Рязани) их насчитывалось 973, из них 923 врачебных и 50 акушерских.

Если до 1917 только половина всех больниц имела родильные койки, то к 50 гг. в Рязанской области акушерская помощь была максимально приближена к сельскому населению и оказывается во всех участковых больницах, на фельдшерско-акушерских пунктах и в колхозных родильных домах. Имеющийся коечный фонд полностью обеспечивал потребность сельского населения в стационарном родовспоможении. Охват стационарным родовспоможением в Рязанской области в 1959 г. составлял 88,8%. Беременных женщин обслуживали женские консультации, которые имелись не только в районных центрах, но и при крупных участковых больницах. Характеризуя обслуживание беременных на селе, следует отметить, что показатель раннего поступления беременных под наблюдение (до 3 месяцев) в Рязанской области составлял 59,7% и несколько выше. Активно проводились мероприятия по охране здоровья детей. В 1959 г. в сельских местностях имелось 23 женских и детских консультаций, входящих в состав районных и участковых больниц. К концу 1961 г. для населения города была развернута следующая сеть лечебно-профилактических учреждений: 7 больниц на 1250 коек (из них 5 объединенных с поликлиниками), 4 самостоятельные поликлиники, 4 женские консультации, 5 детских консультаций, 2 детские поликлиники, 25 детских яслей на 2005 мест, 36 врачебных и 29 фельдшерских здравпунктов, городской противотуберкулезный диспансер. В городе была станция скорой помощи, имелась городская санэпидстанция с баклабораторией.



*Рязанский родильный дом.*

В большинстве районов Рязанской области в 1959 г. имелись основные врачи-специалисты: терапевты, хирурги, педиатры, акушеры-гинекологи. Но наряду с этим в отдельных районах специалистов не хватало. Во многих районах не было санитарных врачей.

Особое место в развитии здравоохранения г. Рязани занял переведенный в 1950 г. из Москвы медицинский институт, имени академика И. П. Павлова. Наличие квалифицированных кадров положительно сказалось на улучшении качества медицинского обслуживания. Практические врачи стали привлекаться к научной работе.

Организационно-методическим центром здравоохранения г. Рязани и Рязанской области, в этот период, являлась Рязанская клиническая больница имени Н. А. Семашко - крупное специализированное учреждение на 800 коек, на базе, которой работало ряд клинических кафедр медицинского института.

Больница имела в своем составе разнообразные специализированные отделения и была оснащена всем необходимым новейшим оборудованием.

Профессора, доценты и ассистенты Рязанского медицинского института, оказывали консультативную помощь, как в областной больнице, так и в районах области. Они проводили плановые и экстренные посещения районных и участковых больниц, а также межрайонные конференции, организуемые орг-метод. кабинетом областной больницы. Вся деятельность областной больницы была направлена на оказание квалифицированной и специализированной помощи сельскому населению. В стационар больницы в 1959 г. поступало 12 230 больных, из них 9117 — сельских жителей, т. е. 74,6%.



*Современный вид.*

Материал подготовила  
О. М. Збарская.

## Всю жизнь надо учиться!!!



1965 год. Окончен Рязанский Медицинский институт им. акад. И. П. Павлова.

Впервые молодые специалисты распределены для работы в Якутскую АССР (Соха-Якутия).

Поехали мы туда с моим мужем Гамаюновым Владимиром Александровичем. Путь был длинным. Только что вошла в строй железная дорога Москва - Тайшет, где поезд до Тайшета шел со скоростью 50 км/ч. Затем до Якутска надо было плыть на пароходе, который плавал 1 раз в неделю. Вновь ожидание, и снова лететь на самолете 2 часа до места, и вот он - Оймякон, полюс холода.

Температура около 70 градусов ниже нуля. Когда дышишь, пары теплого воздуха моментально замерзают, становятся маленькими ледяными кристаллами и вызывают как будто «шёпот», слабый гудящий звук.

Поселок находится в котловине, кругом прекрасные сопки, вершины которых вечно покрыты снегом. А Индигирка! Это река – золотая молния. Её течение к северу поистине молниеносно, среди утёсов река несется со

скоростью 20 км/ч. А настоящее Северное сияние можно увидеть только в Оймяконе.

И вот это место явилось нашим первым «практическим» университетом, куда мы приехали с чемоданом книг и прожили 11 лет. Привезли с собой – самую дорогую «алмаз», нашу дочь, родившуюся на полюсе холода - Веру.

Предстояло много организационных моментов в больнице.

Прежде всего, внедрение режима, изменение санитарного состояния : мытьё рожениц, постельное бельё на кроватях, а не оленьи подстилки и т. д.

Но самое трудное – это сплошь туберкулез и трахома. Первое – надо было вылечить трахому, а это каждому больному особым образом ликвидировать фолликулы на слизистых глаз. Планово начали лечить туберкулез, создав противотуберкулезный диспансер.



*Вот такая «северная» скорая помощь.*

Много было родов. Самым частым осложнением было приращение плаценты и гипотоническое кровотечение. Вначале якуты относились к нам настороженно, но когда мы прооперировали впервые острый аппендицит у юноши, которого везли из оленьего стада в течение 3-х дней и у него уже были явления перитонита, аппендикс располагался ретроцекально. Долго мучились, но все закончилось благополучно.

Читали много, вспоминали институт, что помнили о таких моментах. А уж когда научились необходимой разговорной речи – население стало нам полностью доверять. Оперировали Кесарево сечение, проникающие ранения брюшной полости. Было страшно, но за нами не было старших товарищей, спросить не у кого. Учились постоянно.

Вторая запись в моей трудовой книжке: городская больница №8, где было организовано новое отделение «Дисфункциональные маточные кровотечения», которым я заведовала 20 лет. И снова училась.

Ежегодно была в Москве на курсах, посещала все декадниги, слушала лекции акад. Персианинова, работала на рабочем месте в отделении эндокринологии под руководством проф. М.Л. Крымской. Всем новым делилась с врачами, часто выступала с докладами на заседаниях общества «Акушеров и гинекологов».

Сейчас я работаю врачом акушером-гинекологом и продолжаю учиться. Сколько презентаций проходит в больнице, с которыми выступают молодые врачи. Да и главный врач у нас - человек нано-технологий. Всем интересуется сам, все передовое применяет в больнице и постоянно учит молодежь.

Учитесь всегда, беритесь за все самое трудное, вам всегда помогут старшие товарищи. Каждый миг в вашей жизни – это радость, малый успех – это победа.

Заслуженный врач Российской Федерации  
Гамаюнова Т.В.



## **Диагностика, лечение и профилактика цитомегаловирусной инфекции у беременных**

(по материалам статей доктора мед. наук проф. МГМСУ В. Н. Кузьмина)

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) у беременных относится к числу самых распространенных заболеваний, определяющих внутриутробное инфицирование и акушерскую патологию. В последние годы отмечена тенденция к увеличению ЦМВ.

ЦМВИ может протекать атипично, с латентными формами проявлений и поражением тканей органов, что представляет большие трудности для своевременного распознавания инфекции и является причиной диагностических ошибок.

Комплекс диагностических мероприятий должен включать раннее выявление ЦМВИ, определение степени ее активности, сопутствующей патологии беременности, плода и новорожденного.

Вирусологический мониторинг предусматривает возможность следующих исследований.

Метод выделения ЦМВ на клеточной культуре - наиболее достоверный и чувствительный, но при этом относительно трудоемкий и занимающий много времени (от 3 до 7 суток) способ; следует учитывать, что время исследования может быть сокращено до 24 - 36 ч - при использовании метода флуоресцирующих антител.

Цитологическое исследование (световая и электронная микроскопия) позволяет выявить типичные гигантские клетки с внутриядерными включениями.

Реакция связывания комплемента (РСК) применяется для определения комплементсвязывающих антител к ЦМВ; обычно этот метод используется в сочетании с цитоскопическими исследованиями.

Метод иммунофлуоресцентного выявления антигенов ЦМВ позволяет получить результат в течение 2 - 3 ч; обнаружение антигенов обеспечивает быстрый ответ, однако данный метод не может считаться достаточно чувствительным.

Исследование специфических антител к цитомегаловирусу иммуноглобулинов класса М и G с помощью иммуноферментного метода.

Серологические методы могут быть использованы как для диагностики ЦМВИ, так и при проведении дифференциального диагноза между первичной и хронической цитомегаловирусной инфекцией.

Твердофазный иммуноанализ позволяет производить раздельное исследование субклассов

иммуноглобулинов к ЦМВ. Наиболее современным способом исследования специфических антител к ЦМВ следует считать иммуноблот, позволяющий с помощью полиакриламидного гельэлектрофореза определять весь спектр антител к ЦМВ. Молекулярно-биологические методы диагностики вирусных инфекций - ДНК-гибридизация, полимеразная цепная реакция (ПЦР) - позволяют определять ДНК цитомегаловируса в любых биологических тканях. ПЦР- метод обладает высокой чувствительностью и специфичностью и может применяться для выявления ДНК ЦМВ в мазках. Применение ПЦР и ДНК-гибридизации позволяет контролировать течение ЦМВИ у беременных и новорожденных.

Клинические и лабораторные исследования, имеющие по большей части вспомогательное значение в диагностике ЦМВИ, тем не менее необходимы для оценки состояния матери и новорожденного. Эти методы включают: клинические анализы крови и мочи; биохимические исследования крови; состояние иммунного статуса.

Диагностика во время беременности асимптоматичной первичной ЦМВИ может быть проведена на основании данных серологических исследований. Присутствие антител IgG к ЦМВ указывает либо на ранее перенесенную, либо на имеющуюся в настоящий момент инфекцию.

Высота титра, к сожалению, не помогает установить, идет ли речь о первичной инфекции или ее обострении, которое также может сопровождаться подъемом титра антител.

Присутствие антител IgM позволяет предположить наличие первичной ЦМВИ, однако при интерпретации теста надо иметь в виду, что антитела IgM к ЦМВ могут сохраняться до 12 недель или дольше после перенесенной первичной ЦМВИ.

Выявление культуры вируса в моче, слюне или цервикагоинальных выделениях не позволяет отличить первичную от рецидивирующей формы ЦМВИ, особенно при асимптоматичном течении. Вирусоносительство, независимо от формы перенесенного заболевания, может наблюдаться у женщин в течение многих лет.

Кроме того, присутствие культуры ЦМВ у беременной женщины еще не означает, что имеет место инфицирование плода.

ЦМВИ у плода может быть также установлена путем изолирования вируса из амниотической жидкости. Наличие антител IgM в крови плода, полученной с помощью кордоцентеза, служит указанием на возможность инфицирования плода ЦМВ. Отсутствие культуры ЦМВ и отрицательные серологические показатели еще не исключают наличия ЦМВИ. Кроме того, следует отметить, что при двойнях может быть инфицирован только один ребенок.

Лабораторные исследования у новорожденных позволяют выявить анемию, тромбоцитопению, изменение функции печени (АсТ, АлТ).

У новорожденных диагностика ЦМВИ с использованием крови, слюны, мочи проводится в первые 3 недели жизни. Инфицирование эмбриона ЦМВИ может быть установлено пренатально с помощью трансабдоминального амниоцентеза с последующим вирусологическим исследованием амниотической жидкости, а также с помощью кордоцентеза - исследования пупочной крови плода. Методы пренатальной диагностики, включающие УЗИ, доплерографию, кардиотокографию, позволяют выявить сопутствующую или обусловленную ЦМВИ патологию беременности (маловодие, многоводие, задержку внутриутробного развития), а также патологию внутренних органов плода (гепатоспленомегалия, асцит плода, водянка, кишечная непроходимость, микроцефалия, гидроцефалия, церебральная вентрикуломегалия, внутричерепные или внутripеченочные кальцификаты).

Важное значение для верификации внутриутробной ЦМВИ имеют морфологические и вирусологические исследования плаценты и плодных оболочек. Специальные методы определения внутриутробной ЦМВИ становятся ведущими при планировании стратегии родов и служат для педиатра сигналом о возможности возникновения у новорожденного целого ряда проблем. Первичная ЦМВ-инфекция может быть диагностирована путем определения в крови плода специфических ЦМВ-антител IgM и исследования амниотической жидкости.

В отличие от тех случаев, когда у ребенка пренатально диагностируются генетические заболевания, последствия которых могут быть предсказаны с определенной точностью, у детей с

врожденной ЦМВИ нередко наблюдаются патологии, характеризующиеся бессимптомным и атипичным течением. Длительное выделение ЦМВ со слизью из шейки матки и влагалища или со слюной обуславливает большую вероятность инфицирования плода во время и после родов. Диагностические исследования в полном объеме должны проводиться при малейшем подозрении на наличие ЦМВИ у женщины. Особенно важно проводить эти исследования у первородящих, а также при неблагоприятном исходе предыдущей беременности и при клинической манифестации ЦМВИ во время беременности. Результаты вирусологического обследования таких беременных имеют важное значение для определения тактики ведения родов. Вопросы антивирусной химиотерапии остаются до настоящего времени недостаточно разработаны. Наиболее эффективными средствами являются препараты (ганцикловир, фоскарнет и др.), которые оказывают ингибирующий эффект на вирусы герпеса. Однако длительный прием их чаще всего невозможен из-за высокой токсичности. Применение ганцикловира у новорожденных с генерализованной формой ЦМВИ может уменьшить летальность, быстрее купировать проявления пневмонии, гепатоспленомегалию, тромбоцитопению, смягчить неврологическую симптоматику, а также тяжесть поражения зрительного и слухового нервов. Фоскарнет эффективен, но и высокотоксичен. Фоскарнет и циклические аналоги гуанозина, ингибирующие ДНК-полимеразу цитомегаловируса и препятствующие его внутриклеточной репликации (ганцикловир, цимевен) пока находят ограниченное применение в перинатологии в связи с их большой токсичностью (гепатотоксичность, депрессия кроветворения) для новорожденного. Однако эффективность использования различных препаратов в терапии первичной ЦМВИ с целью уменьшения перехода вируса к плаценте и плоду, до конца не исследованы. У беременных женщин с установленной ЦМВИ проводится симптоматическая терапия. Необходимо проводить с ними беседы об опасности, которую представляет для плода ЦМВИ, и методах профилактики этой инфекции. Методы лечебной терапии у новорожденного с врожденной ЦМВИ нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

Специфическая терапия у детей с внутриутробной ЦМВИ должна проводиться только после верификации диагноза, подтвержденного данными клинических, иммунологических, вирусологических исследований.

Терапия ЦМВИ включает в первую очередь применение специфического антицитомегаловирусного иммуноглобулина (цитотект) в разовой дозе 25–50 Е/ кг массы тела - не менее 6 доз препарата с интервалом в 2 - 3 недели.

В остром периоде ЦМВИ у новорожденных и детей раннего возраста показано лечение препаратами рекомбинантного интерферона - виферон, интрон-А, роферон-А (по схеме: 500 тыс - 1 млн. МЕ 1 раз в день в течение 14 дней и далее через день до 1,5 - 3 месяцев; и до 3 - 6 месяцев от начала лечения курсы по 4 недели при хронической инфекции) или индукторами интерферона - ридостин, неовир и др. Эти препараты рекомендуются и для противорецидивной терапии ЦМВИ в тех случаях, если у ребенка появляются признаки реактивации вируса цитомегалии (обнаружение анти-ЦМВ антигена в моче и/или крови или появление анти-ЦМВ IgM в сыворотке).

При тяжелой генерализованной форме ЦМВИ лечение проводится ганцикловиром (цимевен) (по схеме: 5 - 7,5 мг/кг массы тела в сутки путем двукратных внутривенных инфузий в течение 14 - 21 дней), в комбинации со специфическим ЦМВ-иммуноглобулином (Cytotect) (в дозе 2 мл/ кг капельно через 2 дня - до исчезновения клинических симптомов).

Назначение ганцикловира наиболее обоснованно у детей с врожденной ЦМВИ, поражением центральной нервной системы и пневмонией.

При легкой форме ЦМВИ проводится лечение препаратами интерферона - роферон-А, лейкинферон, виферон (по 500 тыс. МЕ 3 - 5 раз в неделю в течение 4 недель) или стимуляторами интерферогенеза - ридостин (по 8 мг 1 раз в 3 дня, на курс лечения - 5 - 7 инъекций), неовир (по 1 дозе ежедневно внутримышечно в течение 3 дней, затем по 1 дозе через день в течение последующих 4 дней).

Лечебная терапия у новорожденного должна включать комплекс мероприятий по уменьшению явлений инфекционного токсикоза путем проведения инфузионной терапии: растворов глюкозы, полидеза, реополиглюкина, реополиглюкама, альбумина и др. (по схеме:

общим объемом 100–200 мл/кг массы тела в сутки).

При возникновении органной патологии (гепатит, пневмония, панкреатит, энцефалит и др.) дополнительно проводится лечение с учетом тяжести поражения органа.

При присоединении бактериальной инфекции или угрозе возникновения осложнений назначаются антибиотики из групп цефалоспоринов (II - III поколения), аминогликозидов, макролидов, фторхинолонов и др. в дозировках по общепринятым схемам и в соответствии с возрастом ребенка.

Все дети с цитомегаловирусной инфекцией должны получать высококалорийное физиологическое питание, а также поливитаминные препараты (пентовит, витогепат, ревит, глутамевит, мультибонта плюс, мультифит, витанова D, лековит, витамакс и др.).

Выздоровление констатируется на основании отсутствия клинической симптоматики и при стойких отрицательных результатах обследования на ЦМВ-антиген в моче и крови; а также на основании отсутствия анти-ЦМВ IgM в сыворотке при положительном результате обследования на анти-ЦМВ IgG.

Однако этот контингент детей подлежит динамическому диспансерному наблюдению и контрольному обследованию на активность инфекционного процесса через 1, 3, 6 и 12 месяцев после выписки из стационара.

Что необходимо делать при ЦМВИ во время беременности. Специальных способов профилактики инфицирования плода не существует, в связи с чем беременным с острой ЦМВ-инфекцией следует принимать обычные меры предосторожности. Однако, если женщину сильно беспокоит риск развития заболевания у ребенка, в таких случаях необходим индивидуальный подход. Медикаментозная терапия у беременных лишь уменьшает выраженность симптомов. Противовирусная терапия имеет потенциальный риск для плода. Женщины, которые активно выделяют вирус во время беременности, могут рожать самостоятельно, так как кесарево сечение не обеспечивает в этом случае никаких преимуществ для ребенка.

Цитомегаловирусная инфекция представляет наибольшую опасность для беременных, плода и новорожденного.

Принимая во внимание особенности патогенеза цитомегаловирусной инфекции, а также социальную и медицинскую значимость данной проблемы, необходимо проводить целый комплекс мероприятий, направленных на профилактику материнской, перинатальной заболеваемости и смертности.

В случае неблагоприятного исхода беременности или гибели новорожденного, при подтвержденной лабораторными методами цитомегаловирусной инфекции следующая беременность допустима только на фоне достижения устойчивой ремиссии, после проведения специфического лечения. Для этого в остром периоде наиболее эффективным является использование комплекса противовирусных препаратов, а в период ремиссии, с целью профилактики рецидивов и достижения стойкой ремиссии, - противцитомегаловирусной вакцины.

Профилактика с помощью иммунизации крайне желательна. Однако отсутствие доступной вакцины для предотвращения ЦМВИ требует особенно тщательного соблюдения принципов личной гигиены, кроме того, необходимо исключить возможность близкого контакта с носителями ЦМВ.

В настоящее время имеются надежные и недорогие серологические методы исследования ЦМВ, которые необходимо рекомендовать женщинам в детородном возрасте. Особенно важно следить за своим серологическим статусом серонегативным к ЦМВ женщинам.

В связи с тем что инфицированные беременные и роженицы могут не только заражать своих детей, но и быть источником внутрибольничной инфекции, необходимо соблюдать эпидемический режим и меры профилактики.

Проведение санитарно-просветительной работы в женских консультациях.

Соблюдение санитарно-гигиенических норм во время беременности.

Соблюдение норм личной гигиены, термическая обработка и мытье продуктов.

Ранняя диагностика инфекции у матери и ребенка.

Госпитализация беременных с первичной цитомегаловирусной инфекцией должна проводиться в наблюдательное отделение за 2 недели до родов.

Дети, родившиеся от матерей с первичной цитомегаловирусной инфекцией, должны быть изолированы как от других новорожденных, так и от матерей с клинической манифестацией инфекции.

Если ребенок получает грудное молоко, его мать должна быть информирована о возможных путях и механизмах передачи ЦМВ и строго соблюдать правила личной гигиены.

Новорожденный ежедневно должен тщательно обследоваться врачом с целью выявления признаков цитомегаловирусной инфекции. На 2, 5 и 12-е сутки у младенца берутся соскобы тампоном со слизистых оболочек глаз, полости рта и носоглотки для вирусологического обследования.

Необходимо проводить тщательную дезинфекцию палат, белья, а также стерилизацию медицинского инструментария и средств индивидуального ухода.

Медицинский персонал, во избежание заражения и передачи инфекции, должен проходить тщательное обследование и соблюдать правила личной гигиены.

Матери и члены семьи, имеющие цитомегаловирусную инфекцию, должны быть осведомлены о возможных путях ее передачи и соблюдать необходимые профилактические мероприятия.

Предлагаемая диагностическая и лечебная тактика у беременных и у женщин в родах может быть достаточно эффективной и успешно реализоваться в условиях родовспомогательного учреждения.

Обзор подготовил А. В. Маркин



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



объединяет преимущества  
внутриматочной  
и гормональной  
контрацепции

обладает минимальным  
системным влиянием  
(местное действие  
левоноргестрела)

уменьшает объём,  
длительность  
и болезненность  
менструаций



# Мирена®

*Уверенность надолго*



- удобная
- долгосрочная
- обратимая

## Синдром гиперстимуляции яичников: клиника, этиология, патогенез в современном представлении.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) – ятрогенное состояние, в основе которого лежит ответ яичников на экзогенное введение препаратов-индукторов овуляции. Впервые синдром был описан в 1943 г., и первый летальный исход СГЯ зафиксирован в 1951 г. от почечной недостаточности (ПН).

В настоящее время риск развития СГЯ постоянно возрастает в связи с интенсивным развитием новейших вспомогательных репродуктивных технологий, с использованием современных протоколов стимуляции суперовуляции. Клинические симптомы СГЯ проявляются в лютеиновую фазу цикла и на ранних сроках беременности, когда большинство женщин уже покинули центры ЭКО. Частота возникновения СГЯ, по данным различных авторов, очень разнообразна. В настоящее время частота возникновения тяжелых форм СГЯ колеблется от 0,5 до 5% от циклов суперовуляции. По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (2008), частота возникновения тяжелой формы синдрома зависит от протокола суперовуляции и колеблется от 9 до 15%. Смертность составляет 1 / 450000 – 500000 пациентов.

Этиология СГЯ сложна, и многие аспекты еще не выяснены. Предполагается, что хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), экзогенный или эндогенный (при наступлении беременности), является центральным фактором в запуске синдрома. В связи с этим, вероятно, ХГЧ стимулирует выброс медиаторов, которые производят мощный эффект на сосудистую систему и ответственны за клинические симптомы в развитии данного синдрома. Использование агонистов или антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (Гн-РГ) в протоколе проведения суперовуляции приводит к более редкому возникновению синдрома, хотя этот факт – все еще объект разногласий. Овулогенная терапия кломифена цитратом в сочетании с ХГЧ редко приводит к тяжелой форме СГЯ.

Патогенез СГЯ также до конца не ясен. В основе развития этого состояния лежит так называемый синдром избыточной сосудистой проницаемости с массивным выходом жидкости во внесосудистое пространство. Несколько факторов вовлечены в развитие и прогрессию СГЯ. Интерлейкин-6 (Ил-6) и сосудистый

эндотелиальный фактор роста (СЭФР), – вероятно, главные цитокины, играющую роль в патогенезе синдрома. Повышение в сыворотке крови СЭФР отмечено у пациенток с гиперстимуляцией яичников, и его активность коррелирует с тяжестью клинических проявлений.

### Факторы риска развития СГЯ:

- Молодой возраст (< 35 лет).
- Низкий индекс массы тела – астенический тип телосложения.
- Синдром поликистозных яичников.
- Наличие аллергических реакций.
- Высокая активность эстрадиола в сыворотке крови.
- Наличие предыдущего эпизода СГЯ.
- Увеличенное количество развивающихся фолликулов.
- Введение высоких или повторенных доз экзогенного хорионического гонадотропина.
- Протокол стимуляции суперовуляции с агонистами Гн-РГ.
- Беременность.

Схему патогенеза СГЯ можно представить следующим образом,

- В результате стимуляции яичников происходит увеличение их объема, процесс неоангиогенеза, избыток гормонов и некоторых вазоактивных веществ.

- Активация ренин-ангиотензиновой системы при участии цитокинов (Ил-1, Ил-2, Ил-6, Ил-8, фактора некроза опухолевого роста и СЭФР) приводит к увеличению проницаемости капилляров вновь образованных сосудов:

- в связи с их повышенной проницаемостью происходит массивный выход плазмы во внесосудистое пространство с секвестрацией ее в форме асцита, гидроторакса и анасарки.

- Это приводит:
  - к гиповолемии и гемоконцентрации;
  - большим потерям белка;
  - нарушению почечной перфузии;
  - нарушению функции печени;
  - тромбоэмболическим осложнениям.

- Массивное экссудативное внесосудистое накопление жидкости в сочетании с гиповолемией и гемоконцентрацией в конечном счете приводит к полиорганной недостаточности.

Таблица 1. Классификация синдрома гиперстимуляции яичников.

| Степень | Диаметр яичников, см | стадия | Уровень Е2, пг/мл | Симптомы  |
|---------|----------------------|--------|-------------------|---|
| легкая  | < 6                  | 1      | 1500-2000         | Четких симптомов нет  |
|         |                      | 2      | 2000-4000         | Абдоминальное напряжение и дискомфорт   |
| средняя | 6 - 12               | 3      | > 4000            | Легкая степень + ультразвуковые признаки асцита   |
|         |                      | 4      | 4000-6000         | Легкая степень + рвота, тошнота, диарея   |
| тяжелая | >12                  | 5      | > 6000            | Средняя степень + клинические признаки асцита, выпот в плевральной полости, дисфункция печени   |
|         |                      | 6      | > 6000            | Средняя степень + напряженный асцит, гемоконцентрация (гематокрит > 45%), увеличение вязкости крови, снижение почечной перфузии, олигурия, тромбоземболия, РДСВ, гиповолемический шок |

Позднее развитие синдрома – более 7 дней после введения овуляторной дозы ХГЧ связано с наступлением беременности и увеличением активности эндогенного хорионического гонадотропина. В этом случае развитие синдрома протекает более тяжело, длится до 8–12 недель беременности с волнообразным усилением и ослаблением симптоматики.

СГЯ тяжелой степени характеризуется увеличением яичников в размерах более 12 см в диаметре. Они легко пальпируются через переднюю брюшную стенку. Тяжелая степень СГЯ может манифестировать широким спектром клинических проявлений и выраженными лабораторными нарушениями.

• Клинические проявления:

√ присутствуют все клинические признаки, характерные для СГЯ средней степени тяжести;

√ общее состояние больных оценивается как средней тяжести или тяжелое;

√ пациентки испытывают чувство страха, жалуются на сухость во рту, мелькание мушек перед глазами, ухудшение памяти, одышку, редкое мочеиспускание.

При объективном исследовании:

√ бледность и сухость кожных покровов, одышка, тахикардия, артериальная гипотензия;

√ живот увеличен в объеме за счет выраженного асцита, в ряде случаев живот умеренно болезнен при пальпации;

√ симптомы раздражения брюшины отсутствуют;

√ асцит может сочетаться с образованием выпота в плевральных и/или перикардиальной полостях, вплоть до развития анасарки;

√ расстройство гемодинамики в сосудах органов малого таза клинически может проявляться отеком наружных половых органов и нижних конечностей.

• Лабораторно:

√ гемоконцентрация, гиповолемия, гипопропротеинемия, электролитный дисбаланс;

√ гематокрит превышает 45%;

√ содержание лейкоцитов > 15 x 10<sup>9</sup> /л;

√ признаки дисфункции печени – повышение активности трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, содержания билирубина;

√ всегда изменяются коагуляционные параметры крови – высокий уровень фибриногена, D-димера, снижение концентрации антитромбина III.

При СГЯ всегда развивается гиповолемия как следствие перемещения жидкости во внесосудистое пространство. Это способствует прогрессированию асцита. Отеки замедляют доставку кислорода и ухудшают функцию тканей и различных органов. Длительная гиповолемия приводит к сужению просвета афферентных артериол, снижению перфузионной способности паренхимы почек, вследствие чего возникает ПН, являющаяся одним из наиболее тяжелых осложнений СГЯ. Неоднократно сообщалось о случаях тяжелой формы СГЯ, при которых единственным признаком, за исключением увеличенных яичников, был обширный гидроторакс. Это подчеркивает, что при развитии синдрома совершенно необязательно сочетание всех клинических признаков.

Высокие концентрации половых стероидных гормонов и повреждение эндотелия сосудов вызывают гепатоцеллюлярные и холестатические изменения. Лабораторными признаками дисфункции печени служат: повышение уровня билирубина, активности трансаминаз и щелочной фосфатазы на фоне гипопроотеинемии. Описаны случаи желтухи, которые купировались в течение 4 недель без специального лечения.

По мнению ряда авторов, повышение гематокрита более 55% указывает на критическую ситуацию. В большинстве подобных случаях асцит сочетается с олигурией и гипонатриемией.

Развитие выраженной гипонатриемии может привести к отеку мозга и, соответственно, к неврологическим осложнениям с изменениями психического статуса. Также могут наблюдаться гиперкалиемия и метаболический ацидоз. В итоге при критических формах СГЯ недостаточная перфузия почек приводит к почечной недостаточности, повышению уровня креатинина, возрастает активность АЛТ и АСТ на 30%. Более чем у 83% женщин имеет место хотя бы однократное гектическое повышение температуры в течение суток.

Тромбоэмболические осложнения при тяжелом течении СГЯ могут встречаться, несмотря на адекватную терапию, и в конечном итоге

привести к смертельному исходу. Изменению коагуляционных параметров крови способствуют высокая концентрация половых стероидных гормонов и повреждение эндотелия сосудистой стенки. Точная частота тромбоэмболий не известна. В литературе сообщалось, ~ у 10% пациенток с тяжелой формой СГЯ возникает данное осложнение. В структуре тромбозов при синдроме преобладают венозные (75%).

В клинической картине тяжелой формы СГЯ всегда имеются легочные нарушения, чаще при тяжелых формах. Это развитие нижнедолевой пневмонии слева, эмболия легочной артерии, односторонний или двухсторонний гидроторакс и ателектазы легких.

В связи с широким использованием вспомогательных репродуктивных технологий врачи акушеры-гинекологи и анестезиологи-реаниматологи должны знать клинические проявления данного синдрома, что позволит правильно проводить интенсивную терапию.

Обзор подготовила асс. кафедры РГМУ  
Приступа Е М  
*Продолжение следует...*

**Кафедра акушерства гинекологии с курсом ФПДО  
Рязанского государственного медицинского  
университета имени академика И. П. Павлова  
Искренне поздравляет коллектив  
МУЗ «Городская клиническая больница №8»  
С днём медицинского работника  
Желает Вам роста профессионального мастерства  
улыбок, счастья, процветания,  
и конечно же любви и здоровья!!!**

## ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ.



**«Hominis mens discendo aliter et cogitando»  
Саллюстий:  
(Ум человека питается учением и  
мышлением.)**

Не возникает сомнения в парадигме образования настоящего времени: образование через всю жизнь.

В нашу повседневную жизнь прочно вошли регулярное обучение на центральных научных базах, посещение научно-практических всероссийских и международных мероприятий, выставок, региональных мероприятий. Нормой жизни стало проведение мультимедийных презентаций по наиболее актуальным темам. Важно, что приобретенные во время обучения знания не становятся профессиональной тайной узкого круга коллег, а становятся частью нашего коллективного знания. Не может не радовать активное включение в этот процесс наших медицинских сестер. Участие в работе Школы молодого специалиста

развивает не только нашу молодежь, но и старшее поколение, стимулируя много читать, чтобы не отстать по темпам развития.

Обучение поощряется. В этом году придан новый драйв учрежденческому Положению об образовательных кредитах. Измененные правоотношения по этому документу распространяются на период с 01.01.2011. В конце года мы узнаем своих передовиков постоянного образования, и надеюсь, сможем тягу к знаниям отметить премией.



Хочется отметить, что в апреле этого года наше учреждение впервые было представлено **несколькими** докладами и публикациями на конференции с международным участием «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия». Организаторы конференции: Международная академия психологических наук Европейская ассоциация трансактного анализа, филиал РАТА Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Были представлены доклады:

1. Авраменко Л.Н., Журавлева Л.И. «Опыт работы «Школы беременных» МУЗ «Городская клиническая больница № 8»



2. Хилова Н.А., Бондаренко С.В. «Взаимодействие психолога и акушер-гинеколога в проведении эффективного преабортного консультирования с целью сохранения и восстановления репродуктивного здоровья».



3. Маркин А.В. «Послеабортное консультирование: нереализованное сотрудничество».



4. Сенина Н.А., Голофаст О.Е. «Сотрудничество акушер-гинеколога и психолога с целью повышения качества медицинской помощи при осложненной беременности».

Замечательно, что выполненные в нашей больнице работы, показали имеющийся опыт сотрудничества специалистов разных дисциплин. Опыт, который мы сами оценивали как первые робкие шаги, был высоко оценен коллегами и оказался уникальным. Само участие в работе конференции обогатило нас новыми знаниями, появились интересные идеи, которые будем стараться реализовать с нашими новыми друзьями и партнерами. Хватило бы только времени!

Спасибо всей творческой группе этого проекта, всем кто пришел поддержать своих друзей, которые так волновались, выступая в профессиональной аудитории!

Начав с эпиграфа – закончу постскриптумом:

**«Non progredi est regredi»: не идти вперед – значит идти назад.**

Главный врач А. И. Миров

## 12 мая - Международный День Медицинской Сестры.

Сегодня никому не нужно доказывать необходимость профессии медицинской сестры, она давно стала уважаемой и необходимой частью системы здравоохранения в любой стране.

В любом стационаре день начинается не с первых лучей солнца, а с появления в палате медсестры. Измерение температуры тела, давления, раздача таблеток, первые утренние процедуры, подготовка к обходу и так далее, и так далее.

Весь день на ногах, а ведь нужно не просто четко выполнять все предписания врачей, обязательно нужно проявлять заботу о каждом больном, уделять ему внимание, хотя бы просто ему улыбнуться и поддержать. Тогда и настроение у человека улучшится, и дело на поправку быстрее пойдет, ведь не даром говорят, доброе слово и заботливое отношение тоже лечат.

Сейчас медсестры – это профессионалы своего дела. Они работают со сложным медицинским оборудованием, выполняют сложные процедуры. Но так было не всегда. Еще каких-нибудь 200 лет назад медсестер, как таковых, не существовало. В больницах, в лазаретах и в так называемых домах для бедных за больными присматривали сиделки, которые не только про лечение, даже анатомию человека практически не знали.

В этот день поздравления с днем медсестры ежегодно принимают сотни тысяч женщин и девушек во всем мире. Наша больница не стала исключением. Совет по сестринскому делу решил, что поздравление с днем медсестры станет вдвойне приятней, если это будет не просто банальное "поздравляю", оброненное вскользь, а поздравительная открытка и стихотворение-благодарность за тот тяжелый труд и те величайшие терпение и заботу, которые ежедневно проявляются нашими добрыми девушками. Было решено провести на праздничной конференции конкурс поздравлений. И определена тема: «С Международным Днем Медицинской Сестры, коллеги!».



В конкурсе принимали участие сестринский персонал всех подразделений больницы и готовили поздравления в следующем порядке:

- 1 отд. ↔ ФТО + УЗД
- 2 отд. ↔ КДЛ
- 3 отд. ↔ приемное отд.
- 4 отд. ↔ АРО
- 5 отд. ↔ операционное отд.

Результаты конкурса оценивало компетентное жюри в составе 5-и человек:

Председатель жюри:

А.И.Миров – главный врач

Члены жюри:

Г.А.Гаврикова - секретарь референт

И.А.Донскова - экономист по финансам

А.М.Демина – зам. главного бухгалтера

Е.И.Айрапетова – специалист по кадрам



В поздравлении оценивалось:

- поэтичность, остроумие, философский подход, необычность, отражение профиля поздравляемого отделения.



Перед началом конкурса всех медицинских сестер поздравила с праздником руководитель сестринского коллектива - Наталия Сергеевна Бритенькова, пожелав творческих успехов, гордости за свою профессию, неиссякаемого оптимизма, выдержки, терпения, крепкого здоровья и семейного благополучия.



Члены жюри столкнулись с нелегкой задачей. Определить трех победителей конкурса было практически невозможно.

Все участники проявили творческий подход и показали себя с самой лучшей стороны – демонстрировали поздравительные открытки, читали стихи, пели при горячей поддержке зрителей и болельщиков. Обсуждение жюри затянулось...



Весь конкурс проходил в непринужденной дружественной обстановке.

Все участники проявили творческий подход и показали себя с самой лучшей стороны, при горячей поддержке зрителей и болельщиков.



Пока жюри совещалось, с поздравительным словом выступили заместитель главного врача по лечебной части В.В.Громова и председатель профсоюзной

организации – С.Л.Иштулина пожелали здоровья, добра, оптимизма, только положительных эмоций на работе и дома.

А в это время болельщики и участники конкурса определили победителя в номинации «Приз зрительских симпатий». Большинство голосов им стал коллектив 3-го отделения.

В итоге, после долгих дебатов, члены жюри сделали свой нелегкий выбор: 1-е место заняли участники третьего отделения, 2-е место разделили между собой 4-е и 5-е отделения



3-е место также разделили приемное отделение и ФТО с УЗД  
Председатель жюри вручил денежные призы победителям.

На этой оптимистичной ноте закончился конкурс. Подводя итоги, с заключительным словом выступил главный врач А.И.Миров. Он сказал благодарственные слова организаторам и участникам конкурса за праздник, который они подарили зрителям, тепло поздравил весь сестринский коллектив с профессиональным праздником.

Конкурс показал, что наша больница - в надежных сестринских руках!



Конкурс освещала старшая медицинская сестра 3 гинекологического отделения Кузнецова О. В.



**Даша Севастопольская – легенда крымской войны.**

Возможно, сегодня она смогла бы занять «вакантное» место Матери Терезы... Правда, «матерью» бойцы крымской войны ее не могли называть: Даше было тогда 18 лет. Кто-то кликал ее «дочкой», а чаще – «сестренкой» или «сестрой». Истекающие кровью солдаты верили в чудотворную силу этих девичьих рук, по наитию врачующих их раны. Даша спасала людей не по долгу медика, а по велению сердца, движимая милосердием. Именно отсюда и появилось в русской речи устойчивое словосочетание «сестра милосердия», наполненное нравственным и философским смыслом, воплотившее в себе образ возвышенной жертвенной души.

...В начале сентября 1854 г. девушка Даша с Корабельной стороны Севастополя вдруг отрезала косы, переделалась в матросскую форму, продала оставшийся от родителей дом, все свое сиротское имущество. Взамен она купила лошадь с повозкой, множество одеял и белого полотна, бутылки с уксусом и вином. Соседи думали, что она «тронулась» умом после тяжелых переживаний по погибшему отцу и решила отправиться на все четыре стороны. Но лошадь с повозкой, груженной Дашиным личным скарбом и «санитарной экипировкой», двинулась к берегам Альмы, туда, где шло одно из тяжелейших событий Крымской войны – Альминское. Эта «карета горя», как прозвали жители Корабельной стороны повозку «помешавшейся сироты», стала первым в истории перевязочным пунктом на поле

боя, а сама Даша – первой медсестрой милосердия. По воспоминаниям замечательного русского хирурга Николая Пирогова, положение раненых было исключительно тяжелым. «Горькая нужда и медицинское невежество соединились в баснословных размерах», - писал он. Не хватало врачей, не было транспортных средств для доставки раненых в госпитали, и они часто лежали на голой земле без всякой помощи. К ним-то и являлась Даша, как светлый ангел, как последняя надежда. До конца войны девушка не покидала поле боя, перевязывая раненых, утешая их теплыми словами: «Потерпи, любезный, все будет хорошо, миленький...» У нее не было никакого медицинского образования, поэтому она действовала, опершись на простонародный опыт; зная, например, что обеззараживать раны лучше водой с уксусом. И так хлопотала она, не обделяя вниманием и «чужих» - англичан, французов, итальянцев, турок.

Самоотверженность Даши Севастопольской была названа «подвигом гуманизма».

Подлинная фамилия Даши долго оставалась неизвестной, ее личность стала обрастать фантазиями, мифами. И если бы не случай, возможно, никто бы так и не узнал ни ее настоящего имени. Через 128 лет после окончания Крымской войны, в 1984 году, в Центральном государственном военно-историческом архиве СССР при случайных обстоятельствах удалось найти документы, проливающие свет на биографию легендарной сестры милосердия.

Даша родилась в ноябре 1836 года, рано потеряла мать Из рапорта генерал-адъютанта А.И. Философова (двоюродного дяди поэта Михаила Лермонтова) стало известно, что она – дочь матроса 10-го ластового экипажа Лаврентия Михайлова, убитого при Синопском сражении. Гражданским подвигом дочери матроса был потрясен сам император Николай I, который «всемилоостивейшее соизволил пожаловать ей золотую медаль с надписью «За усердие» на Владимирской ленте для ношения на груди. По указанию царя сестре милосердия выдали 500 рублей серебром. Было заявлено также, что по выходе замуж Его Величество пожалует ей еще тысячу рублей серебром на обустройство быта».

В результате Восточной войны так печально закончившейся для империи, Севастополь был сдан. Однако по условиям Парижского договора от 1856 года Россия вернула себе этот город, уступив за это Турции южную часть Бессарабии и крепость Карс, отказавшись от протектората над православными подданными Османской империи в Сербии и Валахии.

Из архивных документов стало известно также, что летом 1855 года Дарья Михайлова вышла замуж за рядового 4-го ластового экипажа Максима Хворостова. Предъявив князю М.Д. Горчакову свидетельство о вступлении в брак и о награждении, Даша получила обещанные императором 1000 рублей серебром.

После войны Севастополь лежал в руинах без малого два десятка лет. Даша купила трактир в поселке Бельбек, но роль хозяйки трактира оказалась не по душе прирожденной сестре милосердия. Продав имущество, они с мужем подались в Николаев. Но вскоре матрос тяжело запил, и Даша одна вернулась в Севастополь. Здесь, на родной Корабельной стороне, она скромно прожила до конца дней. Дарья Лаврентьевна Хворостова умерла в 1910 году и похоронена на кладбище в Доковом овраге. За могилой никто не ухаживал, и со временем она была утрачена.

Сегодня немногими «материальными» напоминаниями о Даше Севастопольской являются старинная картина, запечатлевшая ее, перевязывающую раненого, литой бюст в Панораме обороны Севастополя, а также отраженный в ней сюжет: девушка под пулями несет воду для раненых. Гуманистический пример Даши воспламенил многие женские души. Вслед за ней ухаживать за ранеными взялись другие севастопольские патриотки – жены, сестры и дочери участников обороны. Как и Даша, золотыми медалями «За усердие» на Владимирской ленте были награждены сестры Крыжановские – Екатерина, Васса и одиннадцатилетняя Александра. Все они не были медиками, в которых очень нуждался хирург Николай Пирогов. И тогда он призвал «употребить все свои силы и познания для пользы армии на боевом поле» медсестер Крестовоздвиженской общины Петербурга. Уже в ноябре 1854 года из столицы в Севастополь прибыли три отряда сестер милосердия. И с их помощью Пирогов смог за 12 дней навести порядок в госпиталях.

Эти сестры милосердия – девицы и вдовы «благородного происхождения». Среди тех, кто, по



словам Пирогова, «безропотно перенес все труды и опасности, бескорыстно жертвуя собою с геройством, которое было бы честию любому солдату», были дворянки Е. Грибоедова – сестра писателя Александра Грибоедова, Е. Бакунина – дочь сенатора, внучатая племянница фельдмаршала М.И. Кутузова, баронесса Э. Лоде и др. Но случилось так, что первой в мире сестрой милосердия была названа англичанка Флоренс Найтингейл, и Британия уже никогда от этого не откажется, несмотря на факты.

5 ноября 1854 года Найтингейл прибыла с 38 женщинами из Англии в турецкий госпиталь Скутари. В Крыму «леди с лампой», как прозвали англичанку, появилась 25 – 26 апреля 1855 года. К этому времени русские сестры милосердия уже 4 месяца трудились в местах военных действий. А Даша Севастопольская приступила к этому благородному делу и того раньше. Ныне на месте боев Крымской войны стоят памятники всем погибшим – русским, туркам, итальянцам, французам, англичанам. Есть и «Памятник примирения» - символ последней «точки» в истории этой войны. Англичане заявили, что хотят поставить в Балаклаве памятник Флоренс Найтингейл, у них – благородная память. Память русских, к сожалению, короче и небрежней: никто не спешит с памятником Даше Севастопольской. Впрочем, памятник Даше уже стоит давно и прочно, он нерукотворный, у него лучшее место – в памяти народной.

Подготовила: Салынова М.А.

Новая акция от роддома. Роди двойню и получи третьего в подарок!

- Поздравляем! У Вас только что родился ребенок!
- Пол ребенка?
- Нет, целый!



Собрались как-то три друга. Один и говорит:

- Читала моя беременная жена книжку "Два капитана" - родились два пацана.

Второй говорит:

- Да, да, да, моя тоже беременной читала "Трех мушкетеров" - три сорванца родились.

Третий побледнел и попросил воды.

- Что с тобой? Плохо, что ли?

- Жена на девятом месяце. Читает "Али-баба и сорок разбойников"...



- Доктор, я съел пиццу вместе с упаковкой. Я умру?
- Ну, все когда-нибудь умрут...
- Все умрут! Ужас, что я наделал!..

Доктор вы мне в прошлом месяце спираль ставили.

- Вас что-то беспокоит?

- Да!
- И что же?
- Накипь!!!

В коридоре больницы сидит женщина с ребёнком, который лопаёт мороженное. Доктор, проходящий мимо, не остаётся равнодушным:

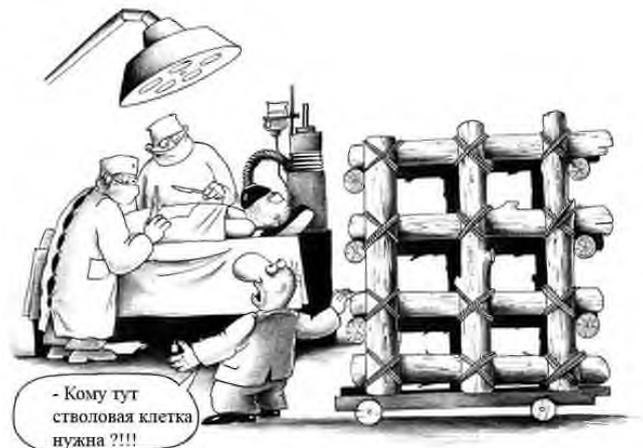
- Мальчик, не ешь так много холодного мороженного. Пукнешь - ноги отморозишь!

В травмпункте.

Врач: - Пиши - черепная травма.

Медсестра: - Не черепная, а черепно-мозговая!

Врач: - Какие на хрен мозги, если он на день рождения жены с любовницей припёрся?



Врач:

- Причина вашей болезни - алкоголь.

Пациент:

- Спасибо, доктор! Вы первый человек, который не сваливает всю вину на меня!



Чем больше стареем, тем больше богатеем: серебро (в волосах), золото (в зубах), камни (в почках), сахар (в крови), свинец (в ступнях). И неистощимые запасы природного газа... Мы никогда не мечтали о таких богатствах...

## Мужская Ода Гинекологу.

Профессиям всем отдавая дань,  
Включая обладателей футболок,  
Приветствуя, я поднимаю длань  
В честь мужика, со званием : "Гинеколог".

В борьбе за Жизнь - вот кто Авторитет  
Вот, кто ЕЁ в действительности любит,  
Ещё тогда, когда и Жизни нет,  
И не свою - чужую жизнь голубит.

А с виду-то копаются... (и где?)  
Не так как все, и  
странным  
инструментом,  
Вокруг всегда  
полным-полно  
людей-  
Медсёстры и  
прыщавые  
студенты.

Мадам лежит, как  
будто бы в тисках,  
Растеряна - взята  
её Бастилия -  
С одной лишь  
мыслью, что  
стучит в висках:  
Когда ж публично  
прекратят  
насилие?

А он себе без ложной  
суеты  
Готовит новым  
жителям покои,  
Ведь прорастают  
там Любви Цветы,  
Где их пока от нас на время скроют.

Едва влюблённые коснутся губ  
В неведеньи, чем это всё закончится,  
С сознанием смутным, что партнёр им  
люб,  
Что ЭТОГО им так сегодня хочется (!),

Как Храм Любви спешит Гонцов принять  
И завершить историю знакомства,  
Готова Клетка Соловья объять,  
И превратиться в новое потомство.

Прекрасен Храм - врата в нём есть и свод,  
И вот Алтарь, сам центр тяготения,  
Хоть внешне не ахти - кто упрекнёт -  
Ведь темнота горит воображением.

Зато каков при входе антураж!

Как магнетически  
влекут нас  
декорации!  
Пусть спрятан где-  
то Главный  
Персонаж -  
Спектакль идёт под  
бурные овации.

Театра блеск - для  
Зрителя и тот,  
В восторге себя  
пробует Актёром,  
Но лишь его всё  
закулисье ждёт -  
Ценителя, Суфлёра,  
Режиссёра.

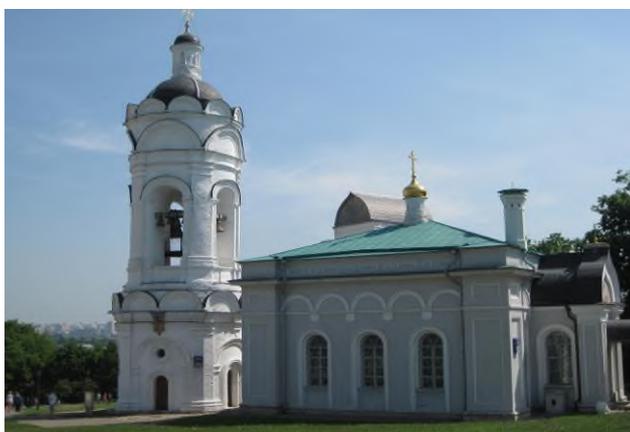
Ведь таинство  
Зачатья Детворы,  
Этап, уже  
невидимый  
родителям,  
Торжественный  
финал Большой Игры  
Понятен одному Ему

- Целителю.

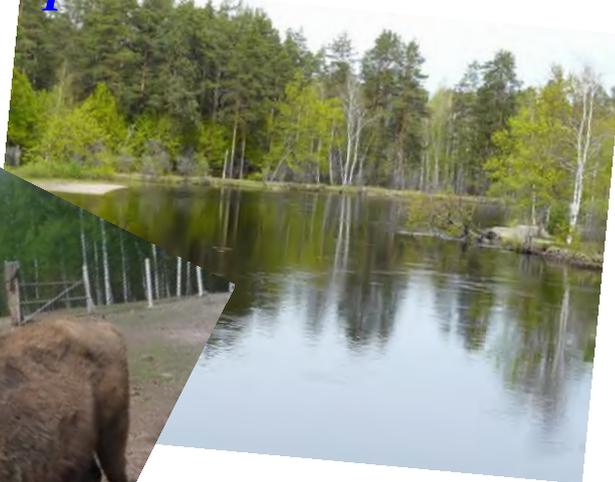
Он - Властелин всех тех Любви колец,  
Посланец Бога, Главного Эколога,  
Он детям нашим - тоже Со-Отец.  
Салют - Привет коллеге Гинекологу!



## Коломенское:



## Брыкин бор:



# Жанин®

30 мкг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста

**Диеногест - гибридный гестаген с выраженным  
антипролиферативным действием на эндометрий**



**НИЗКОДОЗИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ**

**Номер подготовили:**

Гл. и технический редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н.,  
Редакционная коллегия: Мирон А. И., Гамаюнова Т. В., Кузнецова О. В., Приступа Е. М.,  
Маркин А. В., Збарская О. М., Авраменко Л. Н., Салынова М. А.,

Фотоматериалы подготовлены: Маркин А. В., Николаев С. Н., Айрапетова Е. И.

В номере так же использованы материалы интернет сайтов [WWW.prikolist.ru](http://WWW.prikolist.ru),  
[WWW.Gynecologia.ru](http://WWW.Gynecologia.ru), [WWW.Historiryazan.ru](http://WWW.Historiryazan.ru).

Спонсорами данного выпуска являются главный врач МУЗ «Городская клиническая больница №8»  
А. И. Мирон, заведующий 3 г/о С. Н. Николаев, компания Bayer Schering pharma.

Редакция будет признательна и другим спонсорам, которые окажут нам финансовую помощь для  
дальнейшего развития журнала.