



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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

С днём медицинского
работника Вас!!!



Дорогие наши
коллеги!!!

Читайте в этом номере:

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 1. | Наш анонс | стр. 2 |
| 2. | Поздравление главного врача А. И. Мирова | стр.3 |
| 3. | Великомученик и целитель Пантелеимон | стр. 4 |
| 4. | Спасающий матерей | стр. 6 |
| 5. | С днём медработника коллеги | стр. 12 |
| 6. | Разговор в день милосердия | стр. 13 |
| 7. | Синдром хронической тазовой боли | стр. 14 |
| 8. | Новое в диагностике
хронического эндометрита. | стр. 20 |
| 9. | Реализация органосохранения в акушерстве | стр. 22 |
| 10. | Психологические аспекты
аборта у подростков | стр. 24 |
| 11. | Эдвард Дженнер | стр. 26 |
| 12. | Наша победа!!! | стр. 28 |
| 13. | Юмористическая рубрика | стр. 29 |
| 14. | Малые города России | стр. 31 |
| 15. | Чехия (фотозарисовка) | стр. 35 |

Примите поздравления с профессиональным праздником!!!

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

Уважаемые коллеги!



Наш праздник бывает один раз в год и, хотя он традиционно, вот уже несколько десятков лет, 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.

Сегодня в нашей стране возрождается внимание к сфере здравоохранения. Годы безвременья уходят в прошлое, и профессия медицинского работника возвращает себе уважение и престиж. Мы продолжаем интенсивно развиваться, внедрять новые технологии, приобретать дополнительные знания, благоустраивать наши больницы и поликлиники. Однако, техника – это только придаток к уму, знаниям и таланту врачей, к милосердию и профессионализму медицинских сестер, к терпению и вниманию младшего медицинского персонала, когда

целительным становится каждое слово, человеческая поддержка и понимание. Мы все больше объединяемся вокруг одной цели: сделать нашу региональную медицину «краше», современной, и более доброжелательной к пациенту.

И хотя наш труд тяжел, подавляющее большинство нас приходит на работу с радостью, с праздником в душе.

Наши коллективы пополняются молодежью - врачебной и сестринской, которая, не побоюсь модного и немного избитого слова, креативно работают на благо наших пациентов, нашей больницы, Рязанского здравоохранения, и сохраняют традиции, заложенные нашими учителями: милосердие, самопожертвование и особая доброта к людям.

И конечно, праздник принесет всем нам дополнительный позитив. Будут праздничные мероприятия, заслуженные поздравления, и награждения наших передовиков.

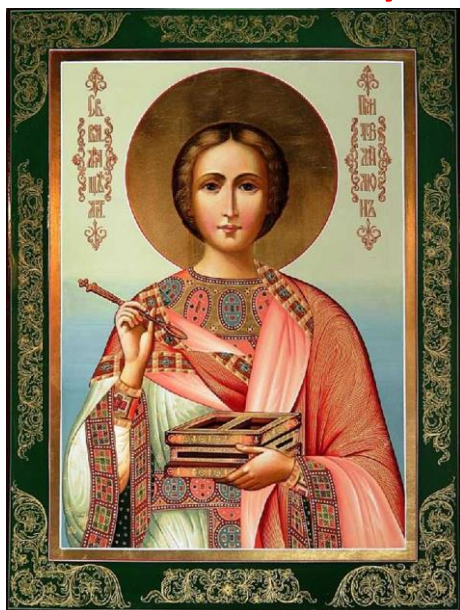
В этот замечательный день хочется выразить уважение и признательность всем Вам, кто посвятил свою жизнь служению здоровью человека. Миссия эта трудна и благородна, требует большой отдачи сил, постоянной творческой инициативы, высокого профессионализма. Огромное спасибо Вам за ваш опыт, знания, ваши добрые умелые руки, за чуткость и способность к состраданию.

Желаю Вам, прежде всего того, что нам так необходимо – крепкого здоровья, любви тепла и понимания близких, заслуженного уважения пациентов, уверенного плеча коллег рядом! Желаю профессиональных успехов, удовлетворения от собственной работы, и конечно же хорошего настроения!

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

Великомученик и целитель Пантелеимон



Великомученик Пантелеимон почитается в Православной Церкви как грозный святой, покровитель воинов. Эта сторона почитания раскрывает его первое имя Пантолеон, что значит "лев во всем". Второе имя, данное при Крещении, - Пантелеимон, то есть "всемиловитый", раскрывается из почитания великомученика как целителя. У западных христиан он считается покровителем врачей. Связь этих двух покровительств святого хорошо видна из того, что воины, чаще других получающие раны, больше всех нуждаются во враче-целителе. Именно поэтому христиане, ведущие брань духовную, также прибегают к этому святому с просьбой исцелить язвы души.

Великомученик и целитель Пантелеимон родился в городе Никомидии в семье знатного язычника Евсторгия и назван Пантолеоном. Его мать Еввұла была христианкой. Она хотела воспитать сына в христианской вере, но умерла, когда будущий великомученик был еще юным отроком. Отец отдал Пантолеона в начальную языческую школу, окончив которую юноша начал

учиться врачебному искусству у знаменитого в Никомидии врача Евфросина и стал известен императору Максимиану (284-305), который захотел видеть его при своем дворе.

В то же время в Никомидии тайно проживали священномученики пресвитеры Ермолай, Ермипп и Ермократ, уцелевшие после сожжения 20000 христиан в Никомидийской церкви в 303 году. Святой Ермолай неоднократно видел Пантолеона, ходившего мимо их убежища. Однажды пресвитер позвал юношу в свое жилище и рассказал о христианской вере. После этого Пантолеон ежедневно посещал священномученика Ермолая.

Как-то раз юноша увидел на улице мертвого ребенка, укушенного ехидной, которая еще была рядом. Пантолеон начал молиться Господу Иисусу Христу о воскрешении умершего и умерщвлении ядовитого гада. Он твердо решил, что в случае исполнения его молитвы станет последователем Христа и примет Крещение. Ребенок ожил, а ехидна разлетелась на куски на глазах у Пантолеона.

После этого чуда Пантолеон был крещен святым Ермолаем с именем Пантелеимон (всемиловитый). Беседуя с Евсторгием, святой Пантелеимон подготовил его к принятию христианства, и когда отец увидел, как сын исцелил слепца призыванием Имени Иисуса Христа, то он уверовал во Христа и крестился вместе с прозревшим слепцом.

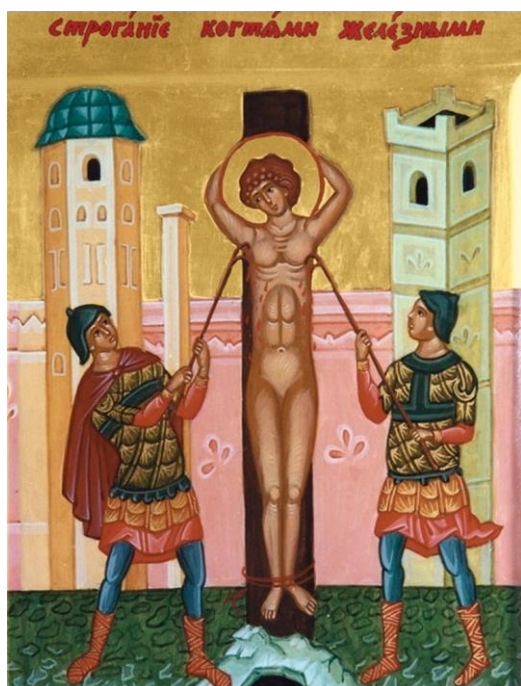
После смерти отца святой Пантелеимон посвятил свою жизнь страждущим, больным, убогим и нищим. Он безмездно лечил всех обращавшихся к нему, исцеляя их Именем Иисуса Христа. Он посещал в темницах узников, особенно христиан, которыми были переполнены все тюрьмы, и лечил их от ран. В скором времени молва о милостивом враче распространилась по всему городу. Оставив других врачей, жители стали обращаться только к святому Пантелеимону.

Из зависти врачи донесли императору, что святой Пантелеимон лечит христианских узников. Максимиан уговаривал святого опровергнуть донос и принести жертву идолам, но святой Пантелеимон исповедал себя христианином и на глазах императора исцелил расслабленного Именем Иисуса Христа. Ожесточенный Максимиан казнил исцеленного, восславившего Христа, а святого Пантелеимона предал жесточайшим мучкам.



Господь явился святому и укрепил перед страданиями. Великомученика Пантелеимона повесили на дереве и рвали железными когтями, обжигали свечами, потом растягивали на колесе, бросали в кипящее олово, ввергали в море с камнем на шее. Во всех истязаниях великомученик оставался невредимым и с дерзновением обличал императора.

В то же время перед судом язычников предстали пресвитеры Ермолай, Ермипп и Ермократ. Все трое твердо исповедали свою веру во Спасителя и были обезглавлены.



По повелению императора великомученика Пантелеимона бросили на растерзание диким зверям в цирке. Но звери лизали его ноги и отталкивали друг друга, стараясь коснуться руки святого. Зрители поднялись с мест и стали кричать: "Велик Бог христианский!" Разъяренный Максимин приказал воинам рубить мечами всех, кто славил Имя Христово, а великомученику Пантелеимону отрубить голову.

Святого привели на место казни и привязали к масличному дереву. Когда великомученик молился, один из воинов ударил его мечом, но меч стал мягким, как воск, и не нанес никакой раны. Святой окончил молитву, и послышался Голос, звавший страстотерпца по имени и призывавший в Небесное Царство. Услышав Голос с Неба, воины упали перед святым мучеником на колени и просили прощения. Палачи отказались продолжать казнь, но великомученик Пантелеимон повелел выполнить приказ императора, сказав, что иначе они не будут иметь с ним части в будущей жизни. Воины со слезами простились со святым, целуя его.

Когда мученику отсекли голову, из раны потекло молоко. Маслина, к которой был привязан святой, в момент его смерти покрылась плодами. Многие присутствующие при казни уверовали во Христа. Тело святого, брошенное в костер, осталось в огне неповрежденным и было погребено христианами (К 305).



Слуги великомученика Пантелеимона Лаврентий, Вассой и Провиан видели его казнь и слышали Голос с Неба. Они написали повествование о жизни, страданиях и кончине святого великомученика.

Святые мощи великомученика Пантелеимона частичками разошлись по всему христианскому миру: честная глава его находится ныне в Русском Афонском монастыре во имя великомученика Пантелеимона.

Лаврентий, Вассой и Провиан, служившие при доме мученика, следовавшие за ним издали, видевшие все его мучения и слышавшие голос с неба, бывший к нему, написали повествование о жизни и мучениях его и передали святым церквям в память мученика.

Почитание святого мученика в Русской Православной Церкви известно уже с XII века. Князь Изяслав, в крещении Пантелеимон, сын святого Мстислава Великого, имел изображение великомученика Пантелеимона на своем шлеме. Заступлением святого он остался жив в войну 1151 года. В день памяти великомученика Пантелеимона русские войска одержали две морские победы над шведами (в 1714 году при Гангаузе, в 1720 году при Гренгаме).

Подготовил Николаев Г. Н. по материалам сайтов
www.pravoslavie.ru www.svjatye.ru

Спасающий матерей.

«Все было под вопросом, все было неразгадано, все было под сомнением, лишь огромное количество умерших было приводящей в отчаяние действительностью».

Жемчужина Дуная Будапешт, самобытный и неповторимый, непонятный Европе своим сложным языком; народ родственный хантам и манси, пришедший из-за Урала и обретший здесь Родину, младший партнер в дуалистической монархии Австро-Венгрии, сумевший доказать и отстоять свою значимость для империи в скоротечной и какой-то не очень серьезной войне, а еще и романтика и творчество золотого века – где же еще мог родиться этот человек!



Вид на Табан с горы Геллерт, 1850 год

Да, именно здесь, на улице Апрод, дом 1-3, в одном из самых старых районов Буды – Табане, в весьма романтическое время, родился тот, кого потом назовут «спасающим матерей».



Улица Апрод, 1-3. Сегодня

Район расположен у подножия Замковой горы (Вархедь). Будапештская крепость и Королевский дворец – вот непосредственные соседи. Живописность окружающей местности такова, что полагают о начале застройки района еще с античных времен. Вдоль Дуная был порт и переправа в Пешт, в крепости были ворота и улица просто кишела горожанами, спешившими по своим делам в обоих направлениях.

Немудрено, что строились в основном на этой улице зажиточные горожане и торговцы. В настоящем оригинале дом был построен в XVIII веке в стиле классически-позднего барокко, после пожара 1810 года был перестроен в стиле рококо.



Родной дом никогда не был собственностью семьи. На протяжении 19 века дом последовательно принадлежал Яношу Мендлу, землевладельцу и одному из авторитетнейших граждан города; Леринчу Янковичу, Лео Шоллингеру и его потомкам.



Согласно переписи 1809 года в этом доме уже проживал, еще, будучи неженатым, Йозеф Земмельвейс отец Игнаца. Семья Земмельвейсов не принадлежит к старым будайским фамилиям. Первые упоминания о ней относятся к середине XVI века в исторической местности Венгрии, которая называлась

Кишмартоне (в настоящее время – Айзенштадт в Австрии). Народность, населявшая тогда эту местность, называлась гиенцы. К этой народности принадлежал и Ференц Лист. Йозеф Земмельвейс (1778-1846) родился в Кишмартоне, в 1806 получил гражданское право на проживание в Буде. В этом же году он открыл в доме Мендла магазин под названием «К белому слону». В этом доме он прожил (и проработал) сначала один, потом с семьей 17 лет. В этом доме и родился 1 июля 1818 года Игнац Филип Земмельвейс. Йозеф был зажиточным (вспомним в каком районе он проживал) и в жены взял себе дочь известного человека и владельца фабрики карет Фюлёпа Мюллера. Впоследствии семья Земмельвейсов владела 4 домами в Буде и Пеште, в один из домов, который находился напротив по улице Апрод, семья переехала вместе с магазином. Всего в семье Земмельвейсов было десять детей, один умер в раннем возрасте. Все дети, что редкость в то время, получили образование. Игнац окончил начальную школу, а затем и гимназию при королевском университете. Согласно выпускному аттестату, среди шестидесяти своих одноклассников он был по успеваемости на втором месте, но «с первым он был соперником». Блестящее обучение в лучшей в стране школе, которую окончили многие выдающиеся мадьяры, давало хороший старт для дальнейшего приобретения знаний, которым Игнац и поспешил воспользоваться. В 1835 году он поступает на гуманитарный факультет

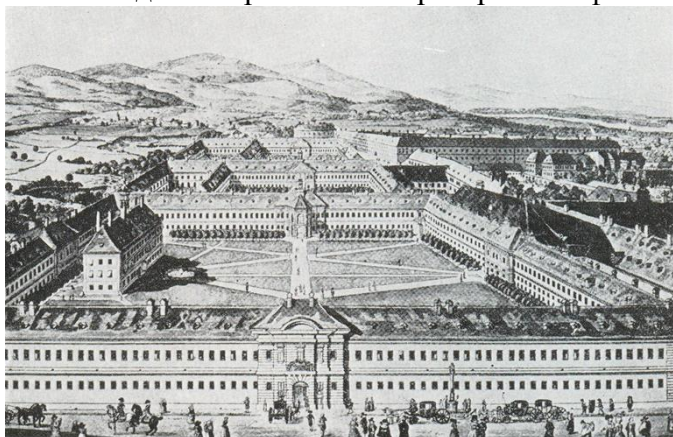
Пештского университета. Однако, отец желал видеть в сыне военного юриста, и идя навстречу пожеланиям родителя, Игнац записывается на юридический факультет Венского университета. Но свыше ему предначертан другой путь. Он оставляет факультет и становится медиком. В 1844 году он получает докторскую степень, написав труд под названием «Tractatus de Vita Plantarum». В этом же году получает дипломы «мастера-акушера» и «доктора-хирурга».

Годы жизни и профессионального творчества Игнаца Филипа совпадают с периодом расцвета второй венской медицинской школы в имперской столице. Выдающийся терапевт Шкода, его талантливый сотрудник и ученик Херба были основоположниками терапевтической диагностики, передали своим друзьям и ученикам страсть к исследовательской работе. Анатом Рокитанский обогатил патологию как науку патофизиологическими взглядами. Огромна роль в развитии медицинской школы сотрудничества и дружбы этих великих специалистов: сотрудничество терапии и патолого-анатомии дало ответ на многие нерешенные вопросы терапевтической диагностики с позиций анатомии организма и болезни на основе предложенного Шкодой метода «исключения». Земмельвейс разрывался между терапией, патологией и акушерством. Но и выбрав дело всей жизни, он продолжает сотрудничать и работать вместе со Шкодой и Рокитанским.



Профессора венского медицинского факультета (1853).
Стоят (слева-направо): Хиртл, Зигмунд, Редтенбахер, Унгер, Халлер, Брюке, Опползер, Хели Херба, Длаухи. Сидят (слева-направо): Шух, Рошаш, Рокитански, Шкода, Думрейхер

Венскую общественную больницу, куда поступил на работу Земмельвейс, построили в 1780-90 годах во времена императора Иосифа II.



«Гинекологические отделения», а их было два, были открыты в 1784 году. Во времена Земмельвейса руководителем первого отделения был профессор Клейн, а второго – Бартш. Стоит пояснить, почему появилась необходимость в «акушерских» общественных стационарах. Ведь большинство женщин рожали дома, пользуясь услугами повивальных бабок, а маргиналы – «на улице». В то время в городах Монархии было расквартировано большое количество войск, количество незаконнорожденных детей было высоким. Незамужние беременные женщины, чтобы пользоваться бесплатным медицинским обслуживанием и детским приютом, рожать должны были в клинике. На самом раннем этапе работы отделений количество умерших рожениц и родильниц едва достигало 1,25%. Затем постепенно и неуклонно происходил рост заболеваемости и смертности за счет родильной горячки. Самая ужасная «эпидемия» произошла в октябре 1842 года, когда 29,3% родильниц умерли, не познав радость материнства. В обоих отделениях проводились занятия студентов. Студенты учились в разных отделениях больницы, посещали прозекторскую, так как в больнице была сильна анатомическая школа. После того, как по какому-то наитию отделили акушеров от остальных студентов, но только в отделении Бартша, смертность там несколько снизилась. Весть об опасности родов в больнице и разнице между двумя отделениями быстро распространилась. Попасть на роды стремились всеми правдами и неправдами во II отделение. Ни одна комиссия не могла объяснить сложившейся в клинике ситуации.

Земмельвейс поступил в клинику жизнерадостным полным надежд на успешную

работу молодым врачом. Его чувствительная человеколюбивая душа протестовала против несправедливости множественных смертей молодых женщин, которые он видел каждый день и ничем не мог им помочь. И он начал искать ответ в прозекторской. Каждое утро он вскрывал трупы умерших женщин и видел одни и те же изменения: перитонит, плеврит, изменения в лимфатической системе, перикардит, менингит. Какое заражение приводило к развитию тяжелого, как мы сказали бы сейчас «генерализованного» воспаления? Ответа не находилось. В городе не было никакой эпидемии, режим обоих отделений был одинаковым, одинаковы методы ухода и лечения, одинаков спектр пациенток. На некоторое время Игнац должен был оставить клинику ради обучения за границей. Специальная комиссия ограничила количество студентов во II отделении, да и Бартш не был поклонником анатомии. И, о чудо! Смертность стала снижаться. Во время отсутствия Земмельвейса в клинике умирает его друг, профессор судебной прозектуры Коллетшка, порезавший руку во время вскрытия. Изучая протокол вскрытия своего товарища, Игнац был поражен, что врач умер от заражения крови и патолого-анатомическая картина аналогична родильной горячке. Как гром среди ясного неба пришло озарение: болезнь, от которой умер его друг та же, что и заболевание, от которого умирали родильницы. Вот в чем дело: «в кровеносную систему попали трупные частички». Посредниками заражения были не кто иные, как врачи и студенты, имевшие постоянный контакт с трупами и работающие в акушерской клинике. И он сам, ученик Рокитанского, проводящий много времени в анатомическом театре в поисках истины, стал неумышленным убийцей, ведь именно с его возвращением в клинику смертность вновь выросла до 18%! Надо скорее разделить потоки студентов, а всех работающих в клинике, врачей, обслуживающий персонал, студентов обязать мыть руки хлорным раствором. Результаты явились сразу: 2,38%, 1,20%, 1,89%, снижение каждый месяц! Поразительный успех! Но вот вам – в августе 1847 года поступает роженица, страдающая распадающейся раковой опухолью, и из двенадцати женщин в палате одиннадцать умирают. Вводится мытье рук после исследования каждого больного. Но в следующем месяце больная с гнойным гонитом «заразила» всех в палате.

Почти все умерли. Стало ясно, что не только грязные руки, но и наполненная «гнойными парами» палата способна привести к воспалительным осложнениям. Так постепенно рождалась великая доктрина, направленная на предупреждение заражений, асептика. О своем открытии Земмельвейс в частной переписке информировал коллег, однако от публикаций о своем открытии в специальных профессиональных журналах по одному ему ведомым причинам отказался. Этот пробел частично восполнили его друзья Шкода и Херба. Однако к этой простой правде в медицинском мире отнеслись по-разному. Зависть и отсталые взгляды ряда международных авторитетов того времени: Симпсона в Эдинбурге, Сканцони в Вюрцбурге, Дюбуа в Париже, Кивиша в Праге привели к обструкции нового учения. На другом полюсе - профессор Михаэлис из Киева, поняв, что и сам он был «убийцей», как и Земмельвейс, анатомируя и принимая роды - покончил жизнь самоубийством. Какое высокое понимание

профессионального долга, чести, ответственности! Какая высокая личная моральная требовательность! К неприятию новой теории и ее автора в Австрии примешалась и политика. Земмельвейс всегда отождествлял себя с Венгрией. А это время венгерской революции и освободительной войны 1848-49 г.г., очень сложные межнациональные отношения внутри империи. Даже сейчас пытаются выставить гениального врача и ученого неучем, обидчивым психопатом, променявшим блеск столицы на провинциальный Будапешт. Но ведь это был «золотой век» Венгрии! «Смешные» с точки зрения русских бунтов, беспощадных и бессмысленных, революция и война закончились созданием Дуалистичной Монархии, в которой оба народа получили равные права, даже в названии. Земмельвейс и его друзья Балаш и Маркушовский были молоды, полны сил, амбициозны. Им хотелось создать пештскую медицинскую школу, которая была бы не хуже венской.



Профессора медицинского факультета пештского университета (1863).
Стоят (слева-направо): Янош Диешер, Лайош Арани, Игнац Семмелвейс, Гашпар Липпай, Йозеф Ленхошек, Ене Едрачик, Дёме Неделко, Ференц Линзбауер, Давид Вахтель, Тамаш Штоцкингер, Сидят (слева-направо): Вильмош Зламал, Игнац Зауер, Янош Н. Рупп, Янош Балаша.

И венгерская медицина поднялась до европейского уровня в последней трети века и не испытывала недостатка в видных именах (но сегодня речь не о них). Да, ведь это был золотой век. Янош Балаш устраивал для своих друзей прогулки верхом, во время которых спорили и обсуждали государственные дела и вопросы

медицины. Представьте себе - романтическая образованнейшая молодежь на верховых прогулках не обсуждает моды последнего сезона, оперу и барышень, а говорит о работе! Не напрасно их называли «Facultedemedicine a cheval» (верховой медицинский факультет).

А дальше было сотрудничество в редакции Медицинского еженедельника, который стал форумом и рупором пештской медицинской школы. Ради этого сотрудничества он не принимает в 1857 году приглашения Цюрихского университета. Больница Рокуш, гинекологическое отделение, почетный главный врач клиники. С 1855 года в течение 10 лет профессор теоритической и практической гинекологии в Пештском университете (В 1969 году это высшее учебное заведение было названо его именем). Невероятная неослабевающая борьба против родильной горячки. Сотни последователей, врачей и акушеров, проповедовавших асептику в Венгрии.



Больница Рокуш.

В 1857 году Игнац вступает в брак с Марией Вейденхофер, у них родятся пять детей, из которых трое достигнут взрослого возраста и только у одного их сына останутся потомки.

В 1860-61 годах Земмельвейс издает на немецком языке свою работу «Die aetiologie der Begriffs und die Prophylaxis des Kindbettfiebers» (Понятие, учение и предупреждение родовой горячки). Работа, кстати, принесла автору признание медицинского общества Санкт-Петербурга.

Последние годы жизни отмечены нездоровьем. Игнац становится очень обидчивым, откровенно недоброжелательным к оппонентам, порой меланхоличным. Начала изменяться его личность. В 1865 году он поранил руку, рана нагноилась, начались проявления тяжелой интоксикации, в том числе и с нарушением сознания.

Друзья отвезли Игнаца Филипа в Вену в психиатрическую клинику, где 13 августа 1865 года выдающийся врач и скончался. При вскрытии тела было установлено «заражение крови».



Ранняя смерть основателя асептики наступила от той причины, борьбе с которой он посвятил свою такую сложную и беспокойную жизнь – от сепсиса. Сложной и беспокойной была земная жизнь великого врача, не сразу упокоились и его останки. Наверно, так было предначертано, чтобы пятым и окончательным местом их пребывания стал дом, где он родился. Замкнулся круг. Перед местом захоронения стоит символическая скульптура Миклоша Боршоша, символизирующая материнство. В 1906 году резчик по камню Бела Шеенгер изготовил из красного шведского гранита мемориальную доску (была утрачена во время 2-ой мировой войны), где впервые прозвучало: «спаситель Матерей». В доме нашел приют и Музей истории медицины имени Земмельвейса.

Так, кто же он Игнац Филип Земмельвейс? Романтик, чудака, совершивший открытие и не застолбивший свой приоритет и позволивший друзьям описать его за себя? Талантливый самоотверженный врач, разгадавший тайну родильной горячки, «малобюджетными» методами лечения достигший динамики показателей заболеваемости, которые в наш технологический век и не снились и сам умерший от сепсиса, от того, с чем боролся всю жизнь? Потрясающей совести Гражданин своей страны и своей профессии?

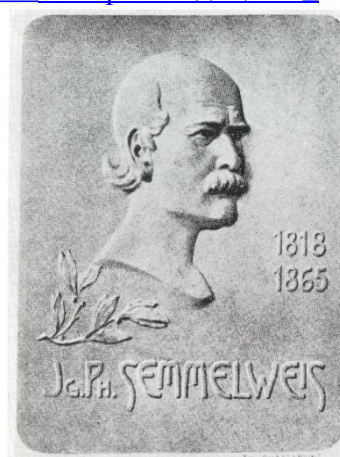
Да, это все он – СПАСАЮЩИЙ МАТЕРЕЙ! Живущий в памяти благодарных поколений.



Мемориальная доска
Семмельвейсу на стене больницы Ракуш



Мемориальная доска Семмельвейсу на будапештской
улице Семмельвейс



Semmelweis emléké a bécsi szülészeti klinikán



Литература:

1. Будапешт. Путеводитель. Л. Джеймс. TomasCookPublishing/»Издательство ФАИР», М, 2006.
2. Венгрия. Низовский А.Ю., Маньшина Н.В. М., Вече, 2006.
3. Картины лечения в прошлом. Под ред. Йожефа Анталла. Будапешт, 1972.

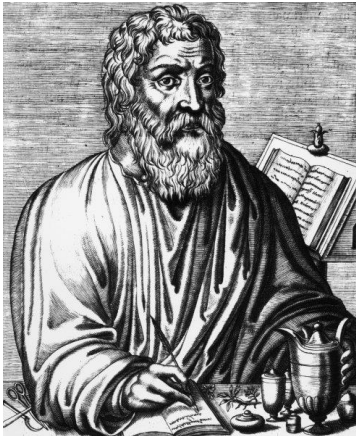
Фото из литературных источников приведенных выше, а также автора, в том числе с разрешения Музея и Библиотеки Истории медицины им. Семмельвейса (транскрипция сохранена).

Миров А.И. 2014 год.

С днем медицинского работника, коллеги!

«Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств».

Гиппократ



СССР от 01.10.80 N3018-X "О праздничных и памятных днях".

День медицинского работника традиционно отмечается в нашей стране как праздник людей, посвятивших себя благородному делу сохранения жизни и здоровья сограждан. Цель данного праздника – выразить благодарность всем работникам сферы здравоохранения за их заботу о жизни и здоровье людей.

В настоящее время медицина в России развивается, главным образом, путем усовершенствования методов диагностики. Реализуется программа по предупреждению и сокращению болезней, улучшения качества медицинского обслуживания, ведется активная борьба с массовыми инфекционными заболеваниями.

Медицина – сфера широкая, в которой работают различные специалисты: врачи, фельдшеры, медсестры, санитары. Однако День медицинского работника – это праздник еще и тех людей, которые не напрямую, но, тем не менее, существенно способствуют развитию медицины, разрабатывая новое оборудование, сопутствующие материалы и методики для лечения и диагностики болезней. Это инженеры-технологи, химики, биологи, лаборанты и т.д.

В России накануне Дня медицинского работника традиционно происходит вручение национальной премии «Призвание» лучшим врачам и клиникам страны, а также различным работникам немедицинских учреждений, внесших вклад в развитие медицины.

В Рязанском регионе ежегодно проводится конкурс «Молодой врач года», приуроченный к Дню медицинского работника. Участники Школы

молодого специалиста ГБУ РО ГKB №8 регулярно принимают участие в данном конкурсе в номинации «лучший врач хирургического профиля». В этом году специалист Збарская О.М. заняла призовое первое место. Это еще раз подтверждает статус медицинских работников, их профессионализм, эрудицию.

Трудно переоценить значение медицины в жизни человека и человечества в целом. Неудивительно, что от представителей самой гуманной профессии ежедневно, ежечасно требуются верность профессиональному долгу, человеческая и нравственная стойкость. Всеми этими качествами, безусловно, обладают медицинские работники. Своим бескорыстным трудом, высоким профессионализмом, удивительной способностью сострадать людям они нашли искреннюю любовь всего населения. И, несмотря на сложности нашего времени, они продолжают самоотверженно выполнять взятый на себя профессиональный долг – возвращать людям здоровье, а порой и жизнь.

Труд людей в белых халатах – это высокое служение на благо народа. Верность своему делу, самоотверженность, высокий профессионализм и милосердие – отличительные черты медицинских работников. Нелегким повседневным трудом они охраняют величайшие ценности, дарованные человеку, – его жизнь и здоровье.

Коллеги, в честь профессионального праздника Дня медицинского работника примите добрые пожелания здоровья и счастья, мира и благополучия вам и вашим близким!



Школа молодого специалиста:
Лилия Лачёва, Наталья Брума.

Разговоры в день Милосердия.

Светлой памяти моей мамы посвящается...

Мне кажется уместным именовать День медицинского работника Днем Милосердия.

Господь наградил нас Душой и высокой Жертвой своей - за все грехи человеческие призвал к состраданию и милосердию. Считается, что именно своей духовностью мы отличаемся от братьев наших меньших...

Всем нам знакомо чувство умиления, которое возникает, когда мы общаемся со своими домашними питомцами или созерцаем статуэтки и малые архитектурные формы, представленные симпатичными зверюшками, обильно представленными в ландшафтном дизайне. Многие помогают животным, которые остались брошенными по вине равнодушных хозяев.

По большому счету, мы все «в долгу перед теми, кого приручили...»



В цивилизованных странах, эти вопросы давно решены. И дело не всегда в финансовом процветании страны. Сострадание к людям с ограниченными возможностями, к животным, бережное отношение к природе и всему живому существует, как вопрос воспитания, если хотите.

«О чем этот разговор?», - спросите вы. Множество людей страдают и нуждаются, и помогать в первую очередь нужно людям, а не собачкам и кошечкам! Но милосердие не может быть избирательным по самой своей сути. Иначе это не милосердие, а что-то совсем другое...



Да, есть среди нас люди, называющие себя «догхантеры», зверски убивающие собак и выкладывающие фото их растерзанных тел в интернете...

Но есть и другие, особые - они живут в нашем городе и занимаются животными - инвалидами, причем на свои средства и средства благотворителей.



Одна из них жительница Рязани Надежда Стычинская, открывшая частный мини-приют для больных кошек «Ещё один шанс». Симпатичная, молодая девушка и ее единомышленники не только обеспечивают лечение и содержание несчастных животных. Но умудряются пристраивать некоторых кошек и собак-инвалидов за рубежом. Да, не удивляйтесь! Приезжают и забирают и это нормально для здорового общества. Помогают этому приюту все, кто хочет и чем может. Мир не без добрых людей.



Мы, как медики, тоже можем внести свою лепту в организации помощи больным животным.

Всем, чье сердце откликнулось на чужую боль!

Приходите, ваше посильное участие спасет чью-то жизнь. Контакты и реквизиты можно узнать по адресу <https://vk.com/anotherchance>.

Член комитета по этике. Чулкова И.В.

Синдром хронической тазовой боли.

Термин «тазовая боль»; пришел в отечественную медицину из иностранных медицинских публикаций; в них тазовая боль рассматривается как синдром, служащий основой для дальнейшей дифференциальной диагностики. Однако следует признать, что сама по себе боль, без описания других, стереотипно связанных с ней признаков, представляет собой лишь отдельный симптом.

«Тазовой» обозначают боль, локализирующуюся в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, а также в промежности, в области наружных половых органов, влагалища, прямой кишки. Нередко наблюдается иррадиация по переднее – внутренней поверхности бедер и нижнему краю ягодиц. Обычно пациенты не могут указать точную локализацию боли, она, скорее, носит разлитой характер, и не всегда просто отделить эпицентр болезненности от зоны иррадиации.

Принципиальное значение для распознавания причин и выбора тактики лечения имеет временная характеристика тазовой боли – острая или хроническая.

Острая тазовая боль, как правило – внезапно возникшая, сильная, продолжительностью до нескольких часов или дней. Причинами ее служат острые воспалительные заболевания матки и придатков, аппендицит, дивертикулит, острый колит, острые урологические заболевания или состояния, сопровождающиеся ишемией органов таза или внутрибрюшинным кровотечением – перекрут или разрыв кисты яичника, внематочная беременность, осложнения проктосигмоидита. Острая боль часто сопровождается повышением температуры тела, рефлекторной тошнотой, рвотой, признаками пареза кишечника, симптомами общей интоксикации или внутреннего кровотечения. Пациенты с острой тазовой болью нуждаются в незамедлительном обращении к врачу.

Хроническая тазовая боль – рецидивирующая или постоянная боль, которая беспокоит пациента не менее 6 мес. Характер болезненных ощущений может быть различным: жжение, рези, колющая, ноющая боль, ощущение

давления или тяжести. Интенсивность боли у одного и того же пациента может существенно варьировать.

В данной статье, основное внимание будет уделено хронической тазовой боли у женщин, вследствие особенной актуальности этой проблемы. Распространенность хронической тазовой боли среди женщин, по данным Национального института здоровья США, достигает 15%.

Изученные причины хронической тазовой боли у женщин объединяют различные гинекологические, урологические заболевания, а также заболевания кишечника и опорно-двигательного аппарата (табл. 1). Парадоксально, что не у всех женщин, страдающих данными заболеваниями, формируется хроническая тазовая боль.

Остро актуален вопрос о механизме хронизации боли. В условиях персистенции патологического процесса, а иногда и в отсутствие явной органической патологии, хроническая боль может быть результатом снижения порога восприятия, когда болевое ощущение возникает под воздействием неповреждающих стимулов. В подобных случаях патофизиологи применяют следующие термины:

- гипералгезия – возникновение боли при воздействии мягких пороговых раздражителей;
- аллодиния – боль при воздействии физиологических стимулов, в норме не обладающих раздражающим действием;
- спонтанные болевые спазмы – боль, возникающая вообще в отсутствие каких-либо воздействий на чувствительные нервные окончания.

Современная теория боли объясняет формирование хронической боли дисфункцией нервных путей и центров, контролирующих поток болевых импульсов. В одних случаях главную роль играет снижение активности антиноцицептивной системы, в других – феномен сенситизации нейронов, в третьих – развитие нейрогенного воспаления, поддерживаемого постоянной нервной импульсацией и продукцией вещества Р, пептида, кодируемого геном кальцитонина

(calcitonin gene related peptide, CGRP), фактора роста нервов и нейрокининов в пораженном органе.

К формированию хронической боли предрасполагают хирургические вмешательства на органах таза и ревматические заболевания.

В поддержании болезненных ощущений большое значение придается феномену гиперестезии/гипералгезии мягких тканей проявляющемуся, в частности, образованием триггерных точек в мышцах и фасциях тазового дна. Это явление впервые описано английским невропатологом Н. Head и выдающимся русским клиницистом Г.А. Захарьиным. Зоны Захарьина–Геда, как правило, соответствуют определенным дерматомам, на уровне которых обеспечивается чувствительная иннервация пораженного органа и соответствующего участка мягких тканей.

Болезненность тазовых мышц нередко сопутствует урологическим заболеваниям, и физиотерапия миофасциальной боли часто излечивает хроническую тазовую боль.

Для хронической тазовой боли весьма характерна иррадиация, которая проявляется, как чувство боли, жжения или зуда в более удаленных участках одновременно с появлением болевой импульсации из пораженного органа.

Порог восприятия боли может снижаться под влиянием отрицательных аффективных и социальных факторов. У женщин, страдающих хронической тазовой болью (как правило, в форме дисменореи, диспаренурии и вульводинии), чаще отмечаются указания на физическое или сексуальное насилие в анамнезе, выявляются признаки посттравматического стрессового расстройства. Такие пациентки более склонны к депрессии.

В связи с многообразием причин хронической тазовой боли в США создана многопрофильная исследовательская группа на базе крупных медицинских центров, осуществляющих регистрацию и тщательный анализ причин каждого случая. Оценка сопутствующих симптомов может оказать существенную помощь в распознавании причины. Хроническая тазовая боль редко существует как изолированный симптом и часто сочетается с другими жалобами; она может иметь связь с дефекацией, мочеиспусканием, менструальным циклом, половыми контактами.

Важнейшее диагностическое значение имеет выявление явных признаков, указывающих, например, на поражение выделительной системы, половых органов (патологические выделения, нарушения менструального цикла, бесплодие, герпетическая сыпь, папилломатоз и др.) или кишечника (диарея, запор, патологические примеси в кале и др.). Но во многих случаях симптомы носят характер неспецифических, что и затрудняет диагностику.

Для женщин, страдающих тазовой болью, достаточно «универсальны» такие жалобы, как локализация боли в животе или нижней части спины, очень болезненные менструации, диспаренурия (боль при половом контакте, а также непосредственно перед ним или после него), вульводиния (жгучая или колющая боль в области промежности и входе во влагалище). Часто наблюдается «перехлест» симптомов, когда одни и те же жалобы отмечаются при различных патологических состояниях. Это в особенности касается диспаренурии и вульводинии.

В целях дифференциальной диагностики хронической тазовой боли важно установить, имеет ли она циклический (периодический) характер. Связь с менструальным циклом с наибольшей вероятностью указывает на гинекологическую патологию, в частности, эндометриоз или венозный застой в полости малого таза. «Альгодисменорея (син. дисменорея)» – тазовая боль во время менструации. «Овуляторная боль» наблюдается в середине менструального цикла, связана с овуляцией и достаточно регулярно возникает у некоторых женщин; боль может сохраняться до 2–3 дней, облегчается при применении тепла или анальгетиков.

И все же циклический характер боли не позволяет полностью исключить патологию соседних органов, не относящихся к репродуктивной системе, поскольку возможно существование висцеро–висцеральных рефлексов.

С точки зрения некоторых специалистов под истинной хронической тазовой болью следует подразумевать только случаи нециклической боли неясного происхождения, когда исключены все известные органические причины. Такой строгий подход способствует выделению группы пациентов с функциональной болью, нередко имеющей связь с психическими расстройствами.

Ниже описаны некоторые симптомокомплексы, наблюдающиеся при определенных патологических состояниях.

Хроническая тазовая боль при патологии мочевыделительной системы наиболее характерна для таких расстройств, как интерстициальный цистит, камни и опухоли мочевого пузыря, обструктивная уропатия.

Симптомы могут быть самыми различными:

- боль (ощущение дискомфорта, чувство давления) в надлобковой области, усиливающиеся по мере наполнения мочевого пузыря либо после его опорожнения;
- боль в надлобковой области, уретре во время мочеиспускания;
- неотчетливо локализованная боль в области таза, с возможной иррадиацией;
- императивные позывы на мочеиспускание и/или учащенное мочеиспускание;
- наличие патологических примесей в моче;
- диспаренурия.

Особый интерес вызывает такое заболевание, как интерстициальный цистит («раздраженный, или болезненный, мочевой пузырь»). Это достаточно распространенное заболевание, причины которого недостаточно изучены. Примерно 90% пациентов, страдающих этим заболеванием – женщины; ухудшение симптоматики наблюдается в период менструаций или после половых контактов. Тазовая боль при интерстициальном цистите часто сочетается с фибромиалгией, синдромом хронической усталости, синдромом раздраженного кишечника, что указывает на общность патогенетических механизмов формирования боли.

Хроническая тазовая боль при гинекологической патологии характеризуется особенно частым сочетанием с диспаренурией, вульводинией, иногда – с дизурией и часто носит циклический характер. Около 15% обращений к гинекологу обусловлено хронической тазовой болью. Среди самых частых причин боли выступают эндометриоз, воспалительный процесс и венозный застой в малом тазу.

Хроническая тазовая боль при воспалении лобкового симфиза (osteitis pubis) локализуется в области лобка и усиливается при выполнении физических нагрузок, при сведении бедер, подъеме на лестницу или приседании.

Хроническая тазовая боль при поражении чувствительных нервов нижних отделов брюшной стенки и области таза – n. pudendus, n. ilio–inguinalis, n. ilio–hypogastrum, n. genito–femoralis. Повреждение этих нервов может происходить при родах, хирургических вмешательствах или при системной нейропатии. Возможно, в части случаев нейропатия вызвана герпетическими вирусами. Следующие симптомы могут наблюдаться изолированно или в сочетаниях:

- диспаренурия;
- боль при мочеиспускании или дефекации;
- боль в положении сидя;
- боль в нижних отделах живота или спины – постоянная или связанная с изменением положения тела;
- боль в половых органах (вульводиния) с иррадиацией по задне–внутренней поверхности бедер и ягодиц.

Хроническая тазовая боль при заболеваниях прямой кишки. Хроническая прокталгия – один из наиболее распространенных вариантов тазовой боли. Ее причинами могут служить повреждения, трещины слизистой оболочки прямой кишки и кожи вокруг ануса, стеркоральные язвы, геморрой, ректальный пролапс, рецидивирующая герпетическая и цитомегаловирусная инфекция, инфекция вирусом папилломы человека, опухоль, хронический параректальный абсцесс.

Прокталгия может наблюдаться в рамках ишемического колита, стеркорального, язвенного колита, синдрома раздраженного кишечника. Боль может иметь связь с половым контактом, дефекацией и отхождением газов; следует обратить внимание на патологические примеси в кале, изменения перианальной области.

Хроническая тазовая боль на фоне воспалительных заболеваний кишечника характеризуется сочетанием с тенезмами, диареей с примесью крови, слизи и гноя, общей слабостью, снижением веса. Сходные симптомы могут наблюдаться и при ишемическом колите, для которого также характерны упорный метеоризм, боль в животе, неустойчивый стул.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – одна из наиболее частых причин хронической тазовой боли у пациентов обоих полов.

В типичных случаях боль локализуется в нижнем отделе живота, преимущественно слева, носит спастический характер и сочетается с диареей, запором, вздутием живота. Боль усиливается после приема пищи и облегчается после дефекации.

Для СРК характерны также чувство «препятствия» в прямой кишке в момент натуживания при дефекации, ощущение неполного опорожнения прямой кишки, выделение слизи с калом.

При сочетании СРК с прокталгией отмечается выраженная колющая боль в прямой кишке при дефекации и отхождении газов. Обострение симптоматики наблюдается на фоне стрессов, тревоги или депрессии.

Одновременно с тазовой болью при СРК может наблюдаться целый спектр других симптомов: диспаренурия, альгодисменорея, дизурические расстройства. Также весьма характерно наличие признаков вегетативной дисфункции, сопутствующей мигрени, тревожно–депрессивных расстройств.

В литературе указывается на тесную связь двух самых распространенных типов боли у женщин – тазовой боли и мигрени. По данным исследования Национального института здоровья США, хроническая тазовая боль встречается у 15–24% женщин репродуктивного возраста, а мигрень – примерно у 20%. Наблюдается «перехлест» этих состояний: не менее чем у 67% женщин с хронической тазовой болью отмечается мигрень. Одно из возможных объяснений этого – особенности обмена простагландинов или серотонина и регуляции тонуса гладкомышечных клеток, другое – особенности восприятия боли у таких пациенток.

Синдром миофасциальной тазовой боли – расстройство, при котором образуются болезненные «триггерные» точки в мышцах тазового дна. Боль носит характер ноющей или жгучей, локализация ее разнообразна. При пальпации мышцы тазового дна и тазового пояса представляются напряженными, в них определяются точки резкой болезненности. Этому нередко сопутствует повышенная чувствительность или зуд кожи, затрудняющие ношение одежды. Сдавление мышцами чувствительных нервов также ведет к появлению зуда и жжения. Часто отмечаются сопутствующие дизурические расстройства, императивные позывы,

запор, боль при дефекации, диспаренурия. Вероятно, миофасциальный синдром формируется вторично на фоне травмирующих физических нагрузок, заболеваний суставов, частых натуживаний при дефекации, повторных мочеполовых инфекций, как следствие травм и родов – и вносит существенный вклад в персистенцию боли. Анализ историй болезни показал, что у больных с диагнозами «вульводиния», «интерстициальный цистит», «хроническая тазовая боль», «небактериальный простатит», «невралгия», «СРК» часто определяются признаки миофасциального тазового синдрома.

Опасные симптомы, указывающие на вероятность опасных осложнений у больных с тазовой болью: интенсивная или нарастающая боль, лихорадка ($>38,5^{\circ}\text{C}$) с ознобом, рвота с кровью, кровотечение из влагалища или прямой кишки, признаки кровопотери, затрудненное или болезненное мочеиспускание, нарастающее увеличение размера живота.

Диагностический поиск. Поскольку хроническая тазовая боль и сопутствующие ей симптомы могут наблюдаться в разных комбинациях, и выражены в различной степени, диагностика часто бывает сложной. Иногда причина боли так и остается нераспознанной.

Анализ жалоб и анамнеза подразумевает тщательную оценку характера и локализации боли (пояснично–крестцовая область, район копчика, крестцово–подвздошного сочленения, тазовое дно, паховая область, брюшная стенка), продолжительности и периодичности, влияния провоцирующих факторов. Необходимо уточнить жалобы со стороны всех органов и систем, детально проанализировать гинекологический и лекарственный анамнез.

Особое внимание следует уделить описанию первого эпизода боли, которое может служить ключом к выявлению «генератора» боли.

Ректальное и влагалищное исследование – обязательные составляющие обследования пациентки с хронической тазовой болью. Оно позволяет выявить заболевания половых органов, прямой кишки, изменения в параректальной клетчатке и «триггерные» точки тазового дна.

По мнению специалистов, врачебный осмотр, дополненный ультразвуковым исследованием органов малого таза, в большинстве случаев позволяет распознать гинекологическую патологию, служащую причиной боли. Опыт показывает, что для установления патологии со стороны кишечника или мочевыводящих путей часто бывает необходимым выполнение эндоскопии с биопсией, ирригоскопии, урографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

В сложных случаях ставится вопрос о диагностической лапароскопии. Только с помощью этого исследования можно надежно подтвердить диагноз эндометриоза брюшины, спаечной болезни и одновременно провести хирургическое лечение.

Эффективное лечение, безусловно, зависит от правильно установленного основного диагноза.

При циклической боли, как правило, связанной с предменструальным синдромом, менструацией или овуляцией, эффективно применение комбинированных гормональных контрацептивов или препаратов прогестерона.

При дисменорее назначают симптоматические средства – анальгетики и спазмолитики. Проводится соответствующее лечение инфекций половых органов. Например, применение ацикловира или валацикловира при герпетической инфекции, профилактика рецидивов кандидоза позволяют удлинить периоды ремиссии и облегчают проявления вульводинии и диспареурии.

В ряде случаев эффективны физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, акупунктура, особенно когда причины боли связаны с повреждением нервов, родовыми травмами, нарушением тонуса мышц тазового дна.

Применение трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина не только позволяет устранить депрессивные расстройства, но и эффективно поддерживают функцию антиноцицептивной системы. Антидепрессанты применяют в индивидуальной дозе, начиная с малой.

Хирургические методы лечения.

В случае выявления очагов эндометриоза на брюшине во время диагностической лапароскопии проводится их абляция. Лапароскопическая абляция маточно-крестцовых нервов и пресакральная нейрэктомия могут применяться для лечения тазовой боли и диспареурии неясного происхождения, однако технически эти вмешательства сложны и несут повышенный риск кровотечения.

Американские исследователи проанализировали опыт проведения гистерэктомии пациенткам, страдающим эндометриозом или хронической тазовой болью неуточненного происхождения, рефрактерными к другим способам лечения. В большой доле случаев после операции качество жизни женщин улучшается, уменьшаются проявления диспареурии. Но у 21–40% женщин после гистерэктомии сохраняется тазовая боль, а у 5% она возникает впервые. Шансы на избавление от боли ниже при наличии исходной депрессии.

Спазмолитики оказывают обезболивающий эффект в ситуациях, когда боль вызвана спазмом или растяжением полого органа (в частности, кишечника) или воспалительным процессом, сопровождающимся реактивным спазмом гладкой мускулатуры и нарушениями кровотока. Поэтому препараты этого класса весьма часто применяются в лечении хронической тазовой боли.

Спазмолитики – пожалуй, неотъемлемый компонент лечения пациентов с СРК, независимо от тяжести его течения. Учитывая законы хронизации боли, к назначению спазмолитиков следует прибегать уже на самых ранних стадиях болезни, чтобы предотвратить длительное существование потока болевой импульсации из пораженного органа. С этой точки зрения необходимо выбирать как можно более безопасный и эффективный спазмолитик, обладающий высокой селективностью и мощностью действия именно на гладкомышечные клетки органов полости таза – кишечника, мочевыводящих путей, половых органов.

В последние годы большое внимание посвящено проблеме дефицита магния

Таблица 1. Изученные причины хронической тазовой боли у женщин

Гинекологические заболевания	Эндометриоз
	Хронический воспаленный процесс в малом тазу
	Киста яичника, поликистоз яичников
	Альгодисменорея как самостоятельное заболевание
	Опущение матки и стенок влагалища
	Инфекции, передающиеся половым путем, папилломатоз, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция
	Рецидивирующий кандидоз
	Вульводения как самостоятельное заболевание
	Варикозное расширение вен малого таза, венозный застой
	Доброкачественные опухоли матки
	Злокачественные опухоли (яичников, шейки матки, тела матки, влагалища, вульвы)
	Изменения суставно-связочного аппарата и вторичный миофасциальный синдром
Беременность	Застой в венах малого таза
	Повышение тонуса матки
Урологические заболевания	Интерстициальный цистит («раздраженный, или болезненный, мочевой пузырь»)
	Мочекаменная болезнь
	Опухоли мочевого пузыря
Заболевания кишечника	Анальная трещина, геморрой, проктит
	Функциональная прокталгия
	Синдром раздраженного кишечника
	Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)
	Ишемический колит
	Опухоли
Неврологическая патология	Радикалит, неврит, грыжа межпозвонкового диска
	Травма нервов (попадание нерва в хирургический шов, сдавление в родах)
	Метаболическая сенсорная нейропатия
Изменения брюшины	Спайки в брюшной полости и малом тазу
Заболевания костей и суставов	Патология тазобедренных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, лобкового симфиза
	Травмы
Мышечные расстройства	Миофасциальный синдром / фибромиалгия Спазм мышц (дисфункция) тазового дна
Соматоформное расстройство, функциональная боль (проблема недостаточно изучена)	Депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство на почве перенесенного насилия

в патогенезе заболеваний репродуктивной сферы у женщин, а также эмоциональных расстройств и повышенной нервно-мышечной возбудимости. Эффекты, которые в организме оказывает магний, тесно сопряжены с действием пиридоксина (витамина В6). Эти вещества, действуя синергично, регулируют функции многих ферментов, препятствуют накоплению гомоцистеина и предотвращают тромбофилию. Магний участвует в поддержании трансмембранного потенциала, а также снижает продукцию тромбоксана, проявляя противовоспалительное и антиагрегантное действие.

В современном пищевом рационе россиян содержание магния часто не соответствует физиологическим потребностям. Причинами ятрогенного дефицита магния может служить назначение диуретиков, циклоспорина, сердечных гликозидов, антибиотиков (особенно аминогликозидов), адrenoблокаторов, кофеина, теобромина, теофиллина, противотуберкулезных средств, эстроген-содержащих контрацептивов. Потеря магния происходит при диарее.

В условиях дефицита витамина В6 и магния повышается болевая чувствительность, вероятно, отчасти за счет нарушения синтеза нейротрансмиттеров, регулирующих ноцицепцию – ГАМК, серотонина, дофамина.

При дефиците магния у беременных наблюдаются тазовые боли, связанные с нарушением кровотока и тонуса матки, а также с повышенной мышечной возбудимостью.

Органические соли магния (лактат, оротат, аспарагинат, цитрат, пидолат) существенно лучше, чем неорганические, всасываются при пероральном приеме. Комбинация с пиридоксином улучшает абсорбцию магния и может применяться в комплексном лечении пациентов с хронической тазовой болью на фоне состояний, сопровождающихся дефицитом магния.

Обзор подготовил Алексей Маркин по материалам статьи Шульпековой Ю.О. «Хроническая тазовая боль у женщин», опубликованной в РМЖ №20 за 2011г.

СПОСОБ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Миров А.И. врач акушер-гинеколог; Сидоренко В.В. врач акушер-гинеколог;
Глуховец И.Б. канд.мед.наук, врач патологоанатом.
Государственное Бюджетное Учреждение Рязанской Области
«Городская Клиническая больница №8»

Применение способа объективной количественной морфологической оценки хронического эндометрита позволяет повысить объективность гистологического исследования эндометрия, увеличивая его наглядность и информативность, что необходимо для назначения адекватной терапии и оценки ее эффективности.

Application of the method of objective quantitative morphological evaluation of chronic endometritis can increase the objectivity of the histological investigations of the endometrium, increasing its visibility and the usefulness that it is necessary for prescription of adequate therapy and assess its effectiveness.

Хронический эндометрит (ХЭ), без сомнения, является ведущим звеном в патогенезе невынашивания беременности. На сегодняшний день большое внимание уделяется реабилитации на этапе предгравидарной подготовке у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе. Доказано, что ХЭ формируется практически у 100% женщин после неразвивающейся (замершей) беременности. «Золотым стандартом» диагностики ХЭ является морфологическое исследование эндометрия. Однако в настоящее время отсутствует единая концепция морфологической оценки ХЭ, раскрывающая степень выраженности и степень распространенности патологических процессов в эндометрии. Гистологические заключения являются либо констатирующими ХЭ, либо описательными, в любом случае они не отражают распространенность процесса. Что в целом не позволяет врачу-гинекологу количественно оценить патологические изменения в эндометрии и не дает возможности анализировать динамическую эффективность проведенной терапии.

В течение года в нашей клинике используется разработанная нами методика объективной количественной морфологической оценки хронического эндометрита (патент № 2371101; МПК – 9 – G 01N,33/48), которая отличается тем, что в гистологическом препарате оценивают в баллах наличие морфологических признаков хронического воспаления на преобладающей площади и на отдельных участках, в зависимости от их наличия и однородности определяется сумма баллов, которая находится диапазоне от 2 до 10 баллов. Чем она выше, тем более выражены морфологические изменения, тем более интенсивной и длительной должна быть терапия.

На этапе обследования женщины с невынашиванием беременности наряду с другими методами производится аспирационная биопсия эндометрия. По результатам гистологического исследования (и с учетом результатов других обследований) определяется объем лечения, включающий в себя различные сочетания лекарственных препаратов и физиотерапии в зависимости от выраженности ХЭ.

По окончании лечения производится контрольная аспирационная биопсия эндометрия. Анализ первичного и повторного гистологических заключений позволяет оценить динамику патологического процесса и эффективность проводимого лечения, а использование предложенной методики делает этот анализ более наглядным и объективным.

Пример:
Больная М. 31год. DS: Привычное невынашивание беременности. Хронический эндометрит.
Гистологическое описание эндометрия до лечения: в строме эндометрия обнаружено в большом количестве диффузная инфильтрация состоящая преимущественно из лимфоидных

элементов с включением макрофагов и эозинофилов, расположенных вокруг желез и эндометриальных сосудов, отмечается наличие плазматических клеток, очаги фиброза, спиральных артерий немного со склерозом стенки, преобладают сосуды капиллярного и синусоидного типа, имеет место диффузный хорошо выраженный воспалительный процесс в эндометрии. Заключение: Хронический эндометрит (5+5).

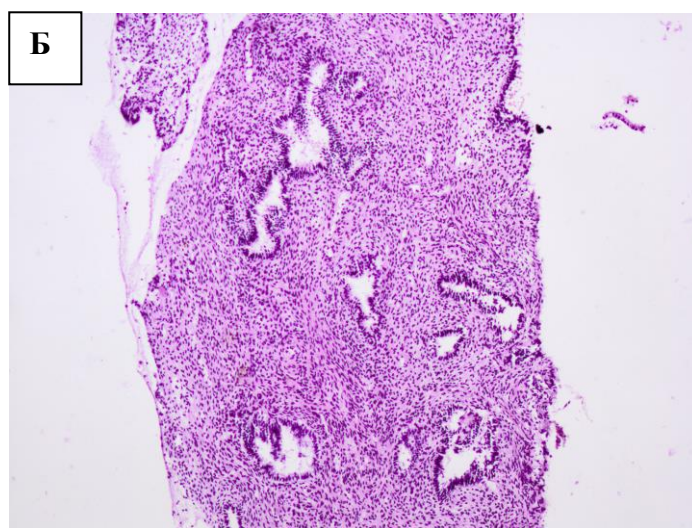
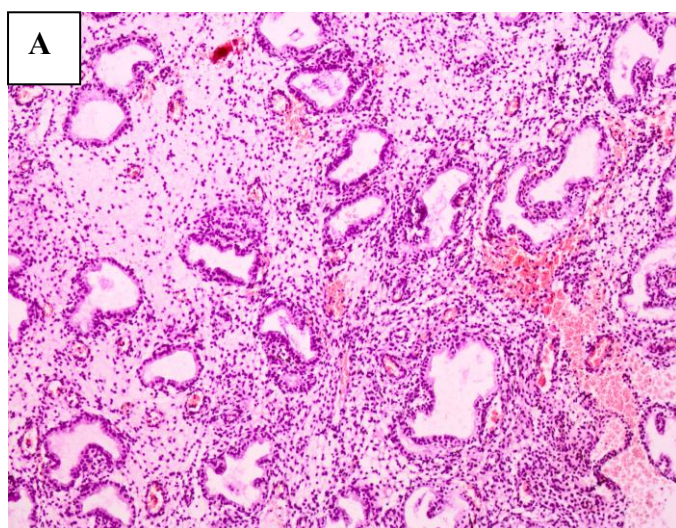
После лечения: очаговый неравномерный склероз стромы с периваскулярной лимфоидной инфильтрацией, в небольшом количестве обнаружены плазматические клетки, имеет место слабовыраженный очаговый воспалительный процесс, в большей части исследуемого материала воспалительные изменения выражены минимально. Заключение: Хронический эндометрит (1+3).

Таким образом, применение способа в медицинской практике позволяет не только повысить объективность гистоморфологического исследования соскобов из полости матки с выделением количественной оценки степени выраженности и однородности

патологических процессов при хроническом эндометрите, но и разрешает значительно уменьшить объем морфологического заключения, увеличивая его наглядность и информативность. Что необходимо для назначения адекватной терапии и оценки ее эффективности по динамике изменений эндометрия в ходе лечебных мероприятий.

Литература:

1. Кузнецова А.В., Пауков В.С., Волощук И.Н. Морфологические особенности хронического эндометрита. // Архив патологии. – 2001 – Т.63. – №5. – С.8-13
2. Маянский Д.Н., Хроническое воспаление. М.: Медицина, 1991. – 270с.
3. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майкова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: 2009. – 196 с.
4. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010 – 64с.



Различная морфологическая картина при хроническом эндометрите у одной и той же женщины:

А – эндометрий преимущественно с признаками средней стадии фазы секреции;

Б – эндометрий с небольшим количеством желез гипопластического типа и склерозом стромы.

Реализация органосохранения при разрыве матки в родах, нагноении акушерской хирургической раны.

Миров А.И., Маркин А.В., Александрова М.А.
ГБУ РО «ГКБ №8»

Разрыв матки - это акушерская катастрофа, которая часто приводит к смерти матери и плода, является редким осложнением и составляет 1:15000 всех родов у пациенток, которые не имели предшествующих операций на матке. Большинство разрывов матки возникает во время родов. Более 90% разрывов матки ассоциированы с предшествующим кесаревым сечением или другими операциями на матке. В остальных 10% случаев разрыв матки происходит при отсутствии в анамнезе каких-либо рубцов. В этих случаях разрыв матки может быть вынужденным, связанным с абдоминальной травмой, родами и родоразрешением «(акушерская агрессия)» или спонтанным, «гистопатичным». Основными осложнениями для матери при разрыве матки является массивное кровотечение и гиповолемический шок. Разрыв матки среди причин материнской смертности составляет 1%, но она значительно увеличивается при запоздалом оказании акушерской помощи. Например, в США уровень материнской смертности при разрыве матки ежегодно составляет 5%. Уровень смертности плода при разрыве матки еще более высок и может достигать 61,5%. И даже в случае благоприятного исхода состояние здоровья женщин и новорожденных характеризуется повышенным уровнем заболеваемости и инвалидности.

Лечение разрыва матки заключается в срочном родоразрешении путем лапаротомии. По возможности место разрыва матки зашивают и достигают полного гемостаза, в других случаях выполняют гистерэктомию. Органоуносящие операции являются преимущественной тактикой во многих регионах нашей страны за исключением Московского региона, где количество гистерэктомий минимально.

Больная К. 25 лет находилась на лечении в акушерском стационаре с диагнозом: беременность 1, роды 1, срочные

патологические, амниотомия, слабость родовой деятельности, клинически узкий таз. В 1 периоде родов развилось массивное маточное кровотечение, расцененное как гипотоническое, выполнено экстренное оперативное вмешательство. Путем операции кесарева сечения извлечен живой мальчик весом 3850гр, длиной 55см. Несмотря на проводимый гемостаз, массивное кровотечение продолжалось со снижением уровня гемоглобина до 38 г/л, интраоперационно проводилась трансфузия компонентов крови, поэтапная борьба с развившимся кровотечением. Общая кровопотеря составила 2000 мл, в связи с чем, выполнено наложение компрессионных швов на матку по B.Linch. В результате гемостаз был достигнут, и матку удалось сохранить.

В послеоперационном периоде в лабораторных показателях отмечалась анемия III степени, лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Больной проводилась антибактериальная, противовоспалительная, антианемическая терапия, антиагреганты. На 6 сутки после операции, в связи с заподозренным послеродовым эндометритом, для дальнейшего лечения пациентка переведена в гинекологическое отделение.

При осмотре в гинекологическом стационаре состояние больной средней тяжести, лапаротомный шов инфильтрирован. При бимануальном осмотре: шейка имеет V образную форму за счет визуально и пальпаторно определяемого дефекта передней губы (с отсутствием части стенки на протяжении от 10 до 12 часов), край дефекта передней стенки шейки доходит забрюшинно до линии швов на матке, остальная часть шейки сформирована. Тело матки увеличено до 16-18 недель беременности, выделения темно-кровянистые, обильные. При динамическом лабораторном обследовании определяются показатели, характерные для воспалительного процесса. При ультразвуковом исследовании определяется подбрюшинная гематома хирургической раны

передней брюшной стенки, гематома и инфильтрат послеоперационного рубца на матке, инфильтрат подкожно-жировой клетчатки. Больной продолжена антибактериальная, противовоспалительная, антианемическая, комплексная инфузионная терапия, антикоагулянты, в/в иммуноглобулинотерапия, проводился уход за раной.

Имеющиеся осложнения со стороны акушерской хирургической раны матки и раны передней брюшной стенки послужили поводом для проведения ревизии. При ревизии раны передней брюшной стенки после кесарева сечения обнаружено нагноение подкожно-жировой клетчатки. В брюшной полости выпота нет, матка увеличена до 16-18 недель беременности, с сохраненным тонусом, с наличием субсерозных кровоизлияний в местах проведения компрессионных лигатур (последние на всем протяжении погружены под серозную оболочку). К дну и передней поверхности матки плотными сращениями подпаян сальник (в местах проведения компрессионных лигатур). Решено лигатуры в связи с указанными изменениями не удалять и сальник не отделять. Брюшина маточно-пузырной складки со старыми сливными кровоизлияниями без инфильтрации и наложений, параметрии с воспалительной инфильтрацией, перитонизационный шов и шов на матке состоятельны, без дефектов. Пальпаторно выявлено отсутствие передней стенки шейки матки до уровня шва на матке, что можно расценивать как недиагностированный в родах разрыв шейки матки 3 степени, переходящий в разрыв матки, и что, по-видимому, являлось основной причиной массивного кровотечения в родах.

На 4-5см выше шва на матке имеется поперечный линейный дефект стенки матки с диастазом 5-7мм, доходящий до полости. Края дефекта иссечены, рана ушита, однако, происхождение данного дефекта осталось неясным. Несмотря на вышеописанную картину, решено матку не удалять. Дренированы брюшная полость, забрюшинное пространство, выполнено послойное дренирование передней брюшной стенки перчаточными выпускниками, установлен микроирригатор в поддиафрагмальное пространство.

В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная терапия с подключением антибиотиков резерва, профилактика тромбогеморрагических осложнений, пареза кишечника, активное ведение раны, купирование болевого синдрома, инфузионно-трансфузионная терапия, применялись иммуномодуляторы, физиолечение, методы эфферентной терапии. Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны без нагноения. В лабораторных показателях отмечена нормализация параметров, уровень гемоглобина при выписке составил 113 г/л. Гистологическое заключение удаленного материала: очаговое гнойно – некротическое воспаление в миометрии; фиброзно-жировая клетчатка с очагами нарушения кровообращения, диффузной сегментно-ядерной и лимфоцитарной инфильтрацией. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача женской консультации.

Катамнез: при контрольном осмотре через 3 месяца после повторного чревосечения жалоб пациентка не предъявляла, в связи с отсутствием лактации восстановился менструальный цикл, матка подверглась адекватной инволюции, дефект шейки матки остался. В перспективе предстоит выполнение гистероскопии с оценкой состояния рубца на матке и состояния полости (на предмет исключения синехий в местах проведения компрессионных лигатур), проведение реконструктивной операции на шейке матки.

Таким образом, в акушерском стационаре имел место недиагностированный разрыв шейки и матки, осложнившийся гипокоагуляционным кровотечением. Выполнение кровосберегающей технологии в виде наложения компрессионных швов позволили на этапе помощи в родильном доме избежать проведения органосохраняющей операции. Развившиеся послеоперационные осложнения со стороны хирургической акушерской раны потребовали проведения повторного хирургического санитизирующего вмешательства, в результате которого также удалось сохранить матку.

ЭФФЕКТИВНОЕ ДООБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА РОССИИ

*Миров А. И. главный врач ГБУ РО «ГКБ №8», Голофаст О. Е. заведующая 5 гинекологическим отделением, Бондаренко С. В. заведующая дневным стационаром, Хилова Н.А. заведующая приемным отделением, Василевская О.В. психолог кабинета доабортного консультирования
Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Городская клиническая больница №8»*

В последнее время в Российской Федерации наметилась положительная тенденция к снижению количества абортов. Тем не менее, из трех наступивших беременностей только одна заканчивается родами. Почти каждая десятая женщина детородного возраста раз в год делает аборт.

В современном мире Россия занимает первое место по количеству абортов (каждый час в стране происходит около 300 абортов) По этому показателю Россия опережает США в восемь раз, Англию и Францию – в 10 раз, Нидерланды – в 20. Согласно официальной статистике, ежегодно в мире беременеют 5–10% девушек в возрасте от 13 до 17 лет. К примеру, уровень подростковой фертильности (число беременностей на 1000 подростков) в США – 114, в России – 70 – 90, в Нидерландах – 10.

Привычным для населения решением проблемы подростковой беременности является аборт. В России частота абортов у подростков колеблется от 10 до 15% от общего числа прерываний беременности. При этом аборт у юных женщин производится при первой беременности в 52,8%, а 13% прибегают к нему повторно. Эти показатели являются самыми высокими среди экономически развитых стран.

Особого внимания заслуживает возрастная группа 13–17 лет, которая формирует фон и структуру осложнений беременности и перинатальной патологии в будущем, определяя, в конечном счете, здоровье следующих поколений и нации в целом. Рисунок №1 Доля детей и подростков в общей эпидемиологической структуре



В сложившейся ситуации каждая наступившая беременность приобретает особую ценность для семьи и общества.

Частота осложнений после абортов у подростков в 2,5 раза выше, и материнская смертность выше в 8 раз, чем у женщин репродуктивного возраста. Это связано с тем, что половая зрелость (когда организм и анатомически,

и функционально, и психологически готов к беременности и родам) наступает у подростков лишь к 18–19 годам.

Проведя анализ работы кабинета доабортного консультирования ГБУ РО ГКБ № 8 за период с 2010 по 2012 года, мы получили следующие результаты:

	2010	2011	2012
Всего проконсультировано женщин	660	921	768
Из них подростки 14-17 лет	25- 3.8%	28 – 3%	16 – 2%
Сохранили беременность	30 – 4.5%	41 – 4.4%	54 – 7%
Из них подростки	5 – 16.7%	7 – 25%	4 – 7.4%
% подростков вставших на учет по беременности	20%	25%	25%
Повторный аборт у подростков	1-4%	1- 4%	-

Основные причины аборт у подростков обусловлены особенностями репродуктивного поведения (раннее начало половой жизни, промискуитет), недостаточными знаниями о последствиях раннего начала половой жизни и абортов, а также недостаточной информированностью о средствах контрацепции.

Чаще всего подростки называли причину аборта:

- отрицательное отношение к беременности близких, стремление не обременять свою личную жизнь, отсутствие условий для воспитания ребенка, желание продолжить учебу.

На вопрос о том, как поступила бы девушка, если бы эти препятствия были устранены, 70% ответили, что сохранили бы беременность, а 30%, что все равно бы сделали аборт. Можно предполагать, что эти 30% относятся к группе психологически неготовых к материнству, а остальные 70% оказались под влиянием социального окружения.

По закону РФ девушка после 15 лет может самостоятельно решить, делать аборт или сохранять беременность, не информируя при этом родителей. Но если с абортом все просто - сделала тайно и все, то с рождением ребенка - намного сложнее. Подростки находятся на полном обеспечении родителей. Поэтому принять решение о сохранении ребенка без поддержки родителей практически невозможно. Девушке нужно одевать, кормить ребенка. В большинстве случаев она будет жить с новорожденным у родителей. Поэтому их согласие или несогласие на рождение ребенка часто имеет решающее значение. Вследствие чего девушки часто

выбирают аборт, только чтобы избежать разговора с родителями. Беспокойство вызывают ситуации, когда девушек эксплуатируют другие, например, парень или более старшие подруги, которые делали аборт. Таких людей девушки считают более опытными и информированными. В данной ситуации огромную поддержку на уровне семьи, для сохранения и рождения ребенка, оказал повторный визит с родителями.

Профилактика аборт – в первую очередь, профилактика аборт включает в себя предоставление женщине и её близкому окружению полной и достоверной информации о последствиях аборта – физических, эмоциональных и духовных.

Профилактика аборт – понятие широкое и многоаспектное. Можно выделить следующие направления профилактики:

1. Распространение информации по данному вопросу.
2. Эмоциональное воздействие с целью формирования позитивного взгляда на брак, и материнство:
3. Обращение к истории семейных ценностей:
4. Предоставление материальной, финансовой, юридической помощи, для чего необходима спонсорская помощь, взаимодействие с различными бизнес-структурами, фондами.
5. Профилактика и поддержка на законодательном уровне:

Будущее нашей страны, в тех детях, которые могут родиться благодаря нашей совместной работе!

Эдвард Дженнер и его гениальная догадка.



Исторически так сложилось, что слава первооткрывателя вакцинации принадлежит Пастеру. Это не совсем справедливо, хотя бы, потому что даже сам термин "вакцинация" был изобретен Эдвардом Дженнером, английским врачом, благодаря гениальной догадке которого, появилась идея вакцинации (т.е. прививка некоей чужеродной материей в целях защиты от конкретной инфекции). В 1768 г. Дженнер еще не знал об антигенах, инфекциях и их возбудителях, поэтому не мог теоретически обосновать свое открытие и сделал это только Луи Пастер, спустя 100 с лишним лет.

Было бы несправедливо обойти вниманием вариоляцию (от лат. variola - оспа) - изобретение древних, античную вакцинацию против оспы. Древнейшие индусские, египетские, китайские памятники литературы содержат упоминание о повальных болезнях, в том числе и об оспе, и о том, что единожды переболевший человек больше не заболевал оспой. В истории Пелопонесской войны (5 век до н.э.) это обстоятельство нашло очень точное описание. Фукидид описывает, что несмотря на повальный

характер заболеваний, никто не заболел дважды, во всяком случае смертельно и что для захоронения трупов и ухода за больными использовались переболевшие. Эти наблюдения привели к первым интуитивным попыткам защититься от инфекции при помощи искусственного заражения инфекционным материалом. Есть основания полагать, что этим методом впервые воспользовались древние китайцы в 11 веке до н.э., вкладывавшие оспенные струпья от больных в нос здоровым; иногда эти струпья высушивали, измельчали и вдвухали в нос. В Древней Индии брамины натирали кожу до ссадин и прикладывали к ней измельченные оспенные струпья. В Грузии здоровых кололи зараженными иглами. Также прививали путем непосредственного контакта с больным - пораненным предплечьем здоровый человек касался оспенных гнойничков больного. Вариоляция приводила к болезни в легкой, но не смертельной форме и невосприимчивости к натуральной инфекции. Иногда привитое заболевание становилось смертельным, но в меньшем числе случаев, нежели чем при обычной инфекции.

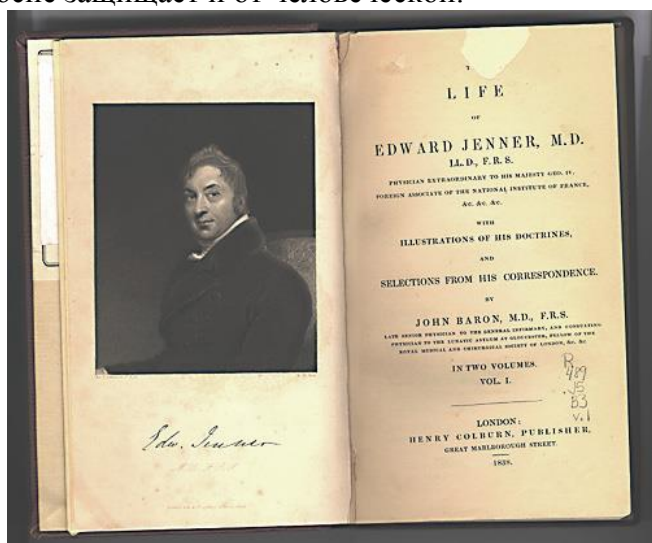
В 1725 г. Монтэрю принес этот метод в Европу. Несмотря на отчаянное сопротивление духовенства, вариоляция нашла самое широкое распространение во Франции, Германии и других странах Западной Европы. После официального постановления Сорбонны (прежде всего религиозного, а уже гораздо позже чисто учебного заведения), гласящего "То, что может быть полезно людям, не является оскорблением для Бога", сопротивление духовенства было преодолено. Были совершены многочисленные попытки перенести идею вариоляции на другие заболевания - скарлатину, дифтерию и др., впрочем безуспешные. Вскоре общий восторг вариоляцией сменился охлаждением к этой идее. В Европе вариоляция применялась вплоть до 1840 г. (Англия). Несомненная польза идеи вариоляции состояла в подготовке почвы для идеи вакцинации, провозглашенной Эдвардом Дженнером.

Несколько врачей до Дженнера сообщали о том, что вариоляция, т.е. прививка натуральной человеческой оспы переболевших коровьей (!) оспой не приводит к заболеванию. Другое анонимное сообщение в немецком научном журнале в 1769 г. гласит, что скотоводы, переболевшие коровьей оспой, считают себя в полной безопасности от человеческой оспы.

Но только Дженнер догадался, что перенесенная коровья оспа является защитой от человеческой и что прививать нужно не человеческую, а именно коровью оспу. Последовал блестящий классический публичный опыт с вакцинацией человека (мальчика Джемса Фиппса) коровьей оспой с последующей безуспешной попыткой заразить его оспой человеческой. Так и появился на свет термин вакцинация от латинского *vacca*, то есть "корова".



В 1796 г. Дженнер на 75 страницах излагает свои 25-летние наблюдения о вариоляции и о том, что иммунитет к коровьей оспе защищает и от человеческой.

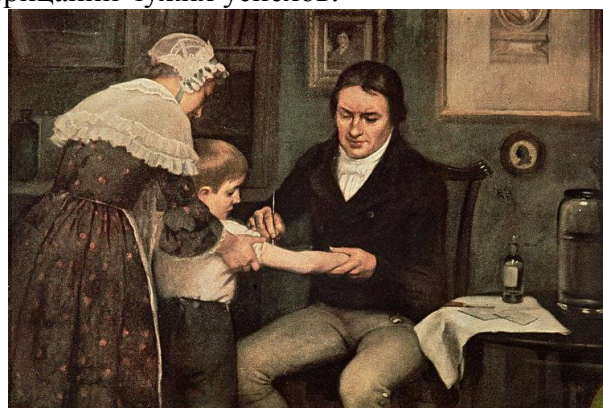


Эта работа стала повсеместно известной, в течение последовавших 2-х лет по методу

Дженнера в Европе было привито 100000 человек. В 1800 г. Дженнер был представлен английскому королю, а в 1801 была выбита медаль в его честь. В 1802 г. Дженнер получил награду от парламента в 10000 фунтов (судя по всему, астрономическая тогда сумма) и позже еще одну - 20 000 фунтов.

Но не все шло так гладко и с самых первых шагов вакцинации появились и оголтелые ее противники, обвинявшие Дженнера во всех смертных грехах, отрицавшие пользу вакцинации, публиковавшие пасквилы на Дженнера и его метод. Судите сами: "Прививки коровьей оспой приведут к вырождению рода человеческого в коров". Как это похоже на современных противников вакцинации!

По всей видимости, вакцинация и ее противники - это как два полюса магнита, которые существовали, существуют и будут существовать всегда, причем методы последних не претерпят существенного изменения. Люди, неспособные на свои собственные идеи, делали и будут делать попытки сделать себе имя на отрицании чужих успехов.



Что ж, история ставила и ставит все на свои места и сейчас уже никто не помнит имен тех противников, а имя Эдварда Дженнера, спасшего миллионы жизней, будут вспоминать многие поколения благодарных потомков. Выражаем свою благодарность и мы.

Главный государственный санитарный врач по Скопинскому, Милославскому, Кораблинскому районам Рязанской области Михайлюк Е. А.

Иллюстрации из:

S. Plotkin, et al. Vaccines, 3rd ed., 2000

Understanding Vaccines, US Dept. of Health and Human services, NIAID, 1998

Очередная победа наших молодых коллег.

В мае 2014 года стартовал региональный конкурс «Молодой врач года - 2014».

Конкурс проводится ежегодно Рязанским областным советом молодых врачей при поддержке министерства здравоохранения Рязанской области и министерства молодежной политики, физической культуры и спорта Рязанской области и Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации.

Данный конкурс необходим для поддержки молодых врачей Рязанской области, активно совершенствующих свои профессиональные навыки, ведущих научно-исследовательскую деятельность, участвующих в общественно-политической жизни Рязанской области.

В конкурсе могли принять участие врачи, работающие в лечебных учреждениях г. Рязани и Рязанской области, ассистенты, аспиранты, клинические ординаторы и интерны клинических кафедр Рязанского медицинского университета имени академика И.П. Павлова в возрасте до 30 лет включительно.

В рамках Конкурса учреждены следующие номинации:

«Лучший молодой специалист терапевтического профиля»;

«Лучший молодой специалист хирургического профиля»;

«Лучший молодой стоматолог»;

«Лучший молодой детский врач»;

«Лучший молодой специалист психоневрологического профиля»;

«Лучший молодой врач первичного звена».

В номинации «Лучший молодой специалист хирургического профиля» могли принять участие врачи различных хирургических специальностей: хирург, колопроктолог, уролог, акушер-гинеколог, офтальмолог, оториноларинголог, эндоскопист, травматолог-ортопед, онколог и др.

В 2014 г. – представителем ГБУ РО «ГКБ №8» на конкурсе «Молодой врач года - 2014» в номинации «Лучший молодой специалист хирургического профиля» по решению администрации больницы была заявлена Збарская О. М., врач акушер-гинеколог 5 гинекологического отделения.

3 июня 2014 года в Министерстве молодежной политики, физической культуры и спорта Рязанской области состоялось заседание членов жюри конкурса на звание «Молодой врач года – 2014».

В заседании приняли участие заместитель министра здравоохранения Рязанской области Олег Митин, председатель областной организации профсоюза работников здравоохранения Татьяна Степанова, заместитель министра молодежной политики, физической культуры и спорта Рязанской области Дмитрий Боков, ректор РязГМУ Роман Калинин, председатель РРОО «Врачебная палата» Олег Нагибин, главный врач ОДКБ Татьяна Панфилова и председатель регионального совета молодых врачей Илья Симонов. Каждый кандидат оценивался по следующим основным критериям: научная деятельность, активность общественно-политической деятельности и профессиональный рост за последние три года



По итогам заседания сотрудник ГБУ РО «ГКБ №8» - Збарская О. М. стала победителем в заявленной номинации. Торжественное награждение победителей конкурса «Молодой врач года — 2014», дипломами и ценными призами,

пройдет в рамках мероприятия, посвященного Дню медицинского работника 10 июня 2014 г. в Концертном зале им. Есенина Рязанской филармонии.

Школа молодого специалиста:
Оксана Збарская
Наталья Брума



ПАМЯТКА ВХОДЯЩЕМУ

Знайте! В этот кабинет
В шапках куртках входа нет.
Шерсть с платков и пыль с сапог –
Это злой стафилококк.

В кабинет заходишь смело,
«Здрасьте» - говоришь налево.
А направо, есть крючок –
Там повесишь свой мешок.

В кресло сел, сиди спокойно.
Не волнуйся не кричи,
И веди себя достойно,
Здесь работают врачи!

Без вниманья не оставят,
Удалят, зашьют, и вправят,
И отправишься домой.
Пусть беззубый, но живой!!!

По мнению больных, врач давший
какую то там клятву должен:

1. Жить бедно;
2. Работать бесплатно;
3. Работать 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году;
4. На работе не есть, не спать, не отдыхать;
5. Оказывать помощь не просто быстро, а мгновенно и на 100% эффективно;
6. Прислушиваться к рекомендациям больного по лечению, так как пациент умнее врача;
7. Принимать других больных быстро, а его подольше;
8. При лечении в стационаре обязательно прокапать.





- Доктор, помогите. Каждый день мой
кишечник начинает бурлить
в 8 утра и так сказать срабатывает.
- Ну и что в этом плохого?
- Да, но я встаю не раньше 9-ти.



На медосмотре врач замечает у мужчины
лобковых вшей.

Доктор: Вы знаете что у Вас лобковые вши?

Пациент: Знаю.

Доктор: А чем Вы их лечите?

Пациент: Ничем, они у меня не болеют.



Пациент пришел к доктору и говорит: "Доктор,
мне жена изменяет, а рога не растут".

Доктор: "Да они и не должны расти, это все
сказки..."

Пациент: "А Вы уверены?"

Доктор: "Абсолютно"

Пациент: "Ну спасибо, утешили, а то я думал
кальция не хватает".



- Доктор отчего лучше умереть: от сифилиса
или дизентерии?

- Лучше умереть мужчиной чем засранцем.

- Доктор что за идиотское назначение Вы мне
сделали?

- Что ж тут идиотского: принять на ночь 2
таблетки аспирина и
горячую ванну...

- Ладно аспирин, но ванну! После первых 10
литров меня вырвало.

Подборку подготовил С. Николаев.

Хрустальная колыбель России.

Среди сосновых боров и березовых рощ на быстрой речке Гусь стоит город Гусь-Хрустальный – столица русского хрусталя. Ныне Гусь-Хрустальный – признанный центр отечественного стеклоделия.



Наши предки умели варить стекло еще до Рюрика. А начиная с 11 века, древнерусские мастера своим усердием и талантом подняли это привычное дело до вершин настоящего искусства. На то он и мастер русский, что лежит у него на душе мечта – сделать такую знатную вещь, какую никто прежде не делал, чтобы жизнь свою смыслом, а землю родную – красотой наполнить. Так, во время раскопок в Киеве и Костроме в археологических слоях 11-13 веков были обнаружены большие стекольные мастерские, во Владимире найдены осколки окон Дмитриевского собора 12 века. Расцвет стеклоделия оборвало монголо-татарское нашествие.

Только в 1639 году в России вновь появился стекольный завод в селе Духанино Московского уезда и другие стекольные заводы, крупнейшим из которых был Покровский завод в Московской губернии. Здесь и началась блистательная история «стекольной империи» династии Мальцовых – признанных лидеров русской стекольной промышленности на протяжении двух последних столетий.

В 1756 году орловский купец Аким Мальцов облюбовал мещерские леса и основал во Владимирском уезде Московской губернии хрустальную фабрику, с постройки которой началось бурное развитие российского

стеклоделия, которое стало уникальным явлением художественной культуры Владимирской земли.



Полтора столетия Гусевская хрустальная фабрика принадлежала дворянскому роду Мальцовых, которые не только заложили основу самобытной школы русского стекла, но и стояли у истоков создания уникальной коллекции Музея хрусталя им. Мальцовых.



Один из лучших музеев отечественного стекла органично вписался в интерьер великолепного памятника архитектуры – Георгиевского собора, построенного в 1892-1903 годах по проекту профессора Л.Н. Бенуа, который писал: «В этот храм я вложил все, что мог, и, может быть, он останется лучшим из моих творений». Внутренний облик храма – это единое открытое пространство в форме базилики с коллонадой из черного лабрадорита, мозаикой и огромным живописным полотном на западной стене.

Это «Страшный суд» кисти В.М. Васнецова, вызывающий особый интерес специалистов и любителей искусства. Грандиозное по своим размерам полотно 7 на 7м считается лучшим из церковных произведений художника.



Сегодня здесь открыт уникальный музей хрусталя – лучший в России. Эта исключительность заключается не только в количестве хранящихся здесь произведений декоративно-прикладного искусства, но и в удивительной полноте, цельности и многообразия музейной коллекции. На ее примере можно проследить историю развития отечественного стеклоделия от самых истоков, начиная со второй половины 18 века до наших дней, а также составить представление о том, как это происходило в Европе. Из самых ранних экспонатов в музее хрусталя особо радуют глаз подарочные кубки – ценнейшие образцы русской гравировки 18 столетия. Прозрачное стекло украшают сотканые из тончайших узоров живописные картины охоты на медведя или любовное объяснение. Все они переносят зрителя в «золотой век» Екатерины – время бушующих страстей и пышных театрами званых зрелищ. Все эти картины создавались с помощью крошечного – с булавочную головку – медного колесика, насаженного на вращающийся стержень. В начале 19 века фаворитом гусевских стеклоделов становится хрусталь – последнее веяние мировой моды. Позаимствовав у англичан исходный материал, научившись премудростям его обработки, мальцовские мастера сумели создать свое, чисто русское искусство.

Врезается острозаточенный абразив в стекло, постепенно углубляясь, и оставляет бороздку – алмазную грань, вспыхивающую и искрящуюся на солнце, как настоящий бриллиант, - некоторые рожденные на Гусевском

заводе узоры сами стали классикой стеклоделия – «мальцовская грань».



В конце 19 столетия пришло мировое признание. На всемирной выставке в Чикаго Ю.С.Нечаеву-Мальцову вручена бронзовая медаль за серию посуды в «восточном вкусе» и Гран-при в Париже. Необыкновенной красоты букет из стеклянных цветов, сделанный мастером Разумеем Васильевым для своей больной дочери, стал одним из самых интересных экспонатов выставки.



Необычна история открытия цветного стекла. Необычные оттенки зеленого и желтого цвета придают хрусталь урановые красители, впервые открытые богемским мастером Францием Ридлем. Он назвал изобретения именами своих дочерей: «Анна-гельб» и «Элеонора-грюн», что соответствует желтому и зеленому урановому стеклу. Так желтое и зеленое урановое стекло называют в мире до сих пор. Несмотря на то, что сам уран смертельно опасен, изделия из уранового стекла для здоровья безвредны.

Коллекция уранового стекла Музей хрусталя – одна из самых интересных в стране и хорошо известна за ее пределами.



Хрусталь и стекло малиновых оттенков своим мерцанием напоминает драгоценный камень и называется «золотой рубин». Его получали, добавляя в стекольную основу золото, растворенное в смеси соляной и азотной кислот. Способ получения «золотого рубина» изобрел немецкий алхимик Иоганн Кункель в 17 веке, но так и не поделился тайной его изготовления, унеся секрет в могилу. Только через 100 лет «золотой рубин» вновь открыл русский ученый М.В. Ломоносов.

Мальцовы ревностно следили за достижениями в области мирового стеклоделия и старались не отстать от мировой моды. На завод в качестве образцов для подражания привозились изделия ведущих европейских фирм – «Баккара», «Галле», «Вдова Летц». Так, не хуже именитого француза Эмиля Галле в начале века они научились делать из многослойного стекла серебристо-фиолетовые и золотисто-коричневые вазы, вытравливая на них кислотой пейзажи, окутанные цветным туманом.



Очень интересна коллекция и современного стекла. В городе живет огромное количество талантливых заслуженных и народных художников, лауреатов, академиков, есть даже свой, действительный член Российской Академии художеств – В.С. Муратов.

В Гусе-Хрустальном живут династии граверов, алмазчиков, стеклодувов и других профессий, связанных с производством стекла и хрусталя. Здесь ремеслу учат с детства. В.С. Муратов, Е.И. Егоров, В.В.Корнеев, В.С.Зайцев, В.И.Касаткин, О.И.Козлова, А.С. Курилов, Р.Н. Аксенов – не только фамилии местного значения, но имена-легенды всего отечественного стеклоделия.

В 1983 году местными мастерами В.С. Муратовым и В.И. Касаткиным была сделана необыкновенная композиция «Гимн стеклу», возвышающаяся в алтарной части музея хрусталя и сделанная из тонких металлических прутьев,



увенчанных хрустальными цветами, колокольчиками и птицами. Общий вес этого уникального произведения около тонны. Но смотрится оно легким и воздушным.

В январе 2002 года музей хрусталя посетил Президент России В.В. Путин. В качестве подарка ему преподнесли хрустальную композицию «Владимирские кони». При производстве данного хрустального произведения использовались цвета российского флага.

После знакомства с уникальными творениями гусевских мастеров в интерьере величественного собора он оставил запись в книге отзывов: «Уникальный музей, уникальные люди!»



Необыкновенные впечатления о поездке в Гусь-Хрустальный остались и у нас, членов туристической группы из г.Рязани, посетивших этот чудесный город. С большим интересом прослушали чудесный рассказ о хрустальных произведениях, талантливых мастерах города Гусь-Хрустальный.



Накупив сувениров, буклетов, фотографий со знаковыми хрустальными изделиями и даже самих изделий их гусевского хрусталя, мы, счастливые и умиротворенные от увиденной красоты, возвратились домой.



Хорошо, что с нами были дети. Это очень важно – с малых лет видеть красоту окружающего мира.

...Течет хрустальная река, бежит вслед за временем, уплывая в будущее, завораживая своим сиянием.

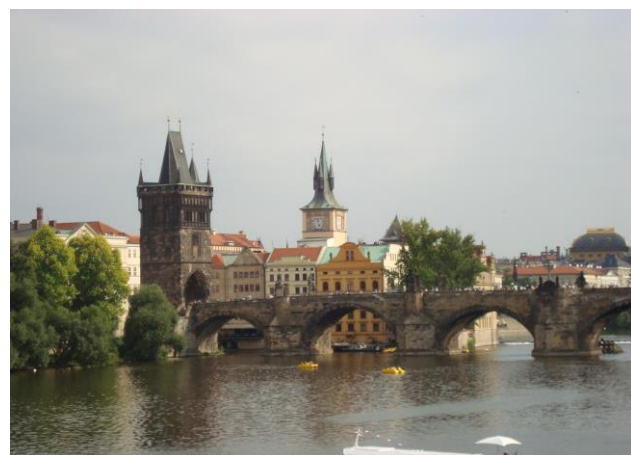
Из глубины веков нам светит искусство мастеров. Благою весть несут художники, передают традиции как завещание, как эстафету добра – чтобы приумножить добро среди людей.



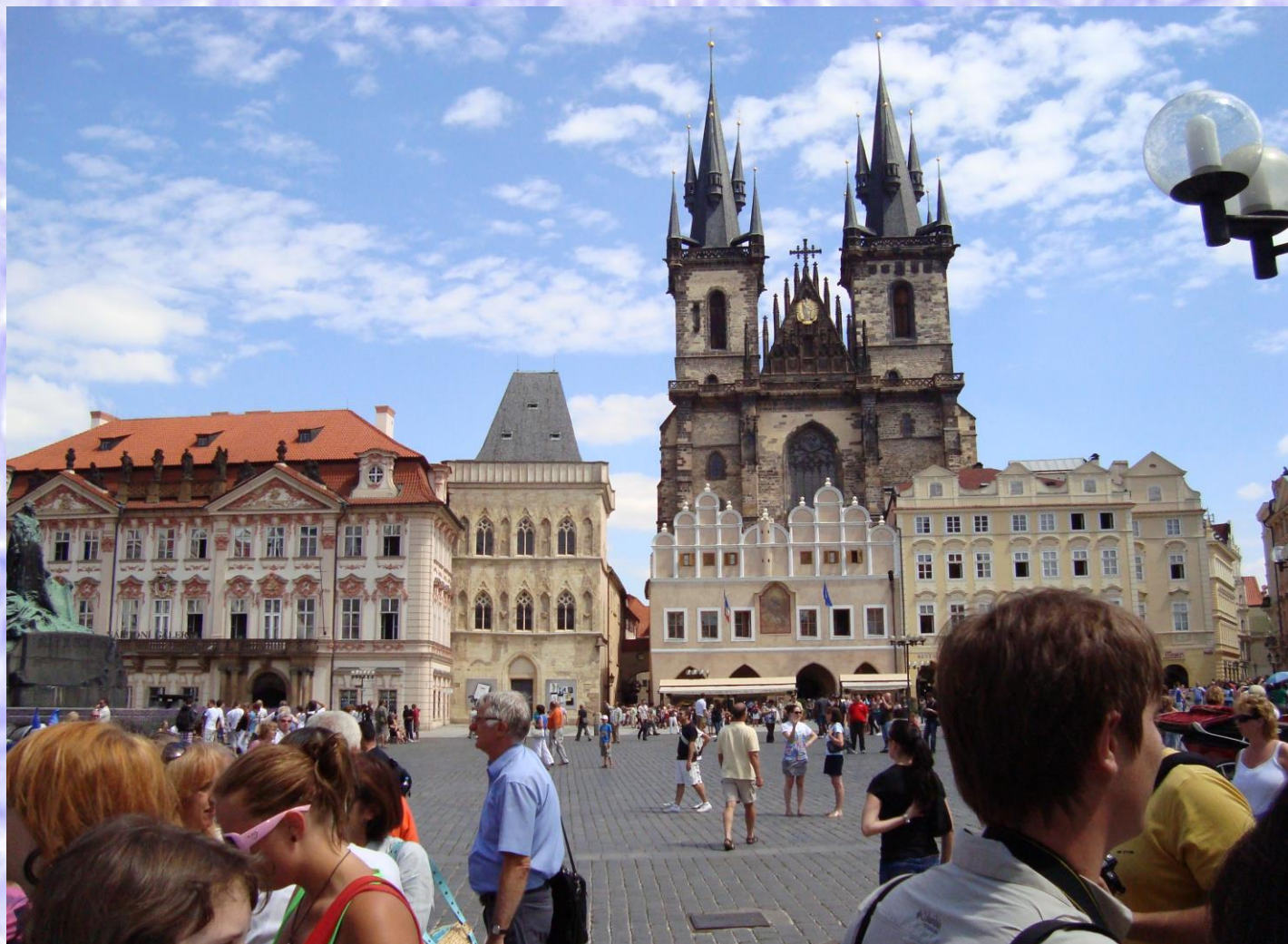
Счастлив мастер, чье присутствие в мире ощущается благотворно. Счастлив, кто своим искусством утверждает: человек не бабочка-однодневка – он часть своего рода, своей родины. И, значит, всем нам суждено продолжать красоту русскую.

Материал подготовила: Гаврилова Е.А.
Фотоматериалы: Наталья Стеклова
Сергей Николаев.

Чешские зарисовки сельского педиатра.



Фотоматериалы предоставила врач педиатр Ирина Аникина.



Номер подготовили:

Главный и технический редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н., редактор Сомова Е. Н.

Редакционная коллегия: А. И. Мирон, А. В. Маркин, И. В. Чулкова, Н.И. Брума, Л.С. Лачёва, И.Б. Глуховец, С.В. Бондаренко, Е.А. Гаврилова, О.М. Збарская.

Фотоматериалы предоставили: С. Николаев, Н. Стеклова, И.Б. Глуховец, И.Ю. Аникина.

В номере так же использованы материалы интернет сайтов www.Gynecologia.ru, www.mbrsm.ru, www.anekdot-rus.ru, www.anekdot.yoops.ru, www.anekdotybase.ru

Отдельно редакционная коллегия поздравляет с днём медицинского работника и благодарит за предоставленные материалы:

Главного государственного санитарного врача по Скопинскому, Милославскому, Кораблинскому районам Рязанской области Михайлюка Е. А., врача педиатра Мурманской УБ Аникину И. Ю.

Спонсорами данного выпуска являются: Бондаренко С. В., Ананьина В. П., Николаев С. Н., Каминская С. В., Голофаст О. Е.

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