



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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

**Поздравляем
с профессиональным
праздником!**

**С днём медицинского
работника Вас,
дорогие коллеги!!!**

Июнь 2012 выпуск №8

Читайте в этом номере:

1. *Наш анонс* стр. 2
2. *Поздравление А. И. Мирова* стр.3
3. *История возникновения праздника
«День медицинского работника»* стр. 4
4. *Поездка в Гжель* стр. 6
5. *Ремонт как много в этом звуке...* стр. 8
6. *Новая концепция патогенеза эндометриоза* стр. 11
7. *IV Научно-образовательный форум
«Медицинская диагностика»* стр. 16
8. *Инфекции в акушерстве и гинекологии* стр.18
9. *Кровесберегающие технологии* стр. 20
10. *Татьяна Александровна* стр. 22
11. *Православная страница* стр. 24
12. *С любовью к детям* стр. 27
13. *Международный день медицинской сестры 2012* стр. 29
14. *Юмористическая рубрика* стр. 31
15. *Абхазия 2011 фотоотчёт* стр. 32

С профессиональным праздником Вас дорогие коллеги!!!

Дорогие коллеги, друзья!

Позвольте сердечно поздравить ВАС с нашим профессиональным праздником!

2 раза в год мы торжественно подводим итоги своей деятельности:

-на Новый год - годовые отчеты, установленные статистические формы, радуемся празднику, порой получаем премию, ждем новогодних каникул;

- в июне – нет отчетов, больше торжественности в оценке результатов труда, поздравления, награждения, премия, корпоративное мероприятие.

13 июня мы будем традиционно проводить мероприятие для ветеранов учреждения, на 14 июня назначено региональное торжественное мероприятие, праздничная конференция в больнице пройдет 15 числа, на 16-ое намечена интересная поездка и товарищеский обед. И при этом мы по-

прежнему будем продолжать оказывать помощь нашим пациенткам в режиме нон-стоп.

Хочу пожелать ВАМ не терять оптимизма, несмотря на все сложности нашей работы, получать глубокое удовлетворение от результатов своего труда, пусть он приносит другим эмоциональное выгорание, а нам только эмоциональное приобретение! Здоровья и благополучия ВАМ и ВАШИМ близким!

Искренне ВАШ, Мирон А.И.

PS: это не моя детская фотография, это наша смена, которая будет работать в светлом будущем нашей больницы, которое мы строим сегодня!



История возникновения праздника «День медицинского работника».

Еще за несколько лет до нашей эры известный римский ученый и писатель Гай Плиний Секунд изрек фразу, отражающую бесконечную признательность всего человечества перед трудом людей самой необходимой для людей профессии: - "Нет искусства полезнее медицины".

И эта фраза никогда не потеряет своей актуальности. Человек рождается на свет и его появление встречают люди в белых халатах.

Люди всегда ценили и уважали труд врачей, санитаров, лаборантов, акушеров, фельдшеров. В дань уважения к ним, еще в СССР, зародилась замечательная праздновать "День медицинского работника".

Ежегодно в третье воскресенье июня в России принято отмечать такой праздник.

Итак, попробуем понять, откуда же пошла такая традиция, и как вообще возник День медика. Итак, рассмотрим историю возникновения праздника День медицинского работника.

На самом деле, она довольно краткая. Хотя днем появления первых медиков можно считать древнейшего человека, смазавшего ранку своему соплеменнику лечебной мазью.

Первым известным представителем врачебной профессии можно считать великого древнегреческого врача Гиппократ. Благодаря ему, профессия медика возникла как таковая, и обрела свои отличительные черты, появилось понятие медицинской этики.

Возникновение Дня медицинского работника в России непосредственно связано с подписанием Указа Президиума Верховного Совета СССР № 3018-X «О праздничных и памятных днях» (1 октября 1980 года). Впоследствии он был изменен и дополнен Указом Президиума Верховного Совета СССР № 9724-XI «О внесении изменений в законодательство СССР о праздничных и памятных днях» (1 ноября 1988 года).

С тех пор этот замечательный профессиональный праздник отмечают как в Российской Федерации, так и Молдове, Украине, Армении и Белоруссии.

В России есть несколько почетных наград присуждаемых работникам медицины.

Звание "Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации" высшая награда работникам медицины, которые посвятили себя этой работе более двадцати лет и сделали в ее развитие огромный вклад.

Звание "Заслуженный врач Российской Федерации" почетная награда врачам за услуги в охране здоровья населения, за достижения в сфере медицины и работу в ней более пятнадцати лет.

Нагрудный знак «Отличник здравоохранения» ведомственная награда Министерства



здравоохранения Российской Федерации. Награждение производится приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Награждаются этим знаком работники органов управления здравоохранением, организаций государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

Этот знак даёт определённые привилегии награждённому.

Во-первых, вносится соответствующая запись в трудовую книжку и выплачивается денежное вознаграждение в размере семи минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на момент награждения, за счёт средств организации, в которой работает награждённый.

Во-вторых, лица, награждённые данным знаком, сохраняют право на его ношение при изменении места работы и при выходе на государственную пенсию.

.

Знак отличия «Милосердие»



Знаком отличия "Милосердие" награждаются граждане за благотворительную и спонсорскую деятельность в социальной сфере, сфере охраны здоровья и проявленное милосердие. Ходатайство о

награждении Знаком может вноситься руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления, организациями независимо от форм собственности, общественными организациями по согласованию с органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Награждение Знаком производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением» имеет теперь только историческое значение так как упразднена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2005 г. № 400 «О ведомственных наградах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (с изменениями от 27

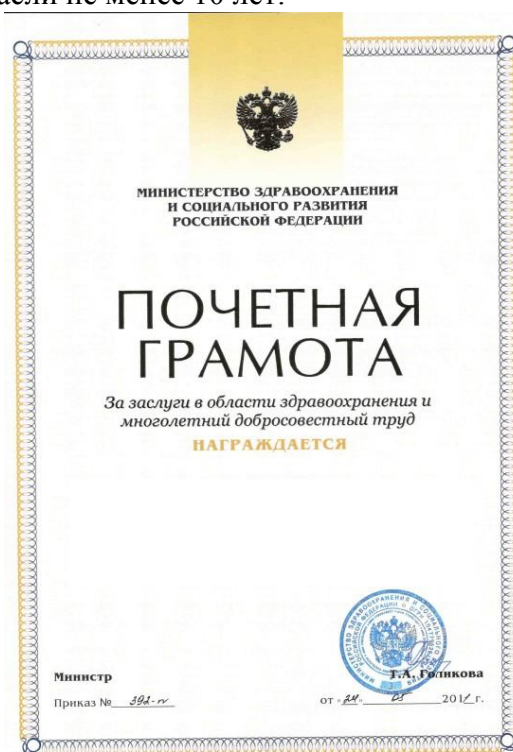


декабря 2007 г.)

Почётная грамота Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

. Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - Почетная грамота) награждаются работники организаций здравоохранения и социально-трудовой сферы за

безупречную работу, имеющие стаж работы в отрасли не менее 10 лет.



Награждение Почетной грамотой производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Вручение Почетной грамоты производится в торжественной обстановке Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации или по его поручению другими должностными лицами. Награжденные Почетной грамотой могут быть премированы организациями, в которых они работают.

Редакция журнала искренне поздравляет всех сотрудников ГБУ РО «ГКБ №8» С ПОЖЕЛАНИЯМИ ВСЕХ ВОЗМОЖНЫХ НАГРАД ЗВАНИЙ И ДРУГИХ БЛАГ!!!

Материал подготовил гл ред С. Н. Николаев по материалам сайтов www.nicelady.ru. www.abbsol.ru. www.bestpravo.ru.

Поездка в Гжель.

19 мая 2012 года активный коллектив нашей больницы посетил завод по производству керамики. Посетив Гжельский завод, мы окунулись в историю гончарного искусства.



Великолепный экскурсовод поведал нам об истории Гжель, показал работу гончаров и художников, мы побывали в цеху, где начинается производство изделия. Увидели заготовки и поэтапно как изделие из простого куска глины превращается в великолепное произведение.



Посетив музей истории, окунувшись в истоки создания фарфора все оценили кропотливый труд мастеров. А теперь немного фактов.

История Гжели

Россия издавна славилась своими мастерами. От столицы Гжель находится всего лишь в шестидесяти километрах. Гжель известен своим славным искусством и необычайно популярным народным промыслом.

XIV век. Первое упоминание Гжели в исторических документах ("Духовная грамота" Ивана Калиты).
XVI век. В завещании царя Ивана IV "Грозного"

Гжель значится среди "государевых дворцовых волостей".

XVII век. В 1663 году царь Алексей Михайлович издает указ "во гжельских волостях для аптекарских и алхимических сосудов приискать глины".

XVIII век. В 1710 году Гжельская волость целиком приписывается к аптекарскому приказу "для дела алхимической посуды" и к концу века состоит из 16 деревень, где находится 681 двор и живет 4542 человека. В 1744 году гжельские глины проверяют на пригодность для производства фарфора, для этих целей в Гжель направляют специальную комиссию возглавленную Виноградовым и Гребенщиковым. Образцы глины были отправлены на проверку в Петербург, где и были получены первые образцы фарфоровой массы.



К концу 18 века гжельские мастера начинают производить полуфаянс, и он постепенно вытесняет майолику. Меняется и сама роспись изделий, цветная роспись сменяется одноцветными узорами кобальтом. На этом момент в Гжели работает уже около 50 фабрик, наступает период расцвета гжельского промысла. Посуда получает известность по всей стране, ее вывозят даже в Среднюю Азию. Начало XIX века. Продукция Гжели именуется "палевой и цветной посудой", "лучшею из всех делаемых в России сего рода посуд", а сама Гжельская волость "весьма славной". Однако с развитием капитализма в стране, наступил промышленный кризис, народное искусство начало исчезать и на границе 19-20 веков исчезло полностью.

Возрождаться народный промысел начал лишь в послевоенные годы. Возрождением народного искусства занялся Александр Борисович Салтыков. Именно он с группой московских художников занимался разработкой методики художественной росписи. Благоприятно на восстановлении Гжели повлияло и сотрудничество Салтыкова с художницей Бессарабовой. Более 10 лет потребовалось Бессарабовой, что бы восстановить секреты былой росписи Гжели. В 70-80 годы XX века начинается период восстановления Гжели.

Создается объединение «Гжель», ставшее керамическим центром России. В 1992 году «Гжель» является единственным предприятием НХП в Гжельском районе. В то время ни кто даже и не думает о выпуске художественного фарфора, поскольку производство находится под охраной государства. Целые 50 лет объединение «Гжель» формирует свой индивидуальный художественный стиль, совершенствует и рекламирует свою продукцию, формирует рынок сбыта.



Слово "гжель" сегодня невероятно популярно. С ним ассоциируется красотой гармония, сказка и быль. И не зря – эта узнаваемая роспись синей краской по белому фарфору появилась некогда именно в России. Вначале это была посуда – кружки, тарелки, квасники, молочники, перечницы и солонки, масленки, кувшины, затем появились статуэтки и предметы обихода – шкатулки, подсвечники, письменные и туалетные приборы и другие.

Гжель является ярким олицетворением русской ремесленности, а также культурным центром страны. Эти, изумительные по красоте керамические изделия, славятся во всем мире. Фарфор с нарядной синей росписью и многоцветная майолика известны теперь не только

в России, но и за ее пределами. Гжельские изделия привлекают к себе всех, кто любит прекрасное, богатой фантазией и гармоничностью, высоким профессионализмом их создателей. Гжель – это колыбель и основной центр русской керамики. Здесь сформировались ее лучшие черты и проявились высшие достижения народного искусства.

Производство.

В наши дни гжельский фарфор производят следующим образом:

Мастер на специальном станке вручную производит гипсовую форму. Затем в нее заливается шликер – глиняную массу.



После просушивания изделий в естественных условиях, их дорабатывают-приклеивают ручки, носики, декоративные детали. Затирают швы и неровности. Затем производится утильный обжиг. Следующий этап – политовый обжиг или покрытие изделия глазурью. Тогда же производится и роспись. При слиянии подглазурных слоев и глазури кобальт – основная краска для росписи приобретает тот самый знаменитый гжельский синий цвет, превращая посуду в неповторимые произведения искусства.

Только после кропотливой работы мастеров и отбраковки красота поступает на прилавки магазина, и мы можем приобрести частичку гжельского фарфора себе домой.

Теперь каждый участник поездки может наслаждаться сказочной красотой у себя дома.

Огромное спасибо профсоюзному комитету за предоставленную возможность приобрести новые знания и окунуться в нашу сказочную историю.

Поездку освещала Л. А. Салтан

Ремонт - как много в этом звуке...

По данным правительства Рязанской области, почти половина лечебных учреждений нашего региона ждёт обновление по долгосрочной целевой программе «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы». Общий объём финансирования составит 4 млрд 293,5 млн рублей - средства для здравоохранения региона немалые.

В конце апреля капитальный ремонт начался и в городской больнице № 8. Конечно, любой, кто видел больницу вблизи, понимает, что капитальный ремонт - это долгожданное благо. Вот только радоваться приходу сего блага мне, как пациентке, оказавшейся здесь на сохранении в самый «ремонтный» момент, почему-то не хочется...

Уже на второй день моего пребывания в медучреждении, нашу палату, ликвидируемую на время ремонта, перевели в коридор - то есть всему дневному стационару 3-го гинекологического отделения (а это в общей сложности с десятком человек) было предложено сохранять беременность на стульях в проходе, мешаясь всем подряд (других мест просто не было!). У беременных с пугающими диагнозами «угрожающий аборт» не было возможности не то что прилечь, но даже вытянуть ноги, чтобы хоть как-то облегчить боли в животе и спине.

Женщин привозили на «скорой», и они были вынуждены, как и все, сидеть в коридоре больницы (благо хоть медсестры старались вынести как можно больше стульев, чтобы пациенткам стоять не приходилось), задыхаясь от строительной пыли (о какой санитарной чистоте может идти речь?) и вздрагивая от «лихих» ударов по полу и стенам. Некоторые виды лечения, которые были показаны пациентам, например, капельницы, в условиях коридора было просто невозможно предоставить. А что греха таить, таблетками лечиться можно и дома...

Персонал больницы ежедневно извинялся, что сохранять беременность приходится в «военно-полевых» условиях. Да и сами они страдали не меньше: чтобы добраться до своих кабинетов, врачи были вынуждены проявлять чудеса эквилибристики, чтобы не переломать ноги в коридоре с отсутствующим полом.

От таких впечатлений всё хорошее, что можно было бы описать о моём лечении - и вежливость, внимательность, профессионализм персонала, и хорошее обеспечение лекарственными средствами, - увы, отходит на второй план...

Большинство из моих сестёр по несчастью, оказавшись вместе со мной на «коридорном» стационаре, предпочли бы сохранять свою беременность дома под присмотром участковых гинекологов - и спокойнее, и удобнее.

В общем, сложилось стойкое впечатление, что к эпидемии гриппа, которая то ли будет, то ли нет, наш регион готовится куда более тщательно, чем к запланированному ремонту медучреждений. По крайней мере, в первом случае заранее готовятся резервные койки, чтобы принять всех экстренных больных, а во втором пациенты вынуждены решать свои проблемы со здоровьем буквально мешаясь под ногами у строителей. Сразу возникает резонный вопрос: зачем нам продвинутый перинатальный центр, если мы пытаемся сохранить беременность на стройплощадках?

Между тем, проблему можно было бы решить загодя, всего лишь спрогнозировав наперёд, какие неудобства может вызвать капитальный ремонт. И соответственно подготовив «пути отступления» - т.е. резервные места, куда можно было бы направить на стационарное лечение больных в экстренных случаях, чтобы не снижать качество предоставляемых населению медицинских услуг на время ремонта. Ведь в случае с 8-й больницей речь идёт о сохранении здоровья и жизни не только самой женщины-пациентки, но и её ещё не родившегося ребёнка. И в условиях начавшегося снижения рождаемости в нашей области, которая, между прочим, и так входит в пятёрку наиболее возрастных регионов страны, сохранить беременность женщины - первоочередная задача для рязанского здравоохранения. В конечном итоге именно в этом и заключается смысл программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы»: качество оказываемых населению медицинских услуг должно лишь повышаться!

С уважением и надеждой на скорое разрешение проблемы, пациентка дневного стационара 3-го гинекологического отделения городской больницы № 8

Галина Смирнова.

Р.С. Обращение Галины Смирновой не осталось незамеченным администрацией больницы, редакция журнала незамедлительно публикует отзывы на статью.

Обращение Смирновой Галины очень важно для коллектива сотрудников ГБУ РО «ГКБ№8». В столь эмоционально сложной для себя ситуации, попав в нашу больницу в период ремонта по программе «Модернизации здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» наша пациентка объективно оценила профессионализм персонала, хорошее обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, внимательное и вежливое отношение сотрудников к пациентам. Хочется выразить признательность за высокую оценку ежедневной работы персонала в условиях ремонта. При регулярном, ежегодном сокращении круглосуточного коечного фонда по городу и области вопрос о выделении резервных коек на данный период вызывает много вопросов и большое недоумение не только у пациентов, но и медицинского сообщества.

Мы приносим свои извинения нашим пациентам за неудобства связанные с ремонтными работами. В жизни всё когда-то кончается - даже ремонт. Пребывание наших пациенток в комфортных условиях благодаря программе «Модернизации здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» будут способствовать повышению качества оказания медицинской помощи и их быстрейшему, выздоровлению.

Председатель комитета по этике
ГБУ РО «ГКБ№8» С. В. Бондаренко.

Кому нужна модернизация?

Действительно, кому? Президенту нашей страны? Региональному правительству? Отрасли здравоохранения? Населению? Кому вообще нужна процветающая сильная и самостоятельная Россия?

Для меня лично ответ прост! Мне нужна, моим близким, моим друзьям, коллегам, большинству нашего населения, которое связало свои чаяния на возрождение сильной России с избранным Президентом страны.

Мы готовы, и нашими делами это уже доказано и это не опровергнут ни наши друзья, ни наши враги, строить нашу больницу и дальше превращая ее постепенно в достойное современное лечебное учреждение. Мы начали

эту работу задолго до программы модернизации. И рассчитывали на свои силы, на помощь благотворителей, учились сами зарабатывать деньги, быть экономически состоятельными. Мы уже поняли, что только всем миром можно построить то будущее страны, к которому мы стремимся. И, поскольку мы избрали путь профессионального служения женщине, и сознаем свою миссию, в первую очередь в первую очередь будем делать то, что обеспечивает оказание бесплатной помощи пациентке. Постоянно используем для этого средства от приносящей доход деятельности, хотя это полностью противоречит основным принципам предпринимательской деятельности (не забудем, что мы живем в капиталистической стране и бизнес должен быть эффективен).

Время собирания камней требует усилий от каждого. Но это дело сугубо добровольное. Каждый делает свой выбор. Можно впрячься в эту работу не жалея себя и потом с гордостью увидеть результат своих трудов (а может быть результат увидят наши дети и внуки и будут гордиться нами). Можно с умилением наблюдать за строительством (ибо нет ничего приятнее, чем наблюдать труд других, как сказал классик) и потом просто пользоваться достигнутым. Можно критиковать все и вся (не делая ничего созидательного), преподнося это как «высокую гражданскую позицию», считать себя общественной совестью и потом сознавать себя сопричастником достигнутого результата. Мы выбрали первую позицию. Не все это ценят? Так и должно быть! Ведь кто-то уверен, что правилен только третий путь. Вспомним Конфуция: ученики спросили учителя – хороший ли человек, которого любят все жители деревни? Это никчемный человек – ответил учитель. А если человека не любят все жители деревни? Это плохой человек – ответил учитель. Кто же тогда хороший человек? – спросили ученики. Хороший человек – тот, которого любят хорошие жители деревни и ненавидят плохие – ответил учитель.

Если рядом с нашим домом ночью укладывают асфальт «хорошие жители деревни», которым спокойно отдохнуть мешает шум строительной техники, понимают, что это временно, что днем проводить работы нельзя, потому что интенсивное движение, будут пробки, ухудшится качество работ. А если

спокойно отнестись к временным личным неудобствам – скоро будет новая хорошая мостовая. Навещаю родственника в больнице: в коридоре стоит мебель, сильно пахнет краской.

Сидим в коридоре на продавленном диване и радуемся за коллег – идет ремонт, больница развивается! Можно курить только в специально отведенном месте, а оно далеко, а рядом лавочка и вид такой красивый! Нет проблем – прогуляюсь до выделенного места.

Программа модернизации идет по всей стране. И ни в одной стране мира нет законсервированной сети медицинских учреждений на случай глобального проведения капитального ремонта. Неудобства существуют. И для наших пациентов и для персонала. Важно как к ним относиться. Наша больница не монополист на данный вид помощи. Начиная с приемного отделения мы честно вас предупредили, о том, что в больнице проводятся строительные работы, принесли свои извинения за временные неудобства. Это публичная оферта. Дав согласие на госпитализацию, вы подтвердили, что согласны с предоставляемыми условиями пребывания. Каждый пациент волен выбирать клинику по своему усмотрению. И, если вас не устраивают условия, мы приложим все усилия, чтобы определить вас в другое учреждение. И в перинатальный центр бы перевели с «нашей стройплощадки».

Дневной стационар разновидность амбулаторно-поликлинической помощи. Туда не определяют на лечение пациенток, которых привезла «скорая помощь». Можно получать лечение и в женской консультации. И не надо страшилась: инфузионную терапию (капельницы) в коридорах нашей больницы не проводят.

В последнее время многие СМИ постоянно изображают в негативе здравоохранение, просто ренессанс «убийц в белых халатах». Недостатки в отрасли есть. Они копились годами. Отрасль переживала тяжелые времена вместе со всей страной, со всем обществом. И вместе с позитивными силами общества учиться жить и работать по-новому. Мы все вместе только в начале общего пути созидания и завершить его мы сможем, только помогая друг другу и поддерживая друг друга. Нам (профессиональным медикам и пациентам) нужно понять, что должно быть сотрудничество, что у нас есть взаимные права и обязанности, взаимная ответственность и

есть общая цель: добиться результатов помощи как отдельному человеку, так и оздоровить все наше общество в целом. Мы благодарны нашим пациентам, которые терпеливо, невзирая на физические страдания связанные с болезнью, активно сотрудничают с нами в деле выздоровления. Вместе с ними радуемся, когда общими усилиями удастся победить недуг. Весьма благодарны тем, кто оказывает помощь больнице. Количество положительных отзывов о нашей работе подтверждает правильность наших действий.

Но не может не расстраивать наплевательское отношение к собственному здоровью (несоблюдение режима, диеты, курение беременных женщин, которые находясь в стационаре с осложненной беременностью и получая препараты улучшающие кровоток в плаценте, тут же добавляют сосудистый яд и просто хамят на замечания), к имуществу больницы (можно оторвать половину рулона туалетной бумаги и бросить на пол, приклеить на стену отремонтированного туалета использованную гигиеническую прокладку, потушить окурков о свежеремонтированную стену; воровать декоративные растения, малые архитектурные формы, ходить по газонам, можно перечислять и дальше), к медицинскому персоналу, которому можно хамить во время оказания помощи и еще угрожать жалобами во все инстанции. Каждый из нас неоднократно сталкивался с этим. И каждый порой впадал в отчаяние и думал, что надо уйти из профессии.

Но большинство из нас выбрали свою специальность по велению сердца и расценивают ее как своего рода служение. И будем и дальше самоотверженно лечить «всех жителей деревни»; «хорошие жители деревни» как ценили, так и будут ценить наш труд; а «плохие жители деревни» либо пропитаются нашей общей идеологией и станут «хорошими», либо останутся «плохими» и тогда их негативное отношение к нашему общему делу должно выглядеть для нас как похвала и свидетельство правильного пути!!!

Миров А.И., врач акушер-гинеколог, член
Регионального Штаба народного фронта.

Новая концепция возможного патогенеза эндометриоза.

Обоснование профилактики.

Большое количество литературных источников посвящено проблеме развития эндометриоза, но, несмотря на результаты многочисленных исследований, до сих пор не существует общепринятого мнения в отношении этиологии и патогенеза этого распространенного заболевания и мер его профилактики. Согласно современным представлениям, эндометриоз – это мультифакторное дисгормональное иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием.

Большинство исследователей придерживаются мнения, что рефлюкс менструальной крови – имплантационная теория развития эндометриоза [J. F. Sampson, 1921], в сочетании с нарушенной иммунореактивностью [M. Jonesco и С. Popesco, 1975] приводят к развитию эндометриоза. Помимо транслокационной теории существуют генетическая теория (дефект HLA: HA, A10, B5, B27) и гормональная теория (нарушения функционирования гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системы, высокий уровень прогестерона в первые дни менструации – фактор, способствующий выживанию жизнеспособных клеток эндометрия). До последнего времени наиболее распространенной является комбинация имплантационной и иммунологической теорий [W.P. Damowski и соавт., 1988], дополненная R.W. Shaw (1993): «эндометриоидные фрагменты перемещаются через маточные трубы у всех женщин, но их судьба зависит от иммунного ответа организма: накопления в очагах эпидермального фактора роста, инсулиноподобного фактора роста и ФНО– α , мутации или инактивации гена p53 на фоне усиления экспрессии онкобелков – c–mys, c–fos, c–bcl, способствующих усилению пролиферации». При этом рефлюкс менструальной крови доказан у 90% женщин в ходе лапароскопических операций, проведенных по различным причинам во время менструации.

Однако неизвестно, в каждом ли менструальном цикле происходит подобный заброс менструальной крови. Если допустить, что подобная ситуация может в различные периоды жизни встречаться у всех женщин, то совершенно непонятно, что именно ведет к развитию эндометриоза. В данной ситуации мы говорим о наружном генитальном эндометриозе. Каким образом абсолютно идентичные процессы приводят в одних случаях к развитию эндометриоза, а в других остаются незамеченными? Почему эндометриоз встречается не у всех женщин? И при чем здесь аденомиоз?

Кажется совершенно логичным допустить, что для того, чтобы произошли адгезия, дальнейший рост и функционирование клеток эндометрия, эти клетки должны быть особенными. Они должны быть «жизнеспособными», активированными. Подобная «жизнеспособность» может наступать вследствие естественной активации эндометрия при беременности.

Гипотеза о том, что значительное количество беременностей остаются незамеченными и прекращаются до менструальноподобного кровотечения или вместе с ним в сроки ожидаемых менструаций, не является новой, однако связать это с возможным патогенезом эндометриоза никто не пытался.

Может ли быть эндометриоз следствием повторяющихся беременностей, которые нарушаются и прерываются еще до того, как их удастся диагностировать («беременность мизерного срока»), однако которые запускают каскад активации эндометрия?

Мы предполагаем, что нарушение «беременности мизерного срока» может способствовать развитию эндометриоза. При этом данная гипотеза возможного патогенеза эндометриоза отражает развитие как наружного генитального, так и внутреннего эндометриоза.

Известно, что 40% всех наступивших беременностей заканчиваются гибелью оплодотворенной яйцеклетки или бластоцисты в первые 1–3 нед., то есть еще до того, как беременность диагностирована. Предполагают, что 50% всех неудач связаны с генетическими нарушениями (генные и/или хромосомные

аберрации). В 90% случаев причиной нарушения развития беременности и формирования эмбриона и плода могут быть эпигенетические нарушения, например изменения в системе иммунорегуляции беременности. Начиная с четырех-, восьмиклеточной стадии деления и до предимплантационного периода все ткани будущего эмбриона несут аллоантигены, которые могут привести к иммунному отторжению. Может быть, нарушение иммунорегуляции в гистогенезе беременности может оказаться ключевым звеном в формировании эндометриоза? Так, например, цитокины в большинстве своем являются факторами роста, антитела могут оказывать влияние на рост и дифференцировку клеток при формировании беременности. Нарушение продукции антител с доказанным влиянием на ход гестационного процесса в значительной степени может зависеть от наличия хронических латентных оппортунистических инфекций. Наличие условно-патогенных микроорганизмов может стать причиной как патологической иммуноактивации, так и патологической иммуносупрессии.

Наступление и нормальное прогрессирование беременности – это большая удача. Это сочетание огромного количества благоприятных условий. Должна произойти овуляция. Яйцеклетка должна быть способна к оплодотворению 24–48 ч., после чего она погибает. В этот период в ампуле маточной трубы происходит оплодотворение, при этом рассматривается возможность «селективного оплодотворения», при котором отбирается сперматозоид с выраженными различиями аллелей генов главного комплекса гистосовместимости. Должны адекватно запуститься процессы слияния генетического материала и пройти первое деление зиготы. Во время деления клеток бластоцисты 4–8–16 начинается секреция β -хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ), и в любой момент могут произойти нарушения, приводящие к гибели бластоцисты. Нарушение процессов дифференцировки унипотентных клеток может приводить к остановке развития на стадии 8 бластомеров. От бластоцисты начинает отделяться группа клеток – сцинтилтрофобласт, который станет своеобразным «якорем» для адгезии к

эндометрию. Эндометрий должен быть подготовлен к имплантации, сцинтилтрофобласт и эндометрий вырабатывают коннектины для успешной интеграции. Наполовину чужеродный генетический материал может вызвать иммунологическую атаку материнского организма.

Далее бластоциста погружается в стенку матки. В этот момент, согласно общепринятому представлению, происходят тончайшие процессы дифференцировки 3-х зародышевых листков. Любое нарушение в этот момент приведет к ее гибели, и последующая менструальноподобная реакция может восприниматься женщиной как обычная, ничем не отличающаяся от всех прочих менструация, которая даже по времени может соответствовать ожидаемой.

Если подобная концепция верна, и в основе возникновения эндометриоза может лежать и нарушение развития «беременности мизерного срока», то она объясняет, почему «пролиферат» вокруг закончившей существование, инвагинированной в стенку матки бластоцисты продолжает инвазивный рост и способствует развитию аденомиоза. Возможно потому, что имеют место нарушение соотношения процессов апоптоза и пролиферации инвагинированного в стенку матки эндометрия, иммунологические нарушения, а также то, что клетки эндометрия уже активированы и обладают свойствами прогрессивного роста, инвазивностью, пролиферативной активностью за счет присутствующих факторов роста. Такой эндометрий обладает иными свойствами, нежели обычный, «небеременный» эндометрий. Таким образом, после нарушения «беременности мизерного срока», вместе с менструальноподобным кровотечением в сроки предполагаемой менструации могут происходить заброс менструальной крови с элементами «жизнеспособного» эндометрия в брюшную полость и/или инвазия активированного началом беременности эндометрия в стенку матки.

Данные предположения позволили сформулировать концепцию, согласно которой одним из патогенетических путей развития эндометриоза может являться нарушенная «беременность мизерного срока» (до ожидаемой очередной менструации), при

которой активированный и «жизнеспособный» эндометрий, обладающий повышенным сродством к материнским тканям, в ходе нарушенной беременности вызывает развитие аденомиоза (инвагинацию эндометрия вследствие имплантации) и попадает в брюшную полость с последующим менструальноподобным кровотечением нарушенной «беременности мизерного срока». Оно клинически неразлично с обычным менструальным кровотечением. По нашим наблюдениям, менструальноподобное кровотечение, следующее за прекращением «мизерной» = «несостоявшейся» = «биохимической» беременности, ничем не отличается от обычной менструации и расценивается женщиной как обычное. Далее этот «активированный» эндометрий может преобразовываться в эндометриоидные гетеротопии или очаги аденомиоза, чему, например, помимо нарушения локального иммунного ответа, способствует фактор midkine, выявленный Y. Osuga в фолликулярной и перитонеальной жидкости (фактор, способствующий повышению митотической активности, неоангиогенезу и хемотаксису клеток эндометрия за счет повышения гена IL-8, встраиваемого в строму эндометрия во время отторжения эндометрия с повышением сократительной активности последнего, повышением чувствительности к тромбину и соответствующей инвазии клеток эндометрия).

Midkine играет роль в развитии беременности и в норме образуется во время нее. Это фактор, который способствует клеточной пролиферации и миграции, а также ангиогенезу и фибринолизу. Повышение его концентрации в перитонеальной жидкости и эндометриоидных гетеротопиях отмечено у женщин с эндометриозом.

В последних исследованиях отмечено, что именно midkine может способствовать адгезии клеток эндометрия к брюшине. Midkine, образуемый в фолликулярной жидкости, после овуляции может попадать в перитонеальную жидкость. Концентрация его в фолликулярной жидкости в 200 раз выше, чем в перитонеальной. Это объясняет его повышенное содержание в перитонеальной жидкости в лютеиновую фазу. Не логично ли, что midkine, обнаруживаемый в фолликулярной

жидкости, попадает с ней в брюшную полость и по яйцеводам – в полость матки, потому что он со стороны яйцеклетки может способствовать адгезии и инвагинации на ранней стадии эмбриогенеза, срабатывая подобно интегринам (молекулам адгезии) со стороны эндометрия. Если происходит прерывание «беременности мизерного срока», то midkine, выделяемый ежемесячно при овуляции, по каким-то причинам действует на «активированные» клетки эндометрия (возможно, из-за повышенного сродства таких клеток к midkine), способствует развитию и автономному существованию очагов эндометриоза в брюшной полости или аденомиоза.

Для понимания данной концепции важным также является вопрос: кто же все-таки женщина с эндометриозом?

Пациенток можно разделить на 3 типа, причем часто у одной пациентки происходит последовательная смена этих характеристик.

- Молодая активная женщина, возможно, «карьеристка», с отсроченными репродуктивными планами.
- Женщина, чьим доминирующим желанием является наступление беременности. Она не предохраняется, отслеживает овуляцию. Постоянно пытается забеременеть.
- Женщина репродуктивного возраста с постоянным плохим самочувствием, неврастенического типа, с болями в низу живота, избегающая регулярных сексуальных контактов, особенно перед менструацией, вследствие диспареунии, с длительными, болезненными и обильными менструациями, выраженным предменструальным синдромом.

Объединяющими характеристиками для всех этих женщин в большинстве случаев являются регулярный овуляторный менструальный цикл и отсутствие надежной контрацепции (в частности, с началом половой жизни не применялись комбинированные гормональные контрацептивы – КГК), а лишь барьерный, физиологический календарный, coitus interruptus и другие методы).

Кроме этого, эндометриоз преимущественно встречается у женщин репродуктивного возраста после начала половой жизни. У девочек до начала половой жизни и у женщин в постменопаузе он

встречается крайне редко и требует дальнейшего изучения для верификации диагноза. Известно также, что эндометриоз в постменопаузе не возникает, а лишь сохраняется на фоне приема заместительной гормональной терапии.

С учетом вышеизложенных данных для обоснования этой концепции возможного патогенеза эндометриоза было решено оценить уровень β -ХГЧ на 25–27-й день менструального цикла у практически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста, не предохраняющихся от беременности и пытающихся забеременеть. Известно, что самым точным методом диагностики беременности является определение β -ХГЧ. Продукция ХГ регистрируется с момента имплантации

сцинтитрофобласта и появляется в крови уже на 6–8-е сут. после оплодотворения. Есть сведения о том, что β -ХГЧ начинает вырабатываться еще до имплантации. Минимальная концентрация для обнаружения беременности – 10–15 МЕ/л. В срок ожидаемой менструации его концентрация может достигать 50–250 МЕ/л, что соответствует 2 неделям беременности.

Оценены показатели уровня β -ХГЧ на 25–27-й день менструального цикла у 100 практически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста (от 16 до 40 лет; средний возраст $25 \pm 9,36$ лет), не предохраняющихся от беременности и планирующих ее.

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели уровня хорионического гонадотропина на 25–27-й день менструального цикла

Число женщин в группе исследования (n=100), %	Возраст (лет)	Уровень β -ХГЧ на 25–27-й день менструального цикла (МЕ/л). Норма 0–5,0 МЕ/л	Последующее наблюдение
54	16–40	0	Отрицательно. Беременности нет
39	19–35 ($27,5 \pm 8,36$)	10,21–278,4 (среднее значение 40 МЕ/л) Уровень β -ХГЧ соответствует 1–2 неделям беременности	При последующем наблюдении прогрессирования беременности не выявлено. Менструация в срок, без особенностей
7	24–40	387,6–3907,0 Уровень β -ХГЧ соответствует 2–3 неделям беременности	При последующем наблюдении диагностирована прогрессирующая беременность

Анализ на β -ХГЧ у 54% женщин в возрасте от 16 до 40 лет на 25–27-й день менструального цикла оказался отрицательным. У 39% женщин в возрасте от 19 до 35 лет (средний возраст $27,5 \pm 8,36$ лет) уровень β -ХГЧ на 25–27-й день менструального цикла был выше нормы и находился в пределах 10,21–278,4 МЕ/л, что соответствует сроку беременности 1–2

недели (рис. 2). Среднее значение β -ХГЧ около 40 МЕ/л, при норме 0–5,0 МЕ/л. В последующем наблюдении прогрессирования беременности у этих 39% пациенток не выявлено (менструация в срок, без особенностей).

У 7% женщин на 25–27-й день менструального цикла ХГ был 387,6–3907,0. При последующем наблюдении выявлена прогрессирующая беременность. В данном исследовании выдвинута гипотеза возможного патогенеза эндометриоза, согласно которой нарушение «беременности мизерного срока» (еще до того, как ее удастся диагностировать) может способствовать как развитию наружного генитального эндометриоза, так и аденомиоза. Это позволяет



расценивать эндометриоз и как возможную болезнь женщин репродуктивного возраста с сохраненной менструальной функцией и овуляторным менструальным циклом, не использующих гормональные противозачаточные препараты, с несостоявшимися и незамеченными «беременностями мизерного срока» в анамнезе, которые проходят без какой-либо манифестации, и об этом не знают ни женщина, ни врач.

Действительно, пациентки с эндометриозом часто бывают бесплодны. Но вопрос первенства бесплодия при эндометриозе остается открытым.

Возможно, и бесплодие по типу неразвивающихся («несостоявшихся») «беременностей мизерного срока» – одно из существенных звеньев в патогенезе эндометриоза и, особенно, аденомиоза, где только трубный рефлюкс не отвечает на все вопросы. При этом причины прерывания беременности и механизмы агрессивного внедрения «активированных» (жизнеспособных) клеток эндометрия требуют дальнейшего изучения.

Даже если выдвигаемая концепция несовершенна, учитывая, что эндометриоз – болезнь овулирующих женщин, а самым надежным методом контрацепции является использование комбинированных гормональных контрацептивов, которые приводят к подавлению овуляции, современной и патогенетически обоснованной мерой его профилактики является использование микродозированных комбинированных гормональных контрацептивов с раннего репродуктивного возраста и в интергенеративных интервалах (рис. 3).

Таким образом, предлагаемая концепция развития эндометриоза позволяет помочь понять механизмы формирования не только наружного генитального, но и внутреннего эндометриоза, а также обосновать применение низко- и микродозированных КГК в профилактических целях. Однако, как и все другие гипотезы патогенеза эндометриоза она требует дальнейшего изучения и детального обоснования.



Обзор подготовил А. В. Маркин по материалам статьи Тихомирова А.Л., Манухина И.Б., Батаевой А.Е., опубликованной в РМЖ №1 2012г)

IV Научно-образовательный форум «Медицинская диагностика».

С 30 мая по 1 июня в Москве в ВВЦ «Крокус Экспо» проходил IV Научно-образовательный форум «Медицинская диагностика», в рамках которого был проведен Международный учебный курс «Эхокардиография плода». Зарегистрировалось 450 участников курса (ровно столько, сколько вмещает зал), и что удивительно, даже в последний час последнего дня работы в зале практически не было свободных мест. Из нашего региона все дни работы присутствовали только мы с Дмитрием Ивановичем. С приветственным словом к «курсантам» обратились сопредседатели Организационного комитета:



«Выступление на курсе ведущих зарубежных экспертов в области пренатальной эхокардиографии является показателем тесного сотрудничества между специалистами

Международного общества ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии (ISUOG) и Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ). Мы надеемся, что такой формат обучения будет способствовать повышению квалификации и расширению кругозора врачей».

Президент РАСУДН
Профессор В.В. Митьков



«Развитие современной медицины невозможно без постоянного обмена данными практического опыта и научных достижений между специалистами разных стран, без возможности

совместного обучения молодых врачей и без координации усилий, направленных на повышение качества диагностики и лечения. Надеемся, что традиция проведения в России международных практических курсов под эгидой (ISUOG) будет продолжена и получит признание у российских специалистов».

Член Исполнительного комитета (ISUOG).

Профессор А. Абухмад.

Сетка научных мероприятий была представлена лекциями, на которых были рассмотрены все вопросы нормы и патологии сердечно-сосудистой системы внутри-утробного плода, презентациями оборудования «Hau-end» ведущих производителей и практическими демонстрациями исследований. Также демонстрировались фильмы о возможностях антенатальной хирургии плода при пороках сердца и сосудов.

2/3 докладов были представлены зарубежными коллегами, мировыми экспертами. Лекции и сопровождающие их слайды были на английском языке, но имеющиеся знания предмета и высокопрофессиональный перевод не создавали дискомфорта в восприятии. Отрадно, что двое экспертов – наши бывшие соотечественники, в настоящее время успешно

работающие в Соединенном королевстве и США. Поразительна была деловая и в тоже время крайне доброжелательная обстановка мероприятия. Можно было задавать любые вопросы и получать исчерпывающие ответы. Вообще актуальность курса и его тематика связаны с тем, что проблема



диагностики пороков сердца является одной из основных в пренатальной диагностике и не только в нашей стране. Лучшие клиники мира с подготовленными специалистами и современным оборудованием признают, что диагностируется только 35% случаев.

Причина столь низкой эффективности проста: это малые размеры исследуемого объекта (в 12 недель сердце сравнимо с маленькой горошиной, в 22 недели с небольшой оливой, в 34 недели – размером со сливу), высокой частотой движений объекта (намного превышает ЧСС взрослого человека), плод как объект исследования также чрезвычайно подвижен. Рутинное исследование должно ответить на вопрос в условиях скрининга: имеется норма или есть подозрение на патологию. Для этого достаточно получить правильный апикальный 4-х камерный срез сердца плода, срез «через 3 сосуда», определить правильность расположения сердца в грудной полости и правильное положение сосудов. При любом подозрении на патологию дальнейшее исследование должен проводить подготовленный эксперт, в руках которого имеются такие современные инструменты как 3D/4D, STIC, возможность «забора доплеровского объема» и его мультислайдового исследования в необходимых плоскостях. «Забор объема» позволяет значительно сократить время использования высокоэнергетического

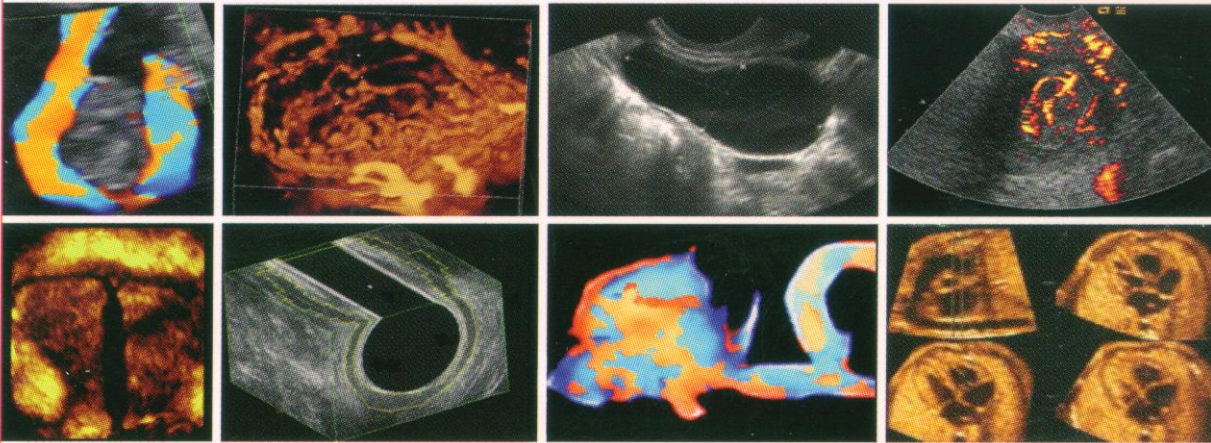
доплера, которое небезвредно для плода, выбрать время когда плод не двигается и уже в спокойной обстановке уже без участия пациентки провести необходимый анализ. Точная диагностика характера порока является важным прогностическим фактором, так как от нее зависит прогноз жизни новорожденного и возможность хирургической коррекции, как анте-, так и постнатальной.

Для врачей нашей страны теперь имеется возможность вступления в международные профессиональные ассоциации и всем участникам поступило предложение членства в ISUOG. Существуют различные варианты. Мы выбрали для себя форму «Full membership». Зарегистрировавшись мы с коллегой и наша больница получают доступ к онлайн-ресурсам и лекционным веб-курсам.

В июле Вашему вниманию также будут представлены мультимедийные сообщения Исаева Д.И. по наиболее интересным лекциям курса.

А. И. Мирон.

Web lectures



Over 300 online lectures including ISUOG's intensive courses are available for viewing any time to members.

II Конференция с международным участием



ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ



С 23 по 26 мая 2012 года в Москве в Российском университете дружбы народов состоялся II Общероссийский конгресс с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии».

Программа конференции строилась в формате обсуждений, дискуссий, круглых столов.

Научные руководители мероприятия: проф. Радзинский Виктор Евсеевич, проф. Кира Евгений Фёдорович, проф. Манухин Игорь Борисович и др.

Количество заявленных участников составило 1200-1400, среди которых ведущие отечественные и зарубежные специалисты отрасли акушерства и гинекологии, эпидемиологии, неонатологии, а также средний медперсонал различных регионов нашей страны и представители других стран: проф. Прасаускас Валдас (Швейцария, Цюрих), проф. Ли Цзинь (Китай, Пекин), Проф. Орджоникидзе Н.В. (Финляндия, Хельсинки) и др.

Рязань была представлена делегатами из ГБУ РО ГКБ №8 (врачами Брума Н.И., Александрова М.А, ст. м/с 3 г/о Кузнецова О.В.)



Вопросы научной программы затрагивали самые актуальные и насущные темы, связанные с инфекциями в акушерстве и гинекологии:

- профилактика внутрибольничной инфекции

- рациональная антибиотикотерапия
- инфекции во время беременности, принципы диагностики и лечения
- хронический эндометрит, диагностика и лечение
- воспалительные заболевания органов малого таза
- вирусные инфекции, в том числе ВПЧ, противовирусная терапия
- кандидозный вагинит
- акушерский сепсис
- антисептические средства
- мастер-класс по кольпоскопии и многое другое

На конференции состоялось первое заседание РАРИ (Российской ассоциации репродуктивных инфекций), в рамках которого прошло обсуждение протокола коррекции биоценоза половых путей, протокол готовится к выходу осенью после проведения Семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи 8-11 сентября 2012 г.) и будет совмещён с выходом книги В.Е. Радзинского «Биоценоз половых путей».

Особое место в программе конференции уделено вопросам инфекционной безопасности ЛПУ акушерско-гинекологического профиля, которые рассматривались на традиционном заседании «ГЛАВВРАЧ XXI века» и Семинаре «Акушерка в XXI веке: инфекционная безопасность акушерских стационаров».

Параллельно с 23 по 25 мая 2012 г. Проходила выставка «Инфекции в акушерстве и гинекологии», на которой было представлено лабораторное оборудование для стерилизации и дезинфекции, средства для дезинфекции, витаминные комплексы, средства для

коррекции вагинальных дисбиозов, тесты для экспресс-диагностики урогенитальных инфекций, тесты для дезинфицирующих средств, антибактериальные и противогрибковые средства, противовирусные и иммуномодулирующие средства, уроантисептики, в том числе растительного происхождения, медицинский инструментарий, средства для обеспечения санэпидрежима и защитные средства.

Проблема инфекции, по всей видимости, никогда не утратит своей злободневности. 70% рабочего времени российский акушер-гинеколог тратит на преодоление именно инфекционных проблем: от вагинитов и бактериальных вагинозов до пресловутых ВЗОМТ, и, конечно, на самое главное — профилактику послеродовых и перинатальных инфекционных заболеваний. Однако помимо довольно рутинных клинических ситуаций существуют две болевые темы современного акушерства, которым в ходе Конференции было посвящено особое внимание.

Первая тема — полирезистентность инфектов к противомикробным агентам. В наше время просто говорить о злободневности вопросов инфекций в акушерстве и гинекологии уже недостаточно — проблема перерастает в глобальную угрозу всему человечеству.

В прошедшем 2011 году ВОЗ объявила 18 ноября Европейским днём борьбы с нерациональным использованием антибиотиков (European Antibiotic Awareness Day). О рисках излишнего увлечения противомикробными средствами было известно давно, однако эта опасность стала особенно велика с тех пор, как в микробных популяциях было зафиксировано появление

так называемых супербактерий, не чувствительных ни к одному из существующих антибиотиков. Названия этих микроорганизмов прекрасно известны акушерам-гинекологам, например *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*. К сожалению, нельзя быть уверенными, что через год или два по миру не прокатится эпидемия материнских смертей, связанных, например, с полирезистентным золотистым стафилококком. В арсенале врача может не оказаться ни одного (!) антибиотика, который смог бы результативно остановить микробную агрессию. В связи со столь грозными перспективами особенно драматичной остаётся слепая вера в силу антибиотиков на фоне недооценки простых и эффективных средств предупреждения септических осложнений, например банального мытья рук.

Вторая болевая точка — недоношенные дети. В декабре 2011 года вступил в силу Приказ МЗСР РФ №1687, регламентирующий выхаживание недоношенных детей с массой тела от 500 г. Это порождает проблему задержки ранней выписки или перевода на второй этап — главного метода профилактики внутрибольничных вспышек послеродовых инфекций среди новорождённых.

Борьба за асептику — задача акушера-гинеколога и среднего мед.персонала, контактирующего тесно с пациентами. Именно поэтому проведение данной конференции по актуальным на сегодняшний день вопросам значимо, особенно для тех, кто имеет непосредственное отношение к инфекционной безопасности акушерско-гинекологических стационарах.

На конгрессе побывала Н. И. Брума.

Современные кровесберегающие технологии.

Современную хирургическую практику трудно представить без прогрессивных кровесберегающих технологий.

По программе модернизации нашей клиники был приобретен аппарат «CELL SAVER 5+», американской фирмы HAEMONETICS.



Данная система предлагает альтернативу обычному в хирургии использованию донорской крови, и применение её возможно в самых разных областях медицины:

Сердечно-сосудистая хирургия;
Ортопедия;
Педиатрическая хирургия (объем кровопотери от 100 мл);
Экстренная хирургия;
Травматология;
Трансплантология.

Принцип работы данного оборудования заключается в сборе теряемой во время операции крови электроотсосом, затем кровь смешивается с антикоагулянтом и поступает в резервуар, где отфильтровываются мелкие кусочки тканей, сгустки и другие макроструктуры.

Из резервуара с помощью перистальтического насоса кровь попадает во вращающийся колокол.

Эритроциты связываются в центрифуге центробежными силами, в то время как плазма выносится из колокола, вымывая свободный гемоглобин, антикоагулянт, активированный фактор свертывания (АСТ), активизированные тромбоциты.

Как только гематокрит крови, содержащийся в колоколе, достигает 55%, туда начинает поступать физиологический раствор, промывая эритроциты. Эффективность промывки составляет более 95%, количество эритроцитов более 98% от собранных. По окончании цикла промывки концентрированная суспензия эритроцитов в физрастворе поступает в мешок для реинфузии.

Аппарат имеет высокую скорость работы. Например: время одного цикла с использованием типовых скоростей помпы при 1200 мл собранной крови в резервуаре с Ht=10-20% составляет 3 мин. Результатом является 225 мл взвеси эритроцитов в физрастворе, в которой содержится 137 мл чистых эритроцитов. Отсутствуют ограничения по объему обрабатываемой крови. Аппарат также позволяет проводить предоперационную секвестрацию крови пациента на эритромассу и плазму, обогащенную тромбоцитами в полуавтоматическом режиме.



Система очень проста в управлении и позволяет практически мгновенно начать процедуру, что делает ее незаменимой при хирургических операциях.

Также возможен переход на ручное управление, что, увеличивая гибкость системы, расширяет область ее применения.

Вес аппарата 30 кг, что обеспечивает мобильность и легкость внутрибольничной транспортировки.



Аппарат имеет дисплей, непрерывно отображающий параметры процесса. Благодаря конструкции аппарата оператор имеет возможность визуально контролировать колокол и ход процедуры отмытки.

Система обеспечения безопасности пациента включает:
 Режим автоматической самодиагностики при включении аппарата и блокировка при неисправности;
 Возможность вмешательства оператора в процесс при работе в автоматическом режиме;
 Ограничитель превышения числа оборотов центрифуги;
 Защита от превышения/ падения давления;
 Датчик разгерметизации колокола в центрифуге;
 Контроль соответствия режима работы насоса (направление вращения и скорость) в соответствии с режимом работы аппарата;
 При возникновении ошибки в работе аппарата, ее код записывается в журнал ведения ошибок.

Программное обеспечение может регулярно обновляться.
 К настоящему времени уже имеется опыт успешного применения данного аппарата в нашей клинике.



Врач анестезиолог реаниматолог Д. С. Девятов.

Татьяна Александровна.

***К вам все идут
Как к роднику напиться.
Кто за советом,
Кто же просто прикоснуться...***



Наверное, трудно оценить роль медицины в нашей сегодняшней жизни: она настолько велика, что порой словами не выразишь те чувства, которые испытывают пациенты и их родные и близкие. От сестринского профессионализма, отзывчивости и оперативности зависит не только настоящее, но и будущее семьи, поселка, города, страны!

***У каждого свой мир и рейтинг.
Вот человек – и прост, и тих,
И ненавязчив, незаметен,
А мир и держится на них!
Одна из них – не академик,
Не композитор – медсестра,
Как будто между ними – берег,
Как вспышка дальнего костра.
Больные в ней души не чают:
Она внимательна, чутка,
И ждут ее, с утра встречая.
Она понятна и близка.
Ах, если б встреч таких почаще,
Побольше бы людей таких -
Простых, хороших, настоящих!
Ведь мир и держится на них!...***

Ее ласково называют сестричкой. Она выхаживает, уговаривает, терпит капризы больных. Лечит таблетками, уколами, добрым словом и чутким отношением. С ней врач чувствует себя как за каменной стеной.

Наш рассказ о– Гайдовой Татьяне Александровне – медицинском регистраторе, а в недавнем прошлом - старшей медсестре второго гинекологического отделения . На ее попечении не только пациенты, она организация всей работы среднего и младшего медперсонала.

Татьяна Александровна уверена: в медицине даже самые высокие технологии никогда не заменят «сердечную квалификацию», ее обязаны иметь все, кто помогает пациенту, — от врача и специалистов среднего звена до санитарки.

Под ее началом была большая команда. Вторая гинекология не только крупнейшее подразделение стационара, но, пожалуй, и самое «горячее». 70 коек никогда не пустуют....

Надо признать, что большую часть работы в отделении принадлежит старшей медсестре. Она и за медсестрами присматривает, и за больными, и санитарками командует — только в путь. На ней много обязанностей и ответственности. Мы, глядя на неё, всё время удивляемся, как же она с этим беспокойным хозяйством умудряется справиться. Девочки знают ее строгость и на замечания не обижаются, ведь ничего лишнего не требует — все должностными обязанностями предписано. Душевной черствости простить не может. За соблюдение дисциплины спрашивает не только с медперсонала, но и с пациентов — чтобы не курили, режим не нарушали.

Всегда ходила по отделению со строгим видом, напуская на себя важность. Но все знают, что это она только вид такой делает, а в душе добрейший человек. Проработав столько лет на своём посту, уже душа у неё спокойной не бывает, если что-то не так. Переживает за весь персонал, за больных...

Татьяна Александровна за свой женский коллектив горой — Руки у медсестричек и санитарок золотые и души открытые. У нас отделение сложное, пациенты после тяжелых операций прикованы к постели, нуждаются в постоянном уходе. Персонал работает с повышенными нагрузками, но никто от трудностей не бежит.

Рядом со старшей ее надежные помощницы — медсестры, сестра-хозяйка, палатные санитарки. Можно назвать дюжину фамилий, жаль, журнальная страница не позволяет. Кстати, наш журнал в отделении читают все.

Отделение — это как вторая семья, как очаг. А для кого-то — даже и первая... Здесь всё работает по законам семьи: держаться вместе, друг за друга всегда помогать в трудные моменты. Есть такое выражение, что очаг мужчина охраняет, а женщина сохраняет. Можно смело перефразировать: старшая медсестра очаг не только сохраняет, но и охраняет. — Устала я уже, не справляюсь. На следующий год точно уйду на пенсию.

Справедливости ради, надо отметить, что на пенсию Татьяна Александровна уже уходит так лет, только б не соврать, наверное, уж 5—6. Все понимают: ну уйдёт она на пенсию, а ведь всё равно будет скучать и по нам и по отделению и по больным. Куда ж она без этого?

Вот и сейчас, оставив свое родное отделение, трудится Татьяна Александровна медрегистратором. Должность очень ответственная. Требуется много знаний и внимательности. Но ей этого не занимать... И с коллективом своим видится каждый день. А не это ли лекарство для души?

А было время, когда она была ещё молодой девчонкой, закончившей курсы медицинских сестер для детских яслей. Перед её горизонтами была открыта вся дорога. Да что там дорога — вся жизнь! Да, молодость, молодость... Всё в эту пору нам кажется радужным, простым и лёгким. Такое ощущение, что горы можем свернуть. В те, советские времена, когда ещё была «молодым везде у нас дорога, старикам — везде у нас почёт», она пошла сразу работать в больницу №8, в детское отделение родильного дома.. Почему? Она и сама не может ответить на этот вопрос: «Молодая была, глупая». Конечно, лукавит немного. Как потом призналась, всегда любила детишек. Даже, говорит, и мечта у неё была: хотела стать врачом. Но судьба распорядилась так, что встретила она одного молодого паренька. Как водится, влюбилась в него, потом — свадьба, дети... И уже не до учёбы стало, так и осталась работать медсестрой.

Карьера её складывалась достаточно успешно для медсестры. Можно сказать, что

прошла все круги и этапы в своей профессиональной деятельности. Потом назначили ее старшей медсестрой детского отделения. А затем старшей медсестрой всего родильного дома.



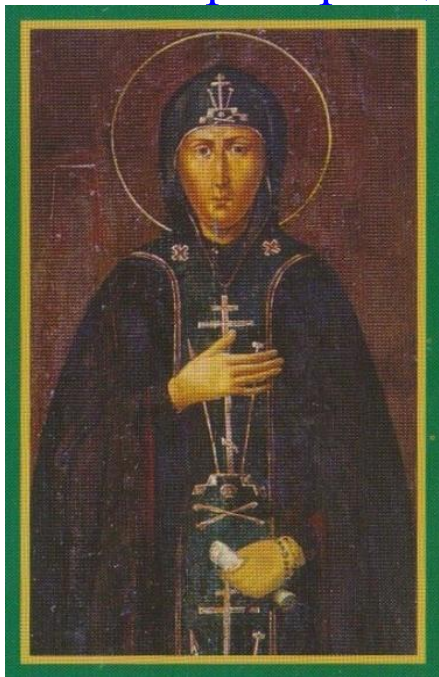
Она тогда ещё была молодой, зелёной. Но уже могла на себя брать ответственность. Получив диплом медсестры, Татьяна Александровна была назначена на должность старшей медсестры 2 гинекологического отделения. Это был 1995 год.

В отделении она себя, можно сказать, по праву чувствует главной. С одной стороны, это хорошо, есть на кого опереться, есть с кем посоветоваться в трудных ситуациях...

**Храните верность избранной дороге,
И пусть хватает мудрости и сил,
Жить счастливо, спокойно без тревоги,
И чтобы труд наш только радость приносил.**

Материал подготовила О. В. Кузнецова

Образ преподобной Софии Суздальской.



Всяк, иже оставит дом или братию, или сестры, или отца, или мать, или жену, или чада, или села имени Моего ради сторицею примет и живот вечный наследит

«Мф. 19, 29»

3 мая 2012 года в часовню городской Больницы №8 была передана в дар икона с частицей мощей преподобной Софии Суздальской. Икону встречали: клирик Екатерининского Храма г. Рязани протоиерей Михаил Рябов, сотрудники нашего учреждения, и верующие находящиеся на излечении в нашей больнице. Встреча была освящена в средствах массовой информации.



Образ преподобной Софии Суздальской написан в наши дни в Московском Богородице-Рождественском ставропигиальном женском

монастыре. Частица святых мощей «вставлена» в икону.

В XVI веке Богородице-Рождественский монастырь неоднократно упоминается в летописях в связи с разводом великого князя Василия III с княгиней Соломонией и последующим пострижением ее «А постриг ее на Москве у Рождества Пречистыя за пушечными избами в девичьем монастыре Никольский игумен Давид». Святая княгиня пожертвовала своим семейным счастьем ради блага родной земли, совершив подвиг жертвенной любви.

Преподобная София, в миру Соломония, происходила из боярского рода Сабуровых. По преданию, этот род берет свое начало от ордынского мурзы Захарии Чета, принявшего в 1330 году Святое Крещение. Церковный историк митрополит Макарий (Булгаков) называет отца Соломонии, Юрия Константиновича, князем. Примерно со времени правления Иоанна III князья, несшие службу при дворе, именовались боярами. Соломония рано лишилась родителей и воспитывалась в благочестивой семье своей набожной тетки, любившей ее как родную дочь.

Государь избрал Соломонию в невесты из полутора тысяч знатных девиц, приехавших с разных концов Русского государства на смотрины

Князя Василия Иоанновича привлекала не знатность рода его избранницы, но ее высокие добродетели. Он понял, что именно Соломония сможет воспринять идею великокняжеского служения, разделить с ним трудности управления государством, понести его крест. И он не ошибся в своем выборе: Соломония была удивительно красива и при этом добродетельна, целомудренна и необыкновенно скромна, отличалась умом и благочестием. 4 сентября 1505 года было совершено Таинство Венчания великого князя Василия и княжны Соломонии. Их брак был на редкость счастливым: супруги жили в любви, мире и согласии.

Ни близость к власти, ни богатство не изменили благочестивого настроения души Соломонии. Подобно своей святой предшественнице, благоверной великой княгине Евдокии, она усугубила свои молитвы о благе отечества, испрашивая помощи Свыше своему державному супругу. «Вся Москва знала милосердие великой княгини к убогим, обездоленным и голодным.

С необычайной щедростью она раздавала милостыню, особенно в родительские субботы и дни памяти усопших. Княгиня заботилась о вдовах и сиротах. Она не оставляла без попечения и монашеские обители, стараясь облегчить тяготы монашеской жизни, украсить храмы, поскольку любила и чтит людей, ищущих Бога и вечной жизни. В покоях Соломонии изготавливали церковные облачения и покровы для святых обителей. Так, на раку преподобного Сергия в знак его особого почитания в великокняжеском роде княгиня собственноручно вышила покров, сохранившийся до сего времени». В высоком звании великой русской княгини она прожила двадцать с лишним лет, оставив по себе добрую память у современников.

Лишь одно обстоятельство омрачало жизнь великокняжеской четы: у них не было детей. Супруги переносили ниспосланное испытание по-христиански: скорбь побуждала их ко многим совместным молитвам о даровании наследника. Почти ежегодно они совершали паломничества в святые обители. «Чаще всего супруги ездили в Троицкий монастырь на поклонение преподобного Сергия Чудотворцу и со слезами молились у его святой раки». Московская Богородице-Рождественская обитель, возрожденная из пепла державным отцом Василия III, была близка и дорога обоим супругам по многим причинам: она была исторически и духовно связана и с монастырем преподобного Сергия, и с великокняжеским домом.

Враг рода человеческого – диавол, сеющий вражду и разделение между людьми, сильно восстал на великую княгиню Соломонию за ее добродетельную, подвижническую жизнь. Приближенные к государю князья и бояре, среди которых нашлось немало людей, преследовавших своекорыстные цели, стали почти единодушно убеждать князя в том, что именно его супруга служит прямым препятствием к продолжению рода. Вопрос был поставлен ими так, что касался и блага отечества, и самого заветного желания великого князя – иметь сына-наследника.

В 1523 году, вернувшись с объезда своих земель в Москву, князь Василий III стал советоваться с боярами: «Кому по мне царствовать на Русской земле, и во всех городах моих и в пределах? Братьям ли отдать? Но они и своих уделов не умеют управить». Бояре отвечали: «Неплодную смоковницу посекают и извергают из виноградника», намекая на

необходимость развода. В ближайшем окружении великого князя нашлись люди, которые смело объяснили ему всю противозаконность его намерения. То были митрополит Московский Варлаам, преподобный Максим Грек, Симеон Курбский, инок Вассиан. Нужно сказать, что, по свидетельствам древнерусских летописей, несмотря на опасения за судьбу своего рода и государства, великий князь долго не решался расстаться со своей супругой, которую искренно любил и с которой вместе прожил более двадцати лет.

Начиная с 1523 года подспудные придворные интриги переросли в открытые распри боярских «партий». Но великая княгиня стояла выше дворцовых распри. Не желая ссор при дворе, она стала просить супруга позволить ей оставить престол и вступить в монастырь. Вопрос о разводе предстояло решить церковной власти. Митрополит Даниил дал благословение на развод, полагая, что это необходимо для блага государства.

Соломония была пострижена в черницы с именем София в Московском Рождественском монастыре 28 ноября 1525 года. Спустя короткое время она была отпущена в Суздальский Покровский монастырь, где стоял великолепный собор Покрова Пресвятой Богородицы, возведенный благодаря богатым вкладам великокняжеской четы.

Согласно свидетельству целого ряда летописей, развод супругов и пострижение великой княгини совершились по просьбе последней.

«Любящим Бога, по слову апостола, вся поспешествуют во благое». То, что великой княгине суждено было переселиться из чертогов княжеских в монашеские кельи, послужило ей ко благу. Для преподобной Софии, которая и до пострига была по своему внутреннему устройству далеко не обычной миряночкой, Богородице-Рождественский монастырь стал дверью в жизнь иноческую, в новое, но, по существу, родное и близкое бытие в Боге. В суздальской же обители, в которой прожила она семнадцать лет в подвиге поста и молитвы, совершилось ее восхождение к вершинам святости.

Жизнь великой княгини в обители отличалась от жизни прочих монахинь, пожалуй, лишь большими и труднейшими подвигами. Одним из свидетельств тех подвигов явилось то, что по любви к сестрам обители она собственноручно ископала колодец для нужд обители.

Монастырские стены не могли скрыть от мира свет добродетелей преподобной Софии: еще при жизни молва о ней, как об угоднице Божией,

распространилась по всей Руси, ибо, по слову Христову, «не может град укрытись верху горы стоя: ниже вжигают светильника и поставляют его под спудом, но на свещнице, и светит всем, иже в храме суть». Святая угодница стала духовной матерью инокиням и молитвенницей о всех просящих ее помощи.

Одним из первых агиографов преподобной Софии был епископ Суздальский и Тарусский Серапион. В свою бытность епископом, спустя век по кончине Софии, он обратился с донесением к патриарху Иосифу, прося рассмотреть вопрос о причислении великой княгини к лику святых и ее церковном прославлении. Чудеса и исцеления, в течение целого столетия происходившие у гробницы преподобной Софии и в иных местах по молитвам к ней, многочисленные рассказы о случаях благодатной помощи, засвидетельствованные устно и письменно многими людьми, побудили епископа Серапиона сообщить о происходившем Первосвятителю. Так, например, в 1598 году на могиле святой прозрела княжна Анна Ногтева, бывшая слепой в течение шести лет; многие исцелялись по молитвам преподобной от полной слепоты, глухоты и других неизлечимых недугов.

В 1609 году во время польско-литовского нашествия великое зло Русской земле причиняли отряды Лисовского, отличавшиеся особой беспощадностью при взятии городов и обителей, которые они подвергали полному разорению. Когда бандиты были уже в стенах Суздаля, явилась во сне атаману преподобная жена в иноческих одеждах с горящими свечами в руках и стала опалать его пламенем. На атамана напал сильный страх и вскоре после явления он впал в тяжкий недуг: у него отнялась правая рука. Пораженный гневом Божиим, Лисовский тотчас отступил от Суздаля. О заступничестве святой за город и обитель было хорошо известно суздальцам, задолго до того почитавшим преподобную Софию как свою небесную покровительницу.

В ответ на донесение Суздальского архиерея патриарх Иосиф благословил положить на гробницу преподобной Софии покров и совершать молебны и панихиды у гроба святой, но не разбирать саму гробницу и не разрывать под ней земли.

Вскоре епископ Серапион составил службу святой Софии Суздальской в связи с предстоящей канонизацией. Однако канонизация последовала

не скоро. Со второй половины XVII столетия Русская Православная Церковь вступила в период тяжких испытаний.

Суздальский летописец XVIII века ключарь Покровского собора священник Анания Федоров оставил для будущих поколений подробную запись о знамениях и чудесах, совершившихся по молитвам преподобной Софии Суздальской со времени ее праведной кончины до современных летописцу событий. Будучи сам очевидцем многих событий, происходивших у гробницы праведницы, и свидетелем глубокого всенародного почитания ее, он верил в грядущее прославление преподобной, ибо не ложны слова пророка, многократно повторяемые в течение года на богослужениях: «В память вечную будет праведник, от слуха зла не убоится».

Вопрос о прославлении святой Софии был затронут в конце XIX – начале XX столетия. Этому немало способствовало некоторое оживление интереса к русской истории в царствование императоров Александра III и Николая II. О личности и судьбе преподобной Софии стали упоминать в своих трудах церковные и светские историки. В конце XIX века имя святой «было внесено для почитания в Православный Церковный календарь на 1893 год, а также в Церковный календарь на 1916 год под редакцией Издательского Совета при Святейшем Синоде».

Нынешнее прославление великой княгини Соломонии – преподобной Софии Суздальской подготовлено ее предшествующим почитанием. Существует древняя служба преподобной, подробное жизнеописание, свидетельства о посмертных чудесах. В 1984 году Святейший Патриарх Пимен благословил включение имени святой Софии и службы ей в Минеи и Православный Церковный календарь в лике местночтимых святых Владимиро-Суздальской епархии.

В девяностых годах XX столетия, по прошествии тяжелого для Русской Церкви периода гонений, по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II состоялось освидетельствование и торжественное открытие для всеобщего поклонения святых мощей преподобной Софии в Суздальском Покровском монастыре. Присутствовавшие в то время у раки преподобной свидетельствовали об испытанной ими великой, ни с чем несравнимой духовной радости.

Обзор подготовила Н. В. Агишева

по материалам сайта www.mbrsm.ru

С любовью к детям.

Мы знаем, что детей надо любить. Это аксиома, когда мы говорим о собственных чуждах, которые самые лучшие во вселенной. Мы дарим подарки, балуем, порой даже в ущерб правилам воспитания, гордимся ими, многое прощаем. Наши дети чувствуют постоянную опору, заботу, уверенность в будущем. А рядом живут и другие дети, которые всего этого лишены. И они тоже наши. Наши по месту рождения, национальности, гражданству. И нет их вины в том, что родители оказались недостойные. Государство разрабатывает и финансирует программы социальной поддержки, но средств, чтобы закрыть полностью все потребности не хватает.

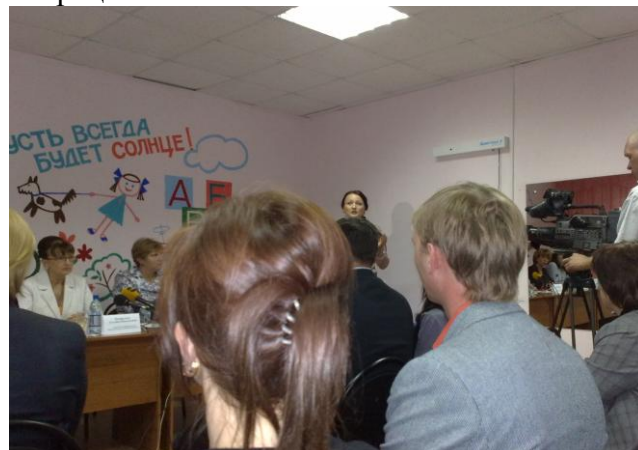
С 2006 года при Министерстве социальной защиты населения Рязанской области работает Попечительский совет, который проводит благотворительные марафоны под девизом «С любовью к детям!». Мы с Вами ежегодно в них участвуем.

5 июня этого года было проведено очередное заседание Попечительского совета, на котором были подведены итоги марафона в 2011 году. Проводила это заседание заместитель Председателя Правительства Рязанской области Т.Н. Панфилова. Не случайно выбрано место проведения мероприятия – ГУ «Комплексный центр социального обслуживания населения «Семья». Это учреждение, с которым, кстати, мы уже больше года имеем договорные отношения и уже направляли туда нуждающихся в поддержке, показательно равнодушным персоналом, горящим желанием помогать и дарить любовь тем, кто ей обделен.

На заседании выступали благотворители, сотрудники Совета, и было предоставлено слово двум женщинам, которые получили материальную помощь, не только за счет государственных программ, но и из средств собранных на марафоне.

С благодарственным словом выступила Денисова С.А. Красивая молодая образованная женщина. Полная крепкая семья. Только ребенок, которому сейчас 12 лет родился с очень редким заболеванием и перенес по

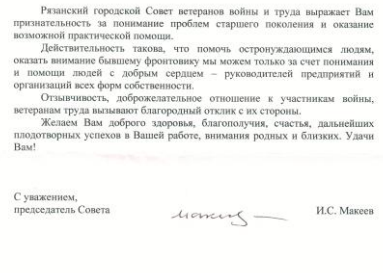
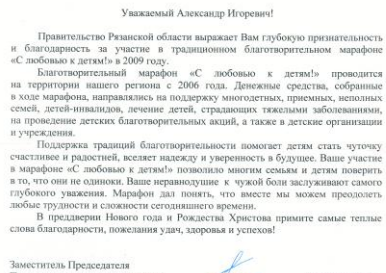
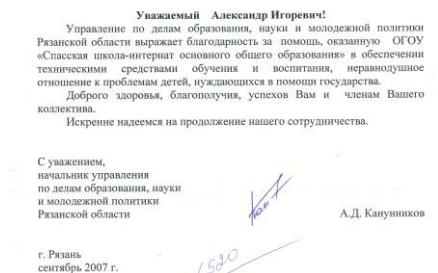
настоящее время, только вдумайтесь, 27 операций.



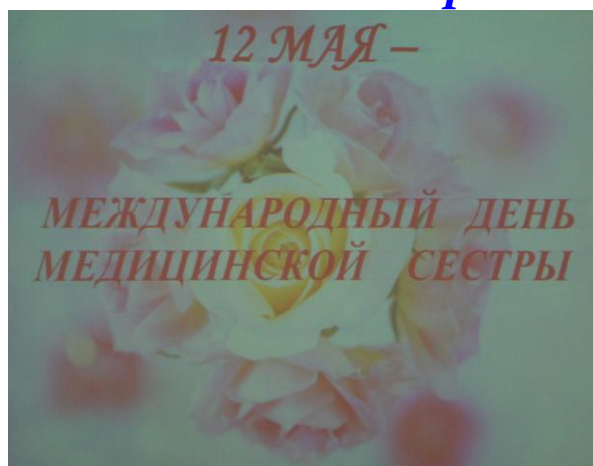
И на этом лечение не окончено. Но теперь мальчик имеет возможность ходить. Мне сложно представить чувства человека, впервые сделавшего первый шаг в таком возрасте. В такие минуты реально понимаешь, что рядом есть те, кому живется намного трудней и кто нуждается в помощи и поддержке.

Попечительским советом были отмечены организации, которые участвовали в марафоне. В основном это успешно работающие частные предприятия. Это приятно сознавать: бизнес все больше становится социально ориентированным. Честь им и хвала, но все-таки они выделили средства от своего богатства, пожертвовали прибылью. Из бюджетных учреждений благодарственным письмом Правительства Рязанской области отмечено только одно учреждение – наше! И это не первая награда больницы на поле благотворительности. И здесь дорогие мои соратники, присутствуя как Ваш представитель на мероприятии я должен передать Вам низкий поклон от всех кто оценил помощь, за Ваше доброе отзывчивое сердце, милосердие и равнодушие. Хочу сказать вновь и вновь, что не от богатства своего, которое уже некуда девать, а от веления сердца своего Вы сделали это. И как сказано в КНИГЕ от века - ваша лепта ценнее всего. Я очень горд тем, что я работаю рядом с такими людьми как ВЫ!

А. И. Миров



Поздравляем наших сестричек!!!



Сестринское дело – это самостоятельная наука и самостоятельная профессия, которая появилась во времена Крымской войны. Известно, что среди сестёр милосердия, отправившихся на фронт, были как монахини из московской Никольской обители, так и многие другие русские женщины, в том числе аристократки, и даже супруга и дочери императора Николая II. Именно в военные годы сформировался устойчивый стереотип: медсестра — это хрупкая женщина, которая выносит с поля боя раненых, перевязывает раны или стоит у операционного стола.

Конечно, все без исключения медицинские специалисты должны владеть знаниями и навыками ухода за больными. Но настоящая медицинская сестра, помимо профессиональных умений, должна обладать богатой, доброй душой. Ведь пациентам так порой не хватает в этой жизни чьего-то сочувствия, сопереживания, иногда так важны не таблетки, розданные хладнокровной рукой, и не градусник под мышкой в назначенное время, а тёплый взгляд, доброе слово, душевный разговор.



Не так давно в России, появился и новый профессиональный праздник, который отмечается 12 мая - «Международный день медицинских сестёр». Вот и нашем учреждении решили отметить столь знаменательное событие. Еще в апреле главным врачом А. И. Мировым был подписан приказ о проведение сестринского конкурса «Золотой стандарт выполнения простой медицинской услуги». Сестринскому персоналу каждого отделения необходимо было приготовить видеоролик о проведении сестринской манипуляции.



И вот в назначенный день в актовом зале больницы прошла праздничная конференция. Собрались врачи, представители общественности и духовенства, друзья больницы и, конечно же, виновницы торжества — медсестры. Среди приглашённых гостей: руководитель Рязанского общественного движения "Родительское собрание", руководитель образовательной программы социально-образовательного фонда "Милосердие" - Рябова Евгения Васильевна; представители фонда "Мы вместе" - Панфилова И. С., Котляровская О. Я., и Зайцева О. В.; зам. директора РМСК - Алимушкина Юлия Анатольевна; клирик Екатерининского храма г. Рязани протоиерей Михаил Рябов.

С вступительным словом выступил главный врач больницы Александр Миров. Он поздравил сотрудниц с праздником, пожелал любви, благополучия, спокойной работы.

— Сегодня у нас праздничная конференция. Мы решили не устраивать никаких «чаепитий с плюшками и художественной самодеятельностью»,

а подвести итоги профессионального конкурса.



Для определения победителя было собрано компетентное жюри в составе: гл. врач - А. И. Миров, гл. медсестра – Н. С. Бритенькова, ст. медсестра ЦСО – Л. Е. Наслузова, медсестра высшей квалификационной категории, ветеран здравоохранения, очень долго проработавшая в должности старшей медсестры второго гинекологического отделения, а теперь медрегистратор – Т. А. Гайдова, представитель общественности – Е. В. Рябова, врач акушер-гинеколог – Л. А. Салтан. Жюри еще до начала конференции просмотрела и оценила все работы. Конечно, в первую очередь, специалисты оценивали соблюдение технологий в проведении манипуляций: последовательность действий, выполнение санитарно-гигиенических норм и правил. Такие важные параметры, как вежливость и деликатность в общении с пациентом также учитывалось.



После просмотра видеороликов прошло зрительское голосование, по результатам которого был выбран ролик выигравший приз зрительских симпатий.

Мнение жюри и зрителей полностью совпали. Победителями стали сотрудницы 5 отделения, сделавшие, по словам Александра Миров, ролик - алгоритм, который стоит использовать в качестве учебного пособия.



Второе место заняло 3 отделение, третье - приёмное отделение, приз от главного врача «За смелость» достался сотрудницам 2 отделения.

Благодаря спонсорам и меценатам, призы медсестрам достались денежные. Но самая главная награда для всех — это благодарность и улыбки пациентов!



Гл. редактор С. Н. Николаев.

- Доктор, мне нужно эффективное средство для похудения!
- Нет проблем. Я вам пропишу уголь.
- В порошках или в таблетках?
- В мешках. Вагоны будете разгружать!



- Анестезиолог летит в отпуск.
Вдруг стюардесса объявляет:
- Есть ли среди пассажиров анестезиолог? срочно пройдите к 12 месту.
- Подходит он к указанному месту, а там мужик водку по стопкам разливает.
- Вы кто? - спрашивает анестезиолог.
 - Хирург. Не привык я, понимаешь, пить без анестезиолога!



Очередь в кабинет стоматолога. Тихое жужжание бормашины вдруг прерывают адские вопли и крики. Через минуту выходит мужик.

Очередь, встревоженно:

- Неужели так больно?!

Мужик, выплевывая изо рта откушенный палец:

- Ну еще бы...

Маленькая девочка плачет в аптеке:

- Мама послала за лекарством, а я забыла название. Короткое такое... Простое... Помню только, что в состав входил гидроксиметиламинофенилацетат.



В аптеке возле витрины, задумчиво стоит парень лет 20.

- Молодой человек! Вам помочь? Вам какие презервативы?

Парень грустно:

- Поздно. . . Подгузники и детское питание, пожалуйста!

- Доктор, что мне делать, чтобы жить долго?

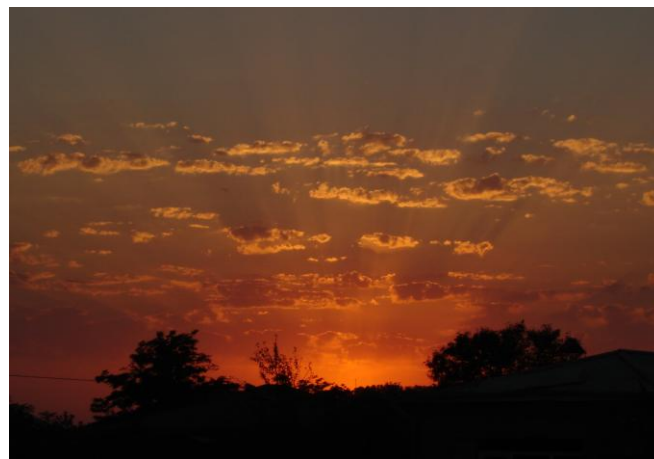
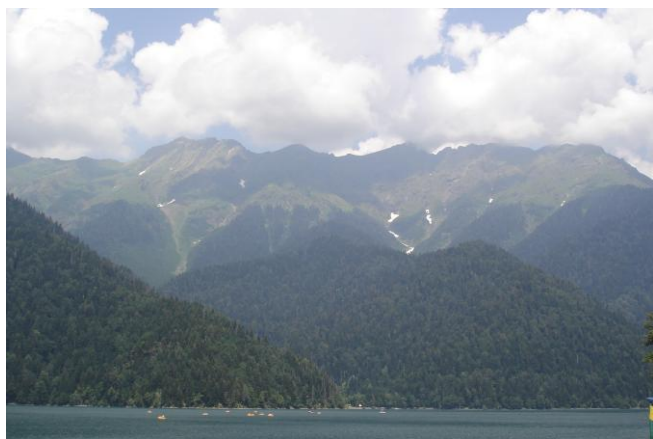
- Бросьте пить, курить, играть в карты, перестаньте общаться с женщинами...

- И я буду жить долго?

- Нет, но ощущение этого у вас появится.

Абхазия 2011 фотоотчёт...





Номер подготовили:

**Гл. и технический редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н.,
Редакционная коллегия: А. И. Миров, А. В. Маркин, Н. В. Агишева, О. В. Кузнецова,
Д. С. Девятов, Л. А. Салтан, Н. И. Брума.**

Фотоматериалы подготовлены: Миров А. И., Збарская О. М., Николаев С. Н.

**В номере так же использованы материалы интернет сайтов www.Gynecologia.ru,
www.mbrsm.ru, www.anekdotov.net, www.nicelady.ru, www.abbsol.ru, www.bestpravo.ru.**

**Спонсорами данного выпуска являются: главный врач ГБУ РО «Городская клиническая больница №8»
А. И. Миров, заведующий 3 г/о С. Н. Николаев.**

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