



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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

**С Днем
медицинского
работника
Вас!**



Выпуск №20, июнь 2016

СОДЕРЖАНИЕ

История развития третьего гинекологического отделения	2
Преподобный Ипатий Печерский Целебник	6
Рутинная практика современных перинатальных технологий: миссия не выполнима?	7
Путешествие по музеям Подмосковья	10
Возможности лапароскопической гистерэктомии у пациенток с ожирением	12
Аксанова Сания Назибовна	14
Адгезиология: наука и практика	16
Букин Борис Иванович	19
Скопин	20
Х (XXVI) ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЙ ПИРОГОВСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ	25
Юмористическая рубрика	28
Вольпертингер. Легенды живут	30

С ДНЕМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА!

От всей души и с большим уважением поздравляем Вас коллеги, с профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Сегодня наша отрасль, в очередной раз, стоит на пороге перемен, и возможно на новой ступени развития национальной системы здравоохранения, оптимизация, которая призвана решить сложные вопросы Российской медицины, должна благотворно повлиять на организацию качественного медицинского обслуживания нашего населения.

Сейчас мы переживаем нелегкие времена преобразований, которые, несмотря на хроническое недофинансирование, требуют от всей медицинской общественности ежедневной кропотливой работы над выполнением поставленных правительством РФ задач! И при этом медики продолжают выполнять свою высокую миссию: заботиться о самом ценном, что есть у человека, — его здоровье. Благодаря Вашему профессионализму, невероятным усилиям, личной ответственности и гражданской позиции наше население обеспечено медицинской помощью высокого класса, которая сочетает достижения науки с искренней заботой и беспокойством за здоровье каждого пациента.

Медицинский работник — гораздо больше, чем просто профессия. Это еще и особый тип мышления, душевной организации, в основе которой — стремление помогать людям. Конечно, современная медицина обладает поистине фантастическими возможностями. Но в отличие от других сфер деятельности человека в медицине невозможно добиться успеха только за счет применения новейшего оборудования и передовых технологий. Потребность наших пациентов в сочувствии, заботе, душевном тепле никогда не исчезнет. А это значит, что всегда будут необходимы такие специалисты как Вы, воспитанные в лучших традициях классической русской медицины, обладающих истинной честью и высокой гражданской ответственностью, нравственностью и интеллигентностью, трудолюбием и профессионализмом. Верим, что эти ваши качества будут только приумножаться и в дальнейшем служить на благо русского народа.

В этот праздничный день, как и всегда, теплых слов и благодарности заслуживают все, без исключения

сотрудники клиники, без кого невозможно представить её работу: врачи, работники кафедры акушерства и гинекологии, ординаторы, интерны, ветераны здравоохранения, медицинские сёстры, санитарки, административные сотрудники, сотрудники бухгалтерско-экономической и хозяйственной служб, вспомогательный персонал. Всех Вас мы поздравляем с профессиональным праздником и желаем Вам, Вашим семьям, Вашим пациентам крепкого здоровья, безграничных жизненных возможностей, семейного уюта и искреннего уважения близких, коллег, общества!

И в заключении хотим подарить Вам следующие строки:

Господь нас создал без изъяна,
В земном подобии своём...
Но мы сжигаем силы рьяно,
И плоть свою на части рвём!..

И что бы с нами было, Боже,
Когда, лютуя сгоряча,
Не знали б мы, что с нами всё же —
Не зря ты сотворил ВРАЧА!

От терапевта до хирурга,
К медсёстрам и профессорам,
Как в лучших пьесах драматурга,
Мы бесконечно верим Вам...

Впускаем в жизнь свою и в душу,
В бессильную, немую плоть...
Ваш дар нам как спасенье нужен,
Пусть помогает Вам Господь!

Он дал ВРАЧУ частицу искры,
Что б облегчить суровый час,
Врач Бога чтит, а не министра,
В свои он силы верит, верит в НАС!

Латая раны и увечья,
За часом час, за годом год...
Живёт в нём сила человечья,
И сам Господь в руках живёт!

А он не мирится с природой,
С судьбой людской, что как палач...
Кроит нам бренную свободу
Благословенный Богом ВРАЧ!

*Главный врач Александр Миров,
главный редактор Сергей Николаев.*

*В поздравлении использовано
произведение Ronny in Roses
«Ода врачу» с сайта www.domstihov.ru*

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРЕТЬЕГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

После создания в Рязани, в 1960 году, городской больницы №8, расположенной по адресу улица Конюшенная (ныне Каширина) дом 6 (здания бывшей женской исправительно-трудовой колонии), происходило постепенное наращивание коечного фонда и расширение этой медицинской организации. В 1964 году на базе больницы был развернут родильный дом №1. В декабре 1965 года развернулось специализированное гинекологическое отделение на 100 коек, и к началу 1966 года в больнице насчитывалось уже 300 коек. В феврале 1967 года, под руководством нового главного врача — Сани Назибовны Аксановой, начал создаваться единый центр акушерско-гинекологической помощи. В восьмую больницу были переведены гинекологические отделения из больницы №2. В январе 1969 года во втором корпусе клиники были развернуты еще 2 гинекологических отделения по 60 коек в каждом. Одно из них третье отделение. Первой заведующей отделением №3 стала Валентина Васильевна Барыкина, а первой старшей сестрой Мария Егоровна Голынникова (о них мы рассказали в прошлом выпуске журнала). К началу 1969 года в больнице насчитывалось 400 коек. Больница стала крупным специализированным учреждением акушерско-гинекологического профиля, методическим центром для врачей акушеров-гинекологов города и области.

Первый состав сотрудников третьего отделения стал по сути звёздным, имена этих врачей и медицинских сестер до сих пор являются синонимами мастерства в профессии, эталоном гуманизма и замечательных личностных качеств.



Валентина Васильевна
Барыкина



Мария Егоровна
Голынникова

Барыкина Валентина Васильевна — заведующая отделением, врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения Российской Федерации.

Гамаюнова Татьяна Викторовна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения, заслуженный врач Российской Федерации (впоследствии заняла пост заведующего четвертым гинекологическим отделением, секретаря парткома учреждения).

Ивлева Надежда Андреевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории (впоследствии заняла пост заведующего третьим гинекологическим отделением)

Упорова Алла Ивановна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории (впоследствии заняла пост заведующего вторым гинекологическим отделением, председателя месткома учреждения).

Средний медицинский персонал:

Голынникова Мария Егоровна — старшая медицинская сестра отделения.

Максимова Татьяна Ивановна; Белоусова Людмила Михайловна; Кузнецова Анна Федоровна; Гризо Валентина Гавриловна; Намочилина Антонина Михайловна; Мишкина Татьяна Ивановна; сестра хозяйка Титова Валентина Григорьевна

Надежда Андреевна Ивлева

Родилась Надежда Андреевна 11 сентября 1935 года в селе Троицкое Спасского района Рязанской области.

Сразу после окончания средней школы (в 1953 году) она поступила в Рязанский медицинский институт имени ак. И. П. Павлова. Окончив его в 1959 году по специальности лечебное дело, была принята на работу в городскую больницу №4 Рязани, в здравпункт завода электронных приборов.

В 1964 году доктор Ивлева поступила в клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии РМИ, по окончании которой, в 1966 году, была принята на работу в городскую клиническую больницу №2 на должность врача акушера гинеколога. А с 1967 года стала работать в рязанском родильном доме №1, который располагался на территории восьмой больницы.

В январе 1968 года Надежда Андреевна была переведена для работы в третьем гинекологическом отделении городской больницы №8. На новом месте работы, как грамотный специалист и организатор, Надежда Андреевна была назначена на должность заведующей гинекологическим отделением №3.

На этом месте доктор Ивлева бессменно проработала вплоть до 2007 года. Она посвятила медицине в общей сложности 54 года, а акушерству и гинекологии 43 года. За время её работы в отделении стали применяться новые методы лечения больных. Под её руководством отделение получило специализацию — «Отделение воспалительных заболеваний женской репродуктивной сферы и прерывания беременности по медицинским показаниям».

Доктор Надежда Андреевна Ивлева — врач акушер гинеколог высшей категории, за время своей

работы была неоднократно награждена грамотами и благодарностями администрации больницы, городского и областного отделов здравоохранения, и до настоящей поры занимает достойное место среди примеров человеческого трудолюбия и чистоты души. Медики, кому посчастливилось работать рядом с ней, могут по праву считать себя прикоснувшимися к истории.

В настоящее время Надежда Андреевна находится на заслуженном отдыхе.

Вместе с Надеждой Андреевной, в отделении, трудились одни из лучших специалистов клиники. За время своего руководства доктор Ивлева помогла сформироваться целой плеяде замечательных врачей акушеров гинекологов:

Громова Вера Валентиновна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории (*впоследствии заняла пост заместителя главного врача по лечебной работе, имеет государственные награды*);

Виденина Галина Константиновна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории (*сейчас на заслуженном отдыхе*);

Гаврилова Елена Анатольевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории;

Богдан Александра Владимировна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории;

Сидоренко Варвара Васильевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории (*в настоящий момент заняла пост руководителя отдела экспертизы и статистики клиники, а так же работает врачом акушером гинекологом дневного стационара первого отделения*);

Пружинина Валентина Николаевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории, имеет государственные награды;

Мезин Вячеслав Яковлевич — кандидат медицинских наук, врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории, в настоящее время работает врачом акушером гинекологом дневного стационара третьего отделения.

Зотова Галина Анатольевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории;

Прудан Наталья Валерьевна — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории.

Климентовский Михаил Михайлович — врач акушер гинеколог высшей квалификационной категории.

И многие другие специалисты.

Алла Ивановна Упорова

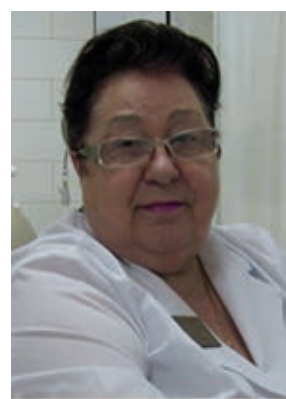
Алла Ивановна Упорова родилась 27 мая 1940 года в посёлке Белоомут Луховицкого района Московской области.

По окончании средней школы Алла Ивановна поступила на лечебный факультет Рязанского медицинского института имени академика И. П. Павлова, который и окончила в 1963 году. После этого — клиническая ординатура на базе этого же ВУЗа по специальности акушерство и гинекология с 1966–68 гг.

По окончании ординатуры длительное время (*более 14 лет*) работала врачом акушером-гинекологом в 3 гинекологическом отделении Городской клинической больницы №8. Там Алла Ивановна приобрела большой



Надежда Андреевна
Ивлева



Алла Ивановна
Упорова

опыт работы по специальности, заслужила уважение и любовь своих коллег, и пациенток больницы, авторитет администрации клиники. А в 1985 году, проявив себя грамотным специалистом и талантливым организатором, возглавила молодое, но очень быстро развивающееся отделение ургентной гинекологии (*сейчас — 2 гинекологическое отделение*) и руководила им до 2007 г. В общей сложности доктор Упорова посвятила профессии врача более 50 лет, а больнице №8 32 года.

Доктор Упорова неоднократно была отмечена различными наградами от администрации больницы, городского и областного отделов здравоохранения, она была награждена знаком отличник здравоохранения РФ. А в 2002 г. за достижения в работе и огромный вклад в избранной специальности присвоено звание — заслуженный врач Российской Федерации. Подготовив не одно поколение врачей в акушерстве и гинекологии, Алла Ивановна завершила работу в оперативной гинекологии в 2000 году. Однако, до настоящего времени заслуженный врач РФ продолжает активно работать в амбулаторной гинекологии, помогая женщинам Рязани и области.

Вера Валентиновна Громова

Родилась Вера Валентиновна 13 июля 1951 года в городе Рязске Рязанской области.

С 1969 по 1975 год училась в РМИ им. ак. И. П. Павлова на лечебном факультете, а в 1976 году окончила интернатуру по специальности акушерство и гинекология.

По окончании обучения Вера Валентиновна была зачислена врачом в родильный дом №1, который располагался на территории городской больницы №8, там она проработала 2 года.

В 1978 году доктор Громова была принята на работу в 3 гинекологическое отделение городской клинической больницы №8, где проработала врачом акушером гинекологом до 2007 года.

В 2007 году, зарекомендовав себя высококлассным специалистом своего дела, грамотным организатором и человеком с высокими моральными качествами, Вера Валентиновна была назначена на должность заведующей гинекологическим отделением №3. За время работы на этом посту, доктор Громова много сделала для развития материально технической базы отделения,



*Вера Валентиновна
Громова*



*Татьяна Викторовна
Гамаюнова*

находила благотворителей, которые выделяли средства, для проведения ремонта помещений отделения, покупала медицинскую мебель и бытовую технику, и мебель в палаты. Активно обучала молодых врачей.

Работая заведующей отделением, Вера Валентиновна подтвердила свои организаторские качества, и 2010 году назначена на должность заместителя главного врача по лечебной работе. На этой должности она проработала 5 лет. В настоящий момент Вера Валентиновна Громова работает врачом акушером гинекологом в своём родном третьем отделении, активно передовая свой бесценный профессиональный опыт молодым врачам акушерам гинекологам. Её работа не осталась незамеченной. Вера Валентиновна имеет награды и поощрения администрации больницы, МЗ Рязанской области, и Министерства Здравоохранения Российской Федерации, и конечно же благодарность пациенток, которым доктор Громова подарила здоровье и возможность стать мамой.

Татьяна Викторовна Гамаюнова

Родилась 3 октября 1932 года.

С 1950 по 1956 год училась на врача лечебника в Рязанском медицинском институте.

По окончании, которого была направлена в Якутскую АССР Оймяконский район Центральную районную больницу посёлка Усть-Нера. Работая в Якутии, Татьяне Викторовне приходилось заниматься самыми разнообразными аспектами медицины, начиная от санитарно-эпидемиологического благополучия местного населения и борьбой с трахомой и туберкулёзом, заканчивая акушерством гинекологией, хирургией, и реанимацией. Там молодой врач Гамаюнова отработала вплоть до 1968 года, приобретая неоценимый опыт общения с самыми разными людьми и опыт врачебной работы, который вряд ли можно было приобрести, работая в условиях города.

По возвращении в Рязань, Татьяна Викторовна, поступила на работу в только что созданное третье гинекологическое отделение восьмой городской клинической больницы, на должность врача акушера гинеколога. Зарекомендовав себя высококлассным специалистом, в 1978 году Татьяна Викторовна была назначена заведующей новым отделением №4, отделением гинекологической эндокринологии, где и проработала по 1991 год.

Врач акушер гинеколог высшей категории, отличник здравоохранения, заслуженный врач Российской Федерации, секретарь коммунистической партийной организации учреждения — вот далеко не полный перечень заслуг врача Гамаюновой. Но главная её заслуга, это не просто сохранение жизней и здоровья рязанских женщин, но ещё и возможность рождения детей.

Посвятив медицине 65 лет своей жизни, а городской клинической больнице №8 47 лет, Татьяна Викторовна до сих пор остаются в строю. Она работает врачом акушером гинекологом гинекологического отделения №4, активно занимается общественной деятельностью, делится своим богатым опытом с молодыми докторами, и продолжает оказывать высококвалифицированную помощь пациенткам клиники.

На современном этапе третье гинекологическое отделение продолжает своё развитие. В 2008 году отделение было переведено на третий этаж третьего корпуса больницы, за счёт средств благотворителей была отремонтирована часть помещений, начата замена медицинской и бытовой мебели. В этот период отделением руководили Заведующая В. В. Громова и старшая сестра Ольга Владимировна Кузнецова. Родилась она в 1971 году в городе Кораблино. Закончив 8 классов школы, Ольга Владимировна решила связать свою жизнь с медициной и поступила в Рязанское медицинское училище, которое окончила в 1989 году. С 1989 по 1998 год она работала медицинской сестрой в ГКБ №10, а затем была принята на работу в нашу клинику. Отработав 10 лет медицинской сестрой отделения №3, проявив себя только с положительной стороны, Ольга Владимировна была назначена старшей сестрой своего отделения. Она проработала на этой должности до 2013 года, а затем стала старшей сестрой отделения №2. С 2014 года Ольга Владимировна работает главной медсестрой Клиники «Мать и дитя».

С 2010 года руководить отделение стал врач акушер гинеколог высшей категории С. Н. Николаев, а в 2013 году сменилась старшая сестра, ею стала И. Б. Амелина. В 2011 году, за счёт государственной программы модернизации в здравоохранении полностью закончен, начатый ранее, ремонт отделения с полной заменой коммуникаций, за счёт денег спонсоров полностью заменена бытовая мебель для пациенток и персонала. Постоянно продолжается обновление парка современного медицинского оборудования, внедряются новые медицинские технологии.

Третье гинекологическое отделение остаётся кузницей кадров нашей клиники. В нём начинали работать многие молодые перспективные врачи акушеры гинекологи: Климовская Е. В. — кандидат мед наук (*сейчас сотрудник центральной Кремлёвской больницы*); Приступа Е. М. — кандидат мед наук, ассистент кафедры акушерства гинекологии РГМУ; Алёшкина О. М. (*сейчас специалист Минздрава области*); Антипова Е. Г. — врач акушер гинеколог первой категории и врач рентгенолог; врачи Збарская О. М., Брума Н. И., Зимина О. В., Сомова Е. Н., Лосева Ю., Решетилова А. В. и многие другие.

Подготовил С. Н. Николаев по архивным материалам ГБУ РО «ГКБ №8» и личным воспоминаниям сотрудников больницы

БУКИН БОРИС ИВАНОВИЧ

Букин Борис Иванович родился 8 апреля 1947 года в деревне Добринка Тамбовской области, где и прошло его детство. Маленький Боря не знал, что пройдет долгий трудовой путь, начиная с фельдшера до высокой должности главного врача городской клинической больницы №8.

После окончания школы в 1962 году Борис Иванович поступил в Сумское медицинское училище, после окончания, которого получил специальность фельдшера. В 1967 году Борис Иванович переезжает жить в город Рязань, где начинает свою профессиональную медицинскую деятельность фельдшера военной части №01855.

Проработав 3 года, он понимает, что должен помогать людям, но уже как врач. Борис Иванович готов к трудностям, победам и достижению целей. И в 1970 году поступает в Рязанский государственный медицинский институт на факультет лечебное дело. 6 лет он осваивает сложные медицинские науки, которые с успехом преодолевает. В 1976 году Букин Борис Иванович окончил медицинский институт, получив долгожданный диплом особого образца — диплом с отличием, с присвоенной квалификацией врач.

Свою трудовую деятельность в городской клинической больнице №8 Борис Иванович начинает, будучи студентом института с должности мед брата родильного отделения. Обучаясь на 6 курсе, он становится врачом-интерном городской клинической больницы №8.

После распределения по окончании интернатуры Бориса Ивановича направляют в Спасскую центральную районную больницу, где он работает всего 1 год в должности врача акушера-гинеколога.

Стремление к знаниям, трудолюбие «заставляют» Бориса Ивановича не останавливаться на достигнутом. 2 августа 1978 года Букин зачислен на должность врача-ординатора родильного отделения городской клинической больницы №8. Много сил, энергии и времени он отдает работе, ответственно относится к исполнению своих служебных обязанностей, внимателен к пациенткам. Никогда

не искал легкого пути, выбрав родильное отделение, более трудный участок работы в акушерстве и гинекологии.

За время работы в отделении Борис Иванович в полном объеме освоил всю акушерскую практику — ведение нормальных и осложненных родов, послеродового периода, овладел всеми акушерскими операциями. Помимо этого обладал прекрасными организаторскими способностями, неоднократно исполняя обязанности заведующего отделением, успешно справляясь с ними.

«Искусством о бабичьем деле» Борис Иванович владеет блестяще. О чем вспоминают его коллеги, ветераны 8 больницы. Гайдова Т.А.: «И человек он был замечательный, и врач, и руки у него были «золотые».

Усовершенствуя свои теоретические знания, и практические навыки, Борис Иванович систематически выступал с докладами и сообщениями на клинических конференциях, неоднократно выезжал в районы области для оказания высококвалифицированной помощи, консультирования больных. Занимался общественной работой, к которой относился серьезно и ответственно.

22 августа 1986 года приказом №38 отделом здравоохранения исполнительного комитета рязанского городского совета народных депутатов Букин Борис Иванович назначен временно исполняющим обязанности главного врача городской клинической больницы №8. Спустя 4 месяца 28 ноября того же года он утвержден на этой должности.

В 1989 году не без настойчивого влияния Бориса Ивановича начинает работать 2-ое гинекологическое отделение, в больнице развернуто 300 акушерско-гинекологических коек. Работает анестезиологическое отделение, открыты лаборатории иммунологического и гормонального профиля. Больница стала крупным лечебно-профилактическим учреждением, лечебно-методическим центром для врачей акушеров-гинекологов города и области.

Восемь сложных для страны лет Букин Борис Иванович занимал пост главного врача, самоотверженно отдавшись работе, защищая честь больницы.

Скончался Борис Иванович в январе 1995 года. Светлая память о нем останется в сердцах коллег, друзей, знакомых и тех, кому он помог обрести счастье материнства — главное счастье на земле, его пациенток.

*Материал подготовила Вера Давыдова,
на основании сведений архива ГБУ РО «ГКБ №8»
и воспоминаний сотрудников.*



Ваш навигатор в мире медицины



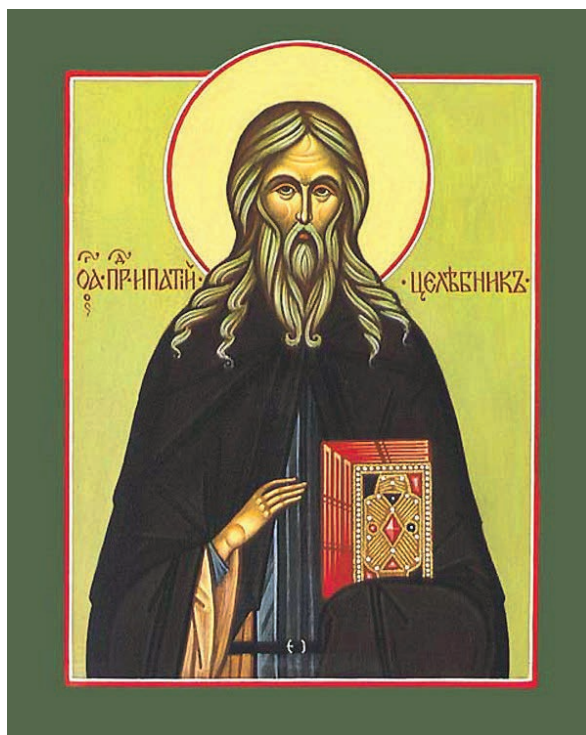
ПРЕПОДОБНЫЙ ИПАТИЙ ПЕЧЕРСКИЙ ЦЕЛЕБНИК

О преподобном Ипатии Печерском, целебнике сегодня известно немного. Но за несколькими предложениями жития святого стоит жизнь, полная самоотверженного служения больным, строгого подвижничества и любви к Богу.

Подвизался Преподобный Ипатий в XIV веке. Это было тяжкое для Руси время, когда после нашествия полчищ хана Батыя 1240 года «древний Киев исчез на века, ибо сия некогда знаменитая столица, мать городов Российских, в четырнадцатом и пятнадцатом веке представляла еще развалины». Так писал автор «Истории Государства Российского» Н. М. Карамзин. Подверглась жестокому разрушению и святая Киево-Печерская обитель. Дикие орды завоевателей не пощадили ни каменных монастырских стен, ни церкви Пресвятой Богородицы Печерской, ни людей. Кого убили, кого увели в плен. «Весь монастырь со всеми украшениями и каменными стенами до основания искорениша и разметаша». Но свет, о котором пророчествовал дошедший до этих мест святой апостол Андрей Первозванный, возсиял уже на Киевских горах, и его нельзя было погасить. По словам «Синописиса» Иннокентия Гизеля, «Если от злочестивого Батыя и в конечном разорение святая обитель Печерская пришла, и небу подобная церковь Успения Пресвятой Богородицы чрез многие лета пребывала в запустении, но в некоем приделе, уцелевшем от поганых, Божественныя службы страха ради совершались втайне. Черноризцы же по лесам и вертепам скитались...» Именно в это время преподобный Ипатий Целебник непрестанно трудился в послушании монастырском, днем ухаживая за больными, а ночами пребывая в молитве и мало когда принимая сна. Вкусал он только хлеб и воду, и то в небольшом количестве. Ипатий был строгим постником и молитвенником. Он служил преподобным отцам в их болезнях, а затем получил дар исцелять недужных одним прикосновением своих рук.

При усердном служении отцам в их болезнях сподобился преподобный Ипатий благодатного дара исцелять болезни. Страдавшие от разных недугов получали исцеление, прибегая к молитвенному заступничеству святого Ипатия. На нем исполнились слова преподобного Пимена Многоболезненного: «Равную награду будут иметь болящий и служащий тому».

К молитвенному заступничеству святого часто прибегают страждущие различными недугами. По вере и молитвам святого Ипатия к Господу происходит много чудесных исцелений. В молитве святому целебнику Ипатию Печерскому верующие просят о том, чтобы он поминал их в своих святых молитвах



к Богу, так как имеет дерзновение к Небесному Царю, высказывают веру в то, что он, хоть и преставился от нас телом, но и по смерти остается жив, а святая его душа у престола Вседержителя предстоит. Просят также, чтобы молился святой о пользе душ Всесильному Богу, об утверждении во благих делах, об исцелении больных и о том, чтобы все православные христиане чудесами исполнения исповедовали его как своего заступника. Одним из многих чудес преподобного было возвращение молока кормящим матерям.

По результатам антропологических исследований преставился преподобный в возрасте около 40 лет. Нетленные мощи преподобного Ипатия, врача и целебника, почивают в Феодосиевых (Дальних) пещерах Киево-Печерской лавры. И теперь, кто прибегает с верою в своих болезнях к его мощам, получает исцеление. Память его чтится 13 апреля, а также во 2-ю Неделю Великого поста (с Собором всех преподобных Киево-Печерских) и 28 августа (с Собором преподобных Киево-Печерских, почивающих в Дальних пещерах).



Молитва преподобному Ипатию Печерскому, целебнику

Молитва

О священная главо, преподобне отче, преблаженне авво Ипатие, не забуди убогих твоих до конца, но поминай нас всегда во святых и благоприятных молитвах к Богу: помяни стадо твое, еже сам упасл еси, и не забуди посещати чад твоих моли за ны, отче священный, за дети твоя духовныя, яко имеяй дерзновение к Небесному Царю: не премолчи за ны ко Господу, и не презри нас, верою и любовью чующих тя: поминай нас недостойных у Престола Вседержителя, и не престай моляся о нас ко Христу Богу, ибо дана тебе бысть благодать за ны молитися. Не мним бо тя суща мертв: аще бо телом и преставился еси от нас, но и по смерти жив сый пребываеши, не отступай от нас духом, сохраняя нас от стрел вражиих и всякия прелести бесовския и козней диавольских, пастырю наш добрый аще бо и мощей твоих рака пред очима нашима видима есть всегда, но святая твоя душа со ангельскими воинствы, со безплотными лики, с небесными силами, у престола Вседержителя предстоящи, достойно веселится, ведуще убо тя воистину и по смерти жива суща, тебе припадаем и тебе молимся: молися о нас Всесильному Богу, о пользе душ наших, и испроси нам время на покаяние, да невозбранно прейдем от земли на небо, от мытарств же горьких, бесов воздушных князей и от вечныя муки да избавимся, и Небеснаго Царствия наследницы да будем со всеми праведными, от века угодившими Господу нашему Иисусу Христу: Ему же подобает всякая слава, честь и поклонение, со Безначальным Его Отцем, и с Пресвятым и Благим и Животворящим Его Духом, ныне и присно, и во веки веков. Аминь.

Тропарь преподобного Ипатия целебника, Печерского, в Дальних пещерах.

глас 1

Безначальнаго онаго и тихаго места,/ идеже несть печали, ни воздыхания,/ достигнути, преподобне, желая,/ не дал еси себе zde покоя нимало,/ но присно день и ночь в делех всяких/ и жестоком житии трудолюбно подвизаяся, пребываеши,/ тем желаемого получил уже, Ипатие,/ молися о душах наших.

Кондак преподобного Ипатия целебника, Печерского, в Дальних пещерах

глас 3

Труды ко трудом выну ради Господа прилагая,/ ни когдаже обрелся еси празден, Ипатие./ Темже и в лепоту трудолюбив наречеся,/ звание приемь от дел.

Обзор подготовил **С. Николаев**
по материалам православных сайтов:
www.azbyka.ru, www.pravsobor.kz,
www.blagozdravnica.ru, www.orthomama.ru,
www.prayerssaints.ru

РУТИННАЯ ПРАКТИКА СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: МИССИЯ НЕ ВЫПОЛНИМА?

Цель исследования: сравнить медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях родовспоможения II уровня Рязанской области, рекомендуемой нормативами для рутинного применения.

Материалы и методы: данные тематической экспертизы качества медицинской помощи проведенной Территориальным Фондом ОМС Рязанской области. Правовой основой проведения подобных экспертиз качества служит пункты 33 и 34 Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Тематическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, однородность которым придается за счет выбора сходных медицинских организаций и их подразделений, одного вида или условий оказания помощи, нозологических форм и т. д.

При этом должны быть решены следующие задачи:

1. выявление, установление характера и причин типичных (*повторяющихся, систематических*) ошибок в процессе обследования, диагностики, лечения, обеспечения преемственности;
2. оценка учрежденческой системы контроля качества медицинской помощи;
3. сравнение организации медицинской помощи и качества ее оказания в учреждениях (*в данном случае родовспоможения*) одного уровня оказания помощи (*второго*).

Данный вид экспертизы является плановой и проводится по законченным клиническим случаям.

Согласно, действующего законодательства РФ, медицинская помощь должна оказываться на основании Порядков, стандартов, клинических рекомендаций (*протоколов ведения больных*), сложившейся клинической практики; личного опыта, знаний и компетенции врача. Последнее относится к уровню доказательности D.

По представленным нозологическим формам имеются действующие стандарты, клинические рекомендации (*протоколы ведения больных*). Обследование, диагностика, лечение, мероприятия по обеспечению преемственности представлены в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» утв. Приказом МЗ РФ от 1 ноября 2012 г. №572н. Таким образом, у практикующих врачей и организаторов здравоохранения имеется достаточно «инструментария» и методологии.

Систематизатором преобразования словесной формулировки диагнозов в буквенно-цифровые коды служит Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра МКБ-Х, принятая ВОЗ в 1995 г. в Женеве. Наша стана присоединилась к использованию этого инструмента в 1997 году (УТВ. ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РФ ОТ 27.05.97 №170).

Формирование и формулировка диагноза должны происходить в соответствии с рубриками МКБ-Х, классификаторами услуг в здравоохранении, классификатором осложнений и т. д. Клинический диагноз должен быть установлен в течение не более 3-х дней, обоснован записью в тексте первичного медицинского документа. Причем обосновываться должен только основной диагноз, а не весь перечень всего известного из сложившейся в учреждении клинической практики. Диагноз заключительный должен содержать три составляющие: основной, осложнение, сопутствующий. Словесная запись диагноза должна соответствовать буквенно-цифровому коду. Не соответствие коду, не совпадение записи обоснования диагнозу, неправильная формулировка диагноза, не соответствие дат на титульном листе и в тексте и другое трактуется экспертами как расхождение диагноза 2 категории в связи с неправильной формулировкой диагноза. Расхождение диагноза попадает под пункт 3.14 санкций для медицинской организации, что влечет за собой 100 % неоплату стоимости оказанной медицинской помощи и штраф 100 % норматива финансового обеспечения программы ОМС на 1 застрахованное лицо.

В экспертированных историях родов выявлены те или иные нарушения, которые в связи с выше изложенным, можно рассматривать как расхождение диагноза.

Все затребованные для проведения ведомственной и вневедомственной экспертизы первичные медицинские документы должны проходить учрежденческую экспертизу КМП. Представленные результаты позволяют оценить работу системы качества организации. А эксперты организации, ознакомившись с актом, могут сделать выводы о качестве своей работы, наметить направления совершенствования деятельности.

Для рутинной практики при самопроизвольных родах в затылочном предлежании рекомендуется:

1. семейно-ориентированные (*партнерские*) роды;
2. в процессе родов необходимо ведение партограммы;
3. в родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5–2 часов после рождения продолжительностью не менее 30 минут;
4. поддержка грудного вскармливания;
5. совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку;
6. время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов – 3 суток;
7. при выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (*от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка*) и профилактики нежеланной беременности;

8. после выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Перед выпиской родильнице предлагается проведение УЗИ органов малого таза.

Для рутинной практики при самопроизвольных родах в затылочном предлежании не рекомендуется:

1. Выполнение клизмы;
2. Проведение амниотомии до 7 см открытия шейки матки;
3. Проведение эпизиотомии без четко определенных показаний;
4. Причем может выполняться только срединно-латеральное рассечение промежности;
5. КТГ без показаний со стороны плода.

Результаты.

Для проведения экспертизы представлены истории родов учреждений 2 уровня родовспоможения города Рязани, которые мы рассмотрим обезличено:

	ГБУ РО «М»	ГБУ РО «N»
Количество историй родов с шифром O80.0	16	15
Количество историй родов с шифром O82.1	3	7
Количество историй родов с шифром O80.1	1	0
Количество историй родов с шифром O82.0	4	0
Количество историй родов с шифром O82.8	3	0
Всего	27	22

O80.0 – самопроизвольные роды в затылочном предлежании;

O80.1 – самопроизвольные роды в ягодичном предлежании;

O82.0 – проведение electiveного кесарева сечения;

O82.1 – проведение срочного кесарева сечения;

O82.8 – другие одноплодные роды путем кесарева сечения;

Представленная по учреждениям выборка была однородной по полу пациентов, их особому физиологическому статусу (*беременность и роды*), возрасту (*репродуктивный*), нозологическим формам, видам и условиям оказания помощи. Таким образом, требования к проведению тематической экспертизы качества медицинской помощи были соблюдены.

Во всех документах, представленных ГБУ РО ГБУ РО «М» имеются данные о проведении экспертизы КМП. Средняя оценка по экспертным картам – 1. В том числе и в карте, по которой сделано замечание и наложены штрафные санкции. 1 случай из 27 составил 3,7% некачественной экспертизы, но в данном случае слишком мала выборка, чтобы оценивать качество всей системы в целом.

В документах ГБУ РО «N» данных о проведении экспертизы КМП не представлено.

Оценка рекомендаций по учреждениям на основании представленных первичных медицинских документов:

№ п/п	Показатель	ГБУ РО «N»	ГБУ РО «M»
1	Ведение партограммы в родах	100 %	93 %: нет в 1 и/р из 17.
2	семейно-ориентированные (<i>партнерские</i>) роды	0	0
3	в родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди	Нет отметок в истории родов	Отметки о выполнении в 100 %
4	совместное пребывания родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку	Нет отметок в истории родов	Нет отметок в истории родов
5	Амниотомия до открытия шейки матки до 7 см	7 (46 %)	0 %
6	Разрыв промежности	4 (26 %)	5 (29 %)
7	Эпизиотомия. Без четких показаний	3	0
8	Проведение в родах рутинно КТГ без показаний со стороны плода	100 %	100 %
9	УЗИ перед выпиской	100 %	100 %
10	Выписка на 3 сутки	2 (13 %)	3 (17 %)
11	Получение рекомендаций при выписке	100 %	100 %

В обоих учреждениях для профилактики бленореи новорожденных применяется не рекомендованный протоколами ведения больных (*но не запрещенный*) альбукцид вместо рекомендованных мазей с антибиотиками.

Представленные к экспертизе случаи родоразрешения операцией кесарева сечения представляют собой очень небольшую выборку. Технология соответствует рекомендуемой. Проблемы оформления историй родов описаны ниже.

Оформление медицинской документации:

В ГБУ РО «M» титульный лист распечатывается из компонента информационной системы, легко читаем и легко заполняем, не составляет труда идентификация застрахованного, врача. В истории родов используются формализованные вкладыши, облегчающие работу врача при заполнении и работу эксперта.

В ГБУ РО «N» титульный лист заполняется от руки, встречаются истории заполненные крайне небрежно. Во всех историях родов не удалось установить индивидуальные данные врача в связи с крайне неразборчивыми подписями.

Примененные санкции к медицинским организациям:

1. ГБУ РО «N». Застрахованная Х.

Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи:

Не указано на титульном листе истории родов отделение и движение по отделениям родильного дома. Неправильная запись обоснования диагноза. Использование маркера в листе назначений. В послеродовом периоде возникли осложнения: расхождение операционной хирургической раны промежности (*проведено консервативное лечение и наложение вторичных швов*), гематометра (*дважды опорожнение: вакуум-аспирация и выскабливание полости матки*). Наложение вторичных швов не оформлено записью как хирургическая операция. Не сообщено (*нет отметки в истории родов*) о возникшем послеродовом осложнении в ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии по Рязанской области. Неоправданная задержка с осложнением в родильном доме (*должен был быть осуществлен перевод в гинекологическое отделение*). Не проведена экспертиза качества в связи с возникшим осложнением.

Дефекты оформления медицинской документации затрудняющие возможность оценки динамики состояния здоровья, предоставленной медицинской помощи (*пункт 4.2 санкций к медицинским организациям при проведении контроля в системе ОМС*).

Дефекты медицинской помощи, приведшие к временному ухудшению состояния здоровья и увеличению длительности лечения (*пункты 3.2.2 и 3.2.3 санкций к медицинским организациям при проведении контроля в системе ОМС*). Рекомендации: уменьшение оплаты случая на 50 %.

2. ГБУ РО «M». Застрахованная ХХ.

Диагноз, установленный медицинской организацией: О80.0 Самопроизвольные 3 роды в затылочном предлежании. Анемия 1 степени. Выявленные дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи:

Не указана длительность безводного периода, не велась партограмма. Не снижена оценка экспертом организации при проведении ЭКМП.

Выводы:

Отклонение от норматива оформления истории родов. Не соблюдение требования порядка оказания помощи и клинических рекомендаций. Не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного.

Рекомендации:

Пункт санкций 3.2.1. Снижение 30 % стоимости оплаты данного случая.

Выводы:

1. Рутинно применяется клиническая практика, сложившаяся в конце прошлого века. С точки зрения современных перинатальных технологий она не может быть признана удовлетворительной. Изменение мнения «старших» врачей требует времени и активного воздействия организаторов здравоохранения и перестройки преподавания на кафедрах последипломного обучения.

2. Задачами администрирования является организация медицинской помощи на основании порядков, стандартов, клинических протоколов при действующей системе контроля качества.

Эксперт качества медицинской помощи **Миров А. И.**



ПУТЕШЕСТВИЕ ПО МУЗЕЯМ ПОДМОСКОВЬЯ

4 июня 2016 года сотрудники ГБУ РО «ГКБ №8» посетили Государственный литературно-мемориальный музей-заповедник А. П. Чехова «Мелихово», расположенный в Чеховском районе Московской области в селе Мелихово.

Музей начал свою жизнь с 1940 года, как филиал Серпуховского краеведческого музея. Из мемориальных построек сохранился один флигель, построенный А. П. Чеховым в 1894 году. В 1941 году в этом доме была подготовлена к открытию первая экспозиция.

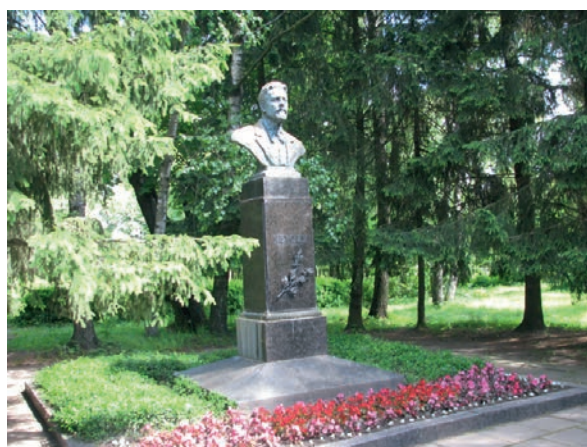
Война, начавшаяся в 1941 году, приостановила музейную жизнь, но уже 29 июня 1944 года был создан самостоятельный «районный музей имени Антона Павловича Чехова». В 1950-е годы начались работы по восстановлению усадебного дома, и завершились они к 29 января 1960 года, к столетию со дня рождения А. П. Чехова.

Сегодня в экспозиции музея в Мелихово входят: главный усадебный дом, мемориальный флигель, многочисленные хозяйственные постройки, пожарный сарай, экспозиция «Амбулатория», большая садовая территория. Школы, построенные А. П. Чеховым, были переданы музею в начале 1970-х годов. В 2009 году в Новоселковской школе, открыта литературная экспозиция «В мире Чеховских героев».



За время существования музея было создано уникальное собрание чеховских реликвий.





Автографы А.П.Чехова и его родных, подлинные фотографии, коллекции редкой книги. Великолепное собрание живописи и графики, в которое входят работы И. И. Левитана, В.Д. Поленова, Н. П. Чехова, М. П. Чеховой.

Сценографические работы таких театральных художников, как Е. Куманьков, В.Левенталь; иллюстрации к произведениям А. П. Чехова художников Кукрыниксов. В экспозиции музея выставлены мемориальные вещи, имеющие непосредственное отношение к А.П.Чехову и членам его семьи.

Музей-заповедник «Мелихово» ведет большую научно-просветительскую и выставочную работу. В 1988–2012 годах музей представлял свои коллекции в Германии, Венгрии, Болгарии, Сербии, Франции. С 2006 года в музее

действует театр «Чеховская студия». В театральной школе имени Чехова знаменитые актеры проводят мастер-классы.

Музей дважды награждался национальной туристской премией им. Ю.Сенкевича, был отмечен наградами и дипломами как лучший музей в России и Европе.

Великий русский писатель, врач, общественный деятель А. П. Чехов внес огромный вклад в развитие литературы, медицины, театра России.

Мы, сотрудники ГKB №8, получили незабываемые впечатления от экскурсии по музею и театрализованного представления по произведениям А. П. Чехова, развернувшегося на «исторических декорациях» Чеховской усадьбы.

Елена Гаврилова



ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

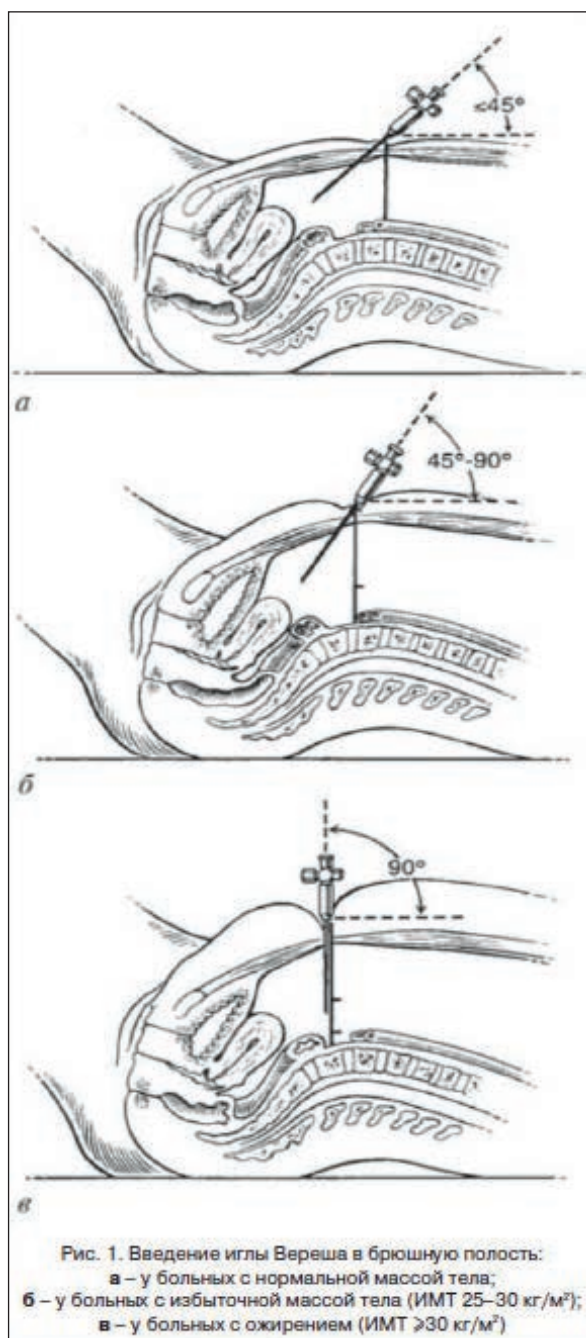
Проблема ожирения с каждым годом становится все более актуальной. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн больных, страдающих ожирением, что составляет 7% всего взрослого населения.

По данным ВОЗ, за последнее десятилетие XX в. в мире частота ожирения в среднем увеличилась на 50%. В 2013 г. ООН опубликовала официальную статистику, согласно которой лидирующие позиции по распространенности ожирения занимают Мексика (32,8%), США (31,8%) и Сирия (31,6%). В России частота ожирения составляет 24,9% (24-е место в мире), при этом избыточную массу тела, включая ожирение, имеют 51,7% женщин и 46,5% мужчин.

Показателем для определения избыточного веса является индекс массы тела (ИМТ). Согласно классификации ожирения, предложенной ВОЗ, в тех случаях, когда ИМТ составляет 40 кг/м^2 и выше, говорят о морбидном ожирении. Однако по определению Национального института здоровья США (NIH), морбидным считается ожирение при сочетании ИМТ $\geq 35 \text{ кг/м}^2$ с серьезными осложнениями, ассоциированными с ожирением (сахарный диабет 2-го типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, злокачественные опухоли отдельных локализаций, некоторые репродуктивные нарушения, желчнокаменная болезнь и т. д.), или ожирение при ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$ вне зависимости от наличия осложнений. По статистике, 2–4% взрослых людей в России имеют тяжелую форму ожирения, когда ИМТ превышает 40 кг/м^2 .

Многие исследования указывают на то, что ожирение негативно влияет на женское здоровье: значительно увеличивает риск развития нарушений менструального цикла, аменореи, синдрома поликистозных яичников, дисфункциональных маточных кровотечений, миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия, бесплодия. В настоящее время доказана взаимосвязь между развитием рака яичников, рака эндометрия и ожирением. По данным литературы, у женщин с ожирением (ИМТ $30\text{--}40 \text{ кг/м}^2$) рак эндометрия встречается в 2,5 раза чаще, а с морбидным ожирением (ИМТ $>40 \text{ кг/м}^2$) — в 6,3 раза по сравнению с пациентами с нормальной массой тела.

Широкая распространенность ожирения приводит и к росту частоты связанных с ним осложнений. В связи с этим часто встает вопрос об экстирпации матки у данного контингента больных. Традиционными методами для проведения данной операции являются лапаротомный или влагалищный. В качестве альтернативы была предложена



лапароскопия. Лапароскопическая гистерэктомия позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю, сократить длительность пребывания в стационаре, срок реабилитации, улучшить показатели качества жизни больных по сравнению с открытым доступом. Еще недавно ожирение высокой степени являлось противопоказанием для выполнения лапароскопических операций повышенной сложности в гинекологии. Это связано не только с наличием у пациенток сопутствующих тяжелых экстрагенитальных заболеваний, высоким риском наложения карбоксиперитонеума, помещения больной в положение Тренделенбурга, но и с техническими трудностями из-за выраженного абдоминального ожирения. За последние десятилетия широкое развитие эндоскопических технологий привело к пересмотру данного вопроса. Наряду с разработкой специальных инструментов (удлиненные троакары и игла Вереша,

маточная канюля *Clermont-FD*) были изучены анатомические особенности и технические приемы отдельных этапов лапароскопической операции. При ожирении у пациентов увеличивается расстояние между кожей и апоневрозом, апоневрозом и брюшиной, изменяется соотношение между пупком и бифуркацией аорты. Некоторые хирурги рекомендуют метод «открытой» лапароскопии.

Повышение внутрибрюшного давления (ВБД) влияет на функционирование жизненно важных органов. Если ВБД не превышает 10 мм рт. ст., показатели центральной гемодинамики, как правило, остаются в пределах нормы. Повышение ВБД более 14 мм рт. ст. вызывает изменение функции внешнего дыхания и ротацию сердца вследствие смещения диафрагмы, при этом возрастает общее легочное сопротивление и снижается функциональная емкость легких. Инсуффляция газа в брюшную полость приводит к компрессии нижней полой вены с нарушением циркуляции в ее бассейне. В настоящее время показано, что негативные последствия, связанные с наложением карбоксиперитонеума и нахождением пациентки в положении Тренделенбурга, можно преодолеть путем поддержания ВБД не выше 10–15 мм рт. ст., применения современных аппаратов искусственной вентиляции легких в ходе анестезиологического пособия, тщательного интраоперационного мониторинга газовых и гемодинамических параметров.

Зарубежный опыт гистерэктомии лапароскопическим доступом у больных с ожирением

Судя по зарубежным публикациям, влияние ИМТ на исходы лапароскопических операций у больных с ожирением представляется удовлетворительным. В 2009 г. были представлены данные ретроспективного исследования по изучению риска развития осложнений лапароскопической гистерэктомии в зависимости от степени ожирения. Было показано, что проведение данных операций у пациенток с ожирением (более 1400 пациенток) не приводило к повышению частоты интраоперационных (травмы кишки, мочевого пузыря, мочеточника, кровотечения, тромбозмболия) и послеоперационных (воспаление, свищи) осложнений.



Подобные результаты опубликованы в 2014 г., проанализированы истории болезни 200 больных, которым была произведена лапароскопическая гистерэктомия. В исследовании не было отмечено ни одного случая интраоперационного ранения смежных органов,

магистральных сосудов, кровотечения. Аналогичные данные были получены еще в нескольких европейских исследованиях.

Однако, некоторые исследователи отмечают рост частоты осложнений хирургического лечения в группе пациенток с ожирением. При этом преимущественно отмечены травмы смежных органов (*кишки, мочевого пузыря*), раневая инфекция, кровотечение.

Необходимо отметить, что во всех исследованиях при проведении гистерэктомии лапароскопическим доступом у пациенток с ожирением было отмечено увеличение операционного времени и кровопотери. По данным разных авторов, средняя продолжительность операционного времени колебалась от 114 мин до 154,6 мин.

Некоторые авторы у больных с ожирением с целью удаления матки предлагают влагалищный или лапароскопически ассистированный влагалищный доступ как наиболее оптимальные, однако указывается, что в случае отсутствия условий для влагалищного доступа лапароскопия является предпочтительной.

В современной зарубежной литературе в последнее время стало уделяться особое внимание исследованиям, посвященным проведению гистерэктомии у больных с ожирением с использованием робототехники. Не было обнаружено различий в частоте интра- и послеоперационных осложнений в зависимости от ИМТ, что позволило сделать вывод о возможности и безопасности проведения роботической хирургии в лечении больных с ожирением. Этот тезис является дискуссионным, т. к. в исследовании не проводилось сравнения робот-ассистированного доступа с другими.

Лапароскопическая гистерэктомия в лечении больных с ожирением в России

В отечественной литературе достаточно редкими являются публикации об опыте выполнения гистерэктомии лапароскопическим доступом у больных с морбидным ожирением. Учитывая несомненную актуальность проблемы и нарастающее год от года число подобных пациенток, проанализирован опыт проведения подобных операций в ГБУЗ МОНИИАГ.

На базе отделения эндоскопической хирургии в период с 2013 по 2014 г. было прооперировано 65 больных с морбидным ожирением, из них у 62 произведена лапароскопическая гистерэктомия, у 1 (1,6%) пациентки выполнена лапароскопически-ассистированная влагалищная гистерэктомия, у 2 (3,1%) – робот-ассистированная операция. В 2 (3,1%) наблюдениях использовался доступ «открытой» лапароскопии. ИМТ был в пределах от 35,64 до 64,98 кг/м² (средний ИМТ – 48,37±7,9 кг/м²), при этом у 24 пациенток ИМТ был более 50 кг/м², а у 6 больных – более 60 кг/м². Показаниями к оперативному лечению являлись доброкачественные и злокачественные заболевания внутренних половых органов: аденокарцинома

эндометрия (46,1%), симптомная миома матки (37%), кистомы яичников (20%), атипическая гиперплазия эндометрия (3,1%), рецидивирующая гиперплазия и полипоз эндометрия (12,3%), сочетание патологии тела матки с пролапсом гениталий (4,6%) и стрессовым недержанием мочи (1,6%). У всех пациенток был отягощенный соматический статус: морбидное ожирение сочеталось с патологией сердечно-сосудистой или бронхолегочной системы, сахарным диабетом, варикозной болезнью, пупочными грыжами, онкологическими заболеваниями. В 9,2% случаев была произведена супрацервикальная гистерэктомия, в 1,6% — операции произведены без удаления придатков. В 89,2% наблюдений гистерэктомии сочетались с удалением придатков, в 9,2% — с удалением маточных труб, в 6,2% — с мини-лапаротомией, в 1,6% — с сакровагинопексией проленовым лоскутом, в 1,6% — с тазовой лимфаденэктомией, в 6,2% — с пластикой пупочной грыжи, в 1,6% — с коррекцией стрессового недержания мочи и пластикой стенок влагалища сетчатыми протезами.

Среднее время, затраченное на операцию составило $94,3 \pm 44,76$ мин. Объем кровопотери ($128,55 \pm 60,78$ мл) и длительность пребывания в стационаре ($4 \pm 0,94$ койко-день) были сопоставимы с ранее представленными публикациями. При анализе интраоперационных осложнений был отмечен один случай десерозирования прямой кишки у пациентки с выраженным спаечным процессом. В послеоперационном периоде в двух наблюдениях имело место нарушение пассажа мочи, что потребовало стентирования мочеточников, в одном наблюдении диагностирована гематома купола влагалища без повторного оперативного вмешательства, в одном — абсцесс в области разреза после мини-лапаротомии. Бронхолегочных и кардиоваскулярных осложнений не отмечено.

Заключение

В представленных данных современной литературы нет однозначной точки зрения по поводу оптимального доступа для проведения гистерэктомии у больных с высокой степенью ожирения. Противоречивы результаты и по зависимости частоты интра- и послеоперационных осложнений от степени ожирения, что, несомненно, требует дополнительных исследований. На основании нашего опыта лапароскопическая гистерэктомия является наиболее оптимальным доступом в лечении больных с морбидным ожирением ввиду небольшого количества осложнений и малой травматичности операции.

Подготовил А. Маркин по материалам статьи Федорова А. А., Попова А. А., Слободянюк Б. А., Мананниковой Т. Н., Головина А. А., Будыкиной Т. С., Лысенко С. Н., Логиновой Е. А., Тюриной С. С. «Лапароскопическая гистерэктомия у больных с ожирением», опубликованной в РМЖ №1 от 01.2015 г.



АКСАНОВА САНИЯ НАЗИБОВНА

Родилась Сания Назибовна 17 апреля 1925 года в г. Орджоникидзе Северо-Осетинской АССР, в рабочей семье. Старший брат её погиб в 1942 году на фронте Великой Отечественной Войны. В восьмилетнем возрасте, маленькая Сания поступила в школу, и в 1944 году успешно окончила десятый класс.

Повзрослев, Сания Назибовна решила посвятить свою жизнь профессии врача, и в 1945 году поступила в Северо-Осетинский государственный медицинский институт, который окончила в 1950 году, по специальности «Лечебное дело».

По окончании института Министерством здравоохранения РСФСР была направлена на работу в распоряжение Рязанского облздравотдела, где была назначена на должность врача акушера – гинеколога Вышегородской больницы Рязанского района. Во время работы в Вышегородской РБ, доктор Аксанова прошла курсы специализации по акушерству и гинекологии. В 1951 году, зарекомендовав себя, как талантливого организатора, Аксанова С. Н. была переведена на должность заведующей Мервинским райздравотделом. Несмотря на занятость, Сания Назибовна всегда находила время на дальнейшее образование. В 1952 г. в течение 3 месяцев находилась на курсах специализации по организации здравоохранения в Ленинградском институте усовершенствования врачей. В 1955 году она окончила вечерний университет марксизма-ленинизма, вступила в члены коммунистической партии Советского Союза.

С октября 1956 г. по март 1957 г. Доктор Аксанова являлась главным врачом районной больницы Рязанского района. А с 1957 г. по собственной инициативе стала работать на должности заместителя главного врача по медицинской части районной больницы Рязанского района. С 1961 г. Аксанова С. Н. является членом пленума Рязанского райкома КПСС, членом Рязанского райкома профсоюза медработников.

Наработав опыт организатора здравоохранения, 16 января 1963 года, приказом по Рязанскому Облздравотделу, С. Н. Аксанова была переведена на должность заместителя главного врача по медицинской части, городской клинической больницы №2, при этом она не отказалась от лечебной практики и на 0,5 ставки осталась работать врачом акушером гинекологом. На этой должности она проработала до марта 1967 года. За время работы в городской больнице №2 Аксанова С. Н. подтвердила свой талант организатора, пользовалась авторитетом у коллег, проявила себя как добросовестный и инициативный сотрудник. Активное участие Сания Назибовна принимала и в общественной жизни региона: заместитель секретаря партийной организации больницы №2, депутат исполнительного комитета Железнодорожного районного Совета депутатов трудящихся г. Рязани, член исполкома и заместитель председателя районной комиссии здравоохранения, вот неполный список общественной нагрузки доктора Аксановой.

Работая в практической медицине, Сания Назибовна постоянно повышала свою квалификацию, и в 1966 году ей была присвоена I квалификационная категории по организации здравоохранения. В марте 1967 года С. Н. Аксанова, как грамотный организатор, была направлена на должность заместителя главного врача, недавно созданной городской больницы №8. И 20 апреля 1967 года, Сания Назибовна, была назначена на должность главного врача городской клинической больницы №8, в связи с переводом бывшего главного врача Ларкина М. И. на должность заведующего городским отделом здравоохранения.

За время работы в городской больнице №8, С. Н. Аксанова зарекомендовала себя, врачом высокой

квалификации, энергичным, инициативным организатором здравоохранения, уделяющим большое внимание работе по улучшению медицинского обслуживания населения.

Так в 1967 году, с целью создания единого центра акушерско-гинекологической помощи гинекологические отделения больницы №2 переведены в больницу №8. Терапевтические отделения были переведены в городскую больницу №2. Гинекологические отделения на 140 коек разместились на третьем и четвертом этажах 1-го корпуса. Одновременно с отделением гинекологии в больницу переехала кафедра акушерства и гинекологии РМИ имени академика И. П. Павлова.

В 1968 г. открыто новое родильное отделение на 100 коек, которое после окончания реконструкции 3-го корпуса, в январе 1969 года, переехало туда. В освободившемся 2-ом корпусе были развернуты еще 2 гинекологических отделения по 60 коек в каждом.

К началу 1969 года, благодаря усилиям Сани Назибовны, в больнице насчитывалось 400 коек: 240 гинекологических, 100 родильных, 60 отоларингологических. В 1978 году в городскую больницу №11 переведено лор отделение и в пятом корпусе развернуто 5 гинекологическое отделение – патологии беременности на 60 коек. Стационар больницы стал специализированным учреждением акушерско-гинекологического профиля.

Одновременно с руководством больницей, доктор Аксанова активно участвовала в общественно-политической жизни региона, занимая различные должности в партийных органах, участвуя в профсоюзной работе, и избираясь народным депутатом различных уровней.

За время своей деятельности Аксанова С. Н. завоевала заслуженный авторитет среди коллег и населения г. Рязани.

Заслуги Сани Назибовны не остались незамеченными, за свою деятельность она была награждена Орденом Октябрьской Революции, Орденом Трудового Красного Знамени, юбилейной медалью «За доблестный труд в ознаменовании 100-летия со дня рождения В. И. Ленина», Знаком «Победитель социалистического соревнования», Знаком «Отличник гражданской обороны СССР», Знаком «Отличник здравоохранения», Медалью «Ветеран труда», Почетными грамотами органов управления здравоохранением различных уровней, и Обкома профсоюза медработников.

22 августа 1986 г. С. Н. Аксанова освобождена от должности главного врача городской клинической больницы №8 в связи с уходом на заслуженный отдых. Но, не смотря на пенсию, Сания Назибовна продолжала трудиться в своей больнице в должности врача диетолога.

Талантливый врач и хороший товарищ, организатор здравоохранения и общественный деятель, и просто хороший человек – такой осталась Сания Назибовна Аксанова в памяти своих современников.

*Подготовили **Николаев, Панова**
по архивным материалам
ГБУ РО «ГКБ №8»*

АДГЕЗИОЛОГИЯ: НАУКА И ПРАКТИКА

Актуальность сообщения связана с ростом оперативного родоразрешения; увеличением количества операций, производимых на тазовых органах у женщин репродуктивного возраста; увеличением числа операций по поводу нарушения фертильности, компрометированного рубца на матке после кесарева сечения, увеличения числа женщин перенесших несколько операций, в том числе и по восстановлению фертильности; результатами анализа ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Спайки в брюшной полости выявляют в 55–95 % случаев после оперативного вмешательства и у 10 % ранее не оперированных пациентов. Несколько чаще спайки бывают у женщин, что связывают с наличием овуляций и попаданием крови в брюшинную полость за счет маточно-брюшинного рефлюкса. Худые пациенты менее подвержены спайкообразованию, чем тучные. Это может быть связано с индивидуальными особенностями синтеза и трансформации рубцовой ткани, а также увеличением продолжительности и травматичности операций при ожирении.

Проблемы, связанные с послеоперационной спаечной болезнью в брюшной полости:

- кишечная непроходимость (в ~1/3 случаев связана со спаечной болезнью);
- хронический болевой синдром;
- нарушение нормальной анатомии, затрудняющее последующее оперативное вмешательство и повышающее его риск.

Дополнительные проблемы спаечного процесса в малом тазу у женщин:

- нарушения фертильности;
- диспареуния.

35 % женщин, имеющих в анамнезе открытую гинекологическую операцию, будут повторно обращаться к врачам по поводу симптомов спаечного процесса, а у 1,9 % из них в течение 10 лет заболевание осложнится спаечной кишечной непроходимостью.

Спаечные сращения в области малого таза могут возникать в результате:

- воспалительного процесса;
- эндометриоза.

Рост хирургической активности приводит к увеличению осложненного спайкообразования, к социальным и экономическим проблемам. Потенциальное глобальное предотвращение спаек оценивалось на начало нулевых годов в США в объеме финансовых вливаний 1,2 млрд. долларов в год.

Осознание важности хороших исходов операций в плане борьбы со спайкообразованием привело к основанию в 1996 году Международного общества изучения спаек (*International Adhesion Society (IAS)*).

Приводим выдержки из обращения его основателя Девида Вайсмана к пациентам и специалистам, изучающим проблему профилактики и лечения спаечной болезни:

«...В США в 1996 г., произведено 474,000 операции рассечения спаек. Течение спаечной болезни может быть настолько серьезным, что пациенты теряют трудоспособность. Получение такими больными инвалидности и социальных пособий проблематично. Во многих случаях спаечная болезнь является мучительным состоянием и причиняет множество проблем в жизни семей пациентов, пациенты несут значительный материальный и моральный ущерб, сообщают, что никто не верит в то, что они действительно больны. Эти проблемы являются одной из составляющих роста числа самоубийств...».

Патогенез. Первоначальные предположения о роли фибриногена, фибринового тромба с последующей миграцией фибробластов и образованием фиброзных сращений не нашли подтверждения экспериментальными, морфологическими, клиническими исследованиями. Наиболее распространенной является точка зрения о ведущей роли сосудистых нарушений и связанных с ними ишемии и некрозу брюшины.

Известные причины спайкообразования:

1. Инфекция;
2. Инородные тела (*дренажи, тальк, крахмал, волокна марли с тупферов и салфеток, не инертный шовный материал и т. д.*);
3. Сосудистая недостаточность;
4. Травма.
5. Факторы, способствующие образованию спаек:
6. Ишемия;
7. Высыхание поверхности брюшины;
8. Избыточные швы;
9. «Заплатки» из сальника;
10. Натяжение брюшины;
11. Неудаленные из брюшной полости сгустки крови;
12. Большая продолжительность операции;
13. Травма тканей инструментами;
14. Операции по поводу воспалительных процессов.

Направления приложения усилий:

1. Улучшение хирургической техники:

1. Бережное обращение с тканями, не подлежащими удалению;
2. Сокращение времени операции;
3. Тщательный прецизионный гемостаз;
4. Ограниченное введение в операционное поле инородных материалов;
5. Интраоперационная ирригация с целью минимизации высыхания брюшины, минимальное промокание тупфером;
6. Периоперационная антибиотикопрофилактика;
7. Использование биоинертных шовных материалов;
8. Предотвращение ишемии ткани;

9. Не перитонизировать денудированные поверхности, не применять для закрытия трансплантаты сальника, париетальной брюшины;
10. Избегать натяжения брюшины при перитонизации.

II. Фармакологическая интерференция:

1. Фибринолитические средства (*плазмин, стрептокиназа, урокиназа, гиалуронидаза, химотрипсин, трипсин и др.*);
2. Антикоагулянты (*гепарин, НМГ, цитраты, оксалаты*);
3. Противовоспалительные средства (*кортикостероиды, НПВС (блокаторы обмена простагландинов), антигистаминные препараты, прогестерон, др.*);
4. Антибиотики.

III. Противоспаечные барьеры. Идеальное противоспаечное средство должно быть безопасным, эффективным, легким в использовании, способным подавлять процесс образования спаек в брюшной полости, а технология его применения должна быть простой и адекватно воспроизводимой. На настоящий момент все средства условно можно разделить на 3 группы: жидкости (*чаще на основе декстрана*), гели (*и клеи*), твердые барьеры (*в виде ткани, пленки*). Вещества, наиболее часто используемые в основе барьеров: икодекстрин, гиалуроновая кислота и ее модификации, карбоксиметилцеллюлоза, окисленная регенерированная целлюлоза, политетрафлуорэтилен, декстран, коллаген.

Рассмотрим представителей всех групп, доступных для применения в наших условиях. Опыт применения которых имеется в клинике.

ADEPT. Стерильный прозрачный раствор 4 % икодекстрина с электролитами.



Обеспечивает временное разделение органов брюшной полости за счет их флотирования в жидкости. Способен удерживаться в брюшной полости до 3–4 суток. Всасывается в системный кровоток и метаболизируется до мальтозы. Рекомендуемый объем 1 литр. Упаковка 1,5 литра. Положительная черта: легкость введения при LT, LS операциях, незаметим при разделении обширных сращений. Отрицательная: невозможность диагностики продолжающегося кровотечения, большой объем инородной жидкости в брюшной полости и увеличение внутрибрюшинного давления, требует тщательного гемостаза, избыточное количество в таре. Исследование PAMELA: двойное слепое рандомизированное исследование выявило «снижение спайкообразования у 45 % пациентов при лапароскопическом разделении спаек в гинекологии».

Гели и клеи. Известен фибриновый клей, применение которого прекращено в связи с использованием для

его производства донорской крови. Рассасывающийся противоспаечный гель в шприце ETHICON Intercoat* (*Этикон Итеркоат*) используется в качестве вспомогательного вещества при выполнении операций в брюшной полости для уменьшения образования, распространенности и тяжести послеоперационного спаечного процесса в области хирургического вмешательства. Состоит из смеси карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ) и полиэтиленоксида (ПЭО). Добавляемый в материал хлорид кальция создает ионный комплекс с ПЭО, определяет его реологические свойства, повышает его поверхностную адгезию и стабилизирует биологическую деградацию материала. Рассасывается в брюшной полости в течение 30 дней. Состоит из 2 стерильных шприцев, объемом 20 ml каждый, и канал эндоскопа. Гель наносится через канал эндоскопа или при открытой операции. Как правило, при операции в гинекологии используется 1 шприц, второй приходится утилизировать. Запрещается его использование при инфекции.



Барьер (*мембрана*) рассасывающийся коллагеновый противоспаечный КолГАРА.

Состав. Ренатурированный лошадиный коллаген (4 мг) в иде стерильной биорассасывающейся прозрачной мембраны.

Применяется для профилактики образования спаек в послеоперационном периоде при таких хирургических вмешательствах, как операциях на желудочно-кишечном тракте, гинекологических, урологических и общехирургических вмешательствах.

Противопоказания. Мембрану КолГАРА не следует использовать при известной или предполагаемой гиперчувствительности к коллагену. Мембрану КолГАРА не следует помещать в линию шва при зашивании краёв кожной раны во избежание нарушения процесса заживления. Не рекомендовано оставлять мембрану в инфицированной или загрязненной области.

Кроме того в клинической практике применяется препарат, сочетающий в себе свойства гемостатической губки и перитонеального барьера: ТАХОКОМБ. Он представляет из себя коллагеновую матрицу с нанесёнными на неё факторами коагуляции (*фибриногеном и тромбином*) и при контакте с тканью операционной раны запускает последний этап процесса свёртывания крови.

На сегодняшний день наиболее оправданным в акушерских и гинекологических операциях у женщин репродуктивного возраста является использование минимально инвазивной хирургической техники, в сочетании со специфическими барьерными средствами.

Сообщение подготовлено при участии компании ТАКЕДА.

Миров А. И.



СКОПИН

Кому — куда, а мне в Скопин,
Такое странное название
Имеет городок один —
Не слышали? Ну да — едва ли!

Он глаз не соблазнит ни красотой,
Ни старых улиц видом опустелым,
И если вам приглянется — то простотой,
И тем, что честно исполняет дело.

Скопин является одним из старинных городов, расположившихся на территории Рязанской области. История Скопина уходит вглубь веков. Благодаря раскопкам в этих местах стало известно, что Скопин — один из древнейших населённых пунктов Рязанских земель. Огромное количество исторических памятников свидетельствует о том, что первые жители на этой территории появились здесь ещё в эпоху неолита, бронзового и железного веков. Первые жители были представителями угро-финских племён. Затем сюда пришли славяне. После ряда исследований археологи сделали вывод о том, что это были племена вятичей. В 966 году сюда пришёл киевский князь Святослав. Князю удалось покорить

местных жителей, которые отныне должны были выплачивать Святославу дань. Но уже через некоторое время вятичи перестали её платить. Покорять их заново пришлось в 981 году. Князь Владимир смог заставить свободолюбивое племя вновь покориться киевскому престолу. Со временем край вошёл в состав Киевского государства, а его жители стали постоянными подданными киевского повелителя.

Юг Рязанского княжества был наиболее опасным местом жительства. Местное население считалось зажиточным. Земля на юге княжества была плодородной, что способствовало благополучию тех, кто здесь жил. Однако недалеко от этих мест стояли кочевники. Они периодически нападали на юг Рязани, разоряя население и увозя людей в рабство. Тем не менее, славянская колонизация этих земель продолжалась. Плодородная почва привлекала славян-хлебопашцев. Колонизаторы дали название многим географическим объектам на юге Рязанского княжества. Реки Верда, Всерда и Валеда получили названия от колонизаторов.

В XII веке на берегу реки Верды появился новый населённый пункт, называвшийся Лихаревским городищем. Кроме хлебопашества, которым занималось большинство местных жителей, здесь процветали ремёсла (*гончарное, меднолитейное, кузнечное и другие*). Городище было надёжно защищено от нападения кочевников. Для укрепления городка использовались валы и рвы. На валах и рвах располагался бревенчатый тын с бойницами. Все эти приспособления должны были служить для защиты от ордынцев,

нападавших на «украину Рязанского княжества» с юга. Однако кроме южных кочевников жителям городища нужно было защищаться ещё и от половцев. Скопинский край граничил с верховьями Дона и постоянно подвергался нападениям донских половцев. Одним из свидетельств этих событий стали остатки погребения половецкого хана. Половцы не раз пытались захватить придонские степи. И, несмотря на то, что им не всегда удавалось присвоить земли себе, их разрушительные действия привели к запустению некоторых славянских городищ, расположенных на Дону. В частности, набеги половцев вызвали запустения городищ, известных историкам и археологам под названием Боршевские.

В XIII веке Лихаревское городище подвергалось нападению татаро-монгол. Ордынцы проложили через скопинские земли многочисленные тракты до Нижней Волги и Астрахани. Когда Золотая Орда пришла в упадок, жители юга Рязанского княжества вынуждены были снова бороться со степными кочевниками. На границах государства начала складываться оборонительная линия. Вместо городов в этих местах стали строить крепости, в которых жили преимущественно военные. Предполагается, что одна из таких крепостей и положила начало Скопину.

Первые упоминания о Скопине относятся к 1595–1597 годам. К тому времени населённый пункт был уже вполне сложившимся городом. У него были свои особенности и специфические черты, которые выделяли его среди других городов Рязанской земли. В Скопине сформировались собственные культурные традиции, говор, одежда, занятия местного населения. Скопинская культура получила дальнейшее развитие.

Согласно легенде, название города Скопин происходит от птицы скопы, которая вела гнездо на высоком дубе, находившегося в овраге. Овраг располагался недалеко от того места, где со временем появился город. По приданию птица обладала такой огромной силой, что могла уничтожить человека одним взмахом крыльев. Когда человек умирал, скопа пила его кровь. Птица выглядит слишком фантастично. Вероятно, скопа — не более чем персонаж из народного фольклора.

Есть и более правдоподобные версии. По одной из них название могло происходить от шайки (*скопа*) обитавших здесь разбойников. Атамана шайки звали Косог. Он влюбился в Прощёну, дочь атамана Булата. Отец был недоволен выбором дочери и подкараулил влюблённых недалеко от оврага. Испугавшись, Прощёна бросилась в овраг и разбилась. Атаманы сошлись в смертельной схватке. Погибли оба. В глубине оврага сохранился родник, который называется Прощёна.

Существует версия о том, что на место будущего города приходили (*скапливались*) люди, разорённые татаро-монголами. Некоторые археологи полагают, что название города появилось накануне Куликовской битвы, когда на территории современного Скопина было «скопление» воинов. Но к началу Куликовской битвы название города уже должно было существовать. Вероятнее всего, что название произошло от фамилии Скопин.

Для защиты юго-восточных рубежей Московское государство сооружает систему оборонительных

укреплений — засек, значительная часть которых размещалась на территории Рязанского края. На одной из засек и возник Скопин. Необходимо уточнить, что в те времена Скопин назывался Острожком, т. е. сторожевым укрепленным городом. Засечная черта служила надёжной защитой от набегов крымских татар. Всего на Рязанской земле было 2 засеки. Одна из них пролегла от Скопина до Шацка. На этой территории царское правительство жаловало огромные участки земли детям бояр и дворянским семьям. Одними из первых здесь поселились бояре Романовы. В их владениях и оказался скопинский острог. Никите Романову, деду будущего царя, принадлежала большая вотчина вместе с городком. Сохранились документы, в которых острог в период пребывания в нём семьи Романовых также назывался Романовым. В острожке жила знать да служилые люди: стрельцы, пушкарки, воротники; крестьяне, ремесленники и прочий люд жил за линиями укреплений, спрятаться за стенами можно было лишь в случае опасности. Скопин тех лет был окружён тремя стенами земляными, «четвертная стена от реки Верды рубленая деревянная, около того Городка восемь башен деревянных, девятая башня земляная: а ворога у того городка одни».

Военное значение Скопина продолжало сохраняться в начале XVII века. Город был оборудован всем необходимым для того, чтобы защититься от нападения врага. Согласно хронике, с 1629 по 1631 годы в городе было «3 стены земляных». Четвёртая стена находилась недалеко от реки Верды и была сделана из дерева. Около городка было построено 8 деревянных башен. В 1613 году русский престол занял избранный царь — боярин Михаил Фёдорович Романов. Россия, страдающая от последствий Смутного времени, требовала крепкой хозяйской руки. Первым делом был создан Земский собор, принявший решение о проведении переписи земель, облагаемых налогом. Царь Михаил Фёдорович положил много усилий на создание регулярной, хорошо обученной, армии. В начале XVII в Скопине вырастают Стрелецкая, Пушкарская, Казачья слободки

В годы правления Алексея Михайловича Скопин называли Скопинской слободкой, он являлся одним из центров государственного коннозаводства. В 1663 Скопин входит в ведомство Тайного, затем — Хлебного, а в начале 1676 — Стрелецкого приказов. Затем Скопин входит в состав царской Конюшенной канцелярии. Со строительством в 1663 за р. Вердой нового конюшенного двора образовалась Скопинская конюшенная слобода. К концу XVII века, оставаясь военным пунктом, Скопин постепенно превращается в торговый город. Основным его населением становятся купцы и ремесленники. Скопин начинает разрастаться. Документы того времени указывают на то, что Алексей Михайлович уделял городу особое внимание. По его указу здесь была построена сначала мужская, а затем женская богадельня. Центром города становится съезжая изба — высший орган местного управления. Здесь хранятся «указные грамоты о таможенных и кабацких сборах, о заказе винного курения, о судебных делах. Во второй половине XVII века царь Алексей Михайлович издаёт грамоту о закупке зерна в рязанских городах. Потянулись из Скопина обозы с пшеницей, рожью, овсом, гречихой, пшеном, свиной, курами и гусями, сметаной.

Во второй половине XVII века город продолжает своё развитие, окончательно став торговым центром своего региона. Скопинский уезд превратился в житницу своего края. Раз в год в Скопине организовывалась ярмарка при Духовском монастыре. Основными товарами этой ярмарки были лошади, крупный рогатый скот, пенька и хлеб. В XVIII веке город полностью утратил своё военное значение, зато укрепил значение хозяйственного и административного центра.

В 1708 году царь Пётр I приписывает по корабельным делам Скопин к Азовской губернии, а в 1719 город входит в состав Елецкой провинции Азовской губернии. В 1725 году Азовская губерния переименована в Воронежскую: В эти годы в Скопине открываются первые полукустарные мастерские по производству гвоздей и других простейших железных и медных изделий. Всё большую известность приобретает гончарный промысел. Скопинская посуда из обожженной глины пользуется большим спросом на ярмарках Москвы, Рязани, Тулы, Нижнего Новгорода, Пскова. К тому времени в Скопине уже появилась почтовая станция. К середине XVIII века в городе не было ни одного солдата, не говоря уже об офицерах. Скопин был отнесён к городам четвёртой категории, согласно регламенту главного магистрата. К четвёртой категории относились город, число дворов в которых равнялось от 250 до 500. В 1767 году Екатерина II создала Уложенную комиссию. «Торговых людей» от Скопина в комиссии представлял купец по фамилии Овчинников. В 1778 году Скопин назначен уездным городом Рязанской губернии. 24 августа 1778 года с учреждением границ Рязанского наместничества Дворцовой Конюшенной канцелярией Скопин утвержден городом и центром уезда. 29 мая 1779 года указом императрицы Екатерины II Скопин получает герб.



К началу XIX века Скопинский уезд был настолько развитым, что считался одним из лучших уездов в Рязанской губернии. В уезде постоянно проводились преобразования, чтобы сделать его ещё лучше. В 1803 году в Скопине появился новый уездный штат, в котором были новый орган власти и новая должность — земский суд и земский исправник. Кроме этого,

было открыто уездное училище. В городе насчитывалось около шести тысяч человек.

Во время Отечественной войны 1812 года в Скопинском уезде был сформирован один из казачьих полков, включавший в себя 2400 человек. Также здесь было организовано ополчение, состоявшее из 655 человек. Ополчение возглавили подпоручик Воинов и уездный предводитель дворян Лихарин. Скопинцы прошли всю Европу в составе Рязанского ополчения.

В «Списке населенных мест Рязанской губернии» за 1859 год Скопин значится как уездный город Скопинского уезда при реке Верде, в 88 верстах от губернского города Рязани. В городе числилось 1112 домов и 11897 жителей обоего пола — 5832 мужского и 6065 женского. Указаны: 8 православных церквей, мужской монастырь, 3 училища (*духовное, уездное и приходское*), больница, почтовая станция, ярмарка, 24 завода. В 1863 году в Скопине открывается первый городской банк. Его уставной капитал — чуть более 10 тысяч рублей. Директором банка становится Иван Гаврилович Рывков, добившийся его открытия. В 1868 году появляется первая историографическая литература о Скопине — «Историческое, статистическое и современное значение города Скопина» И.А.Алексеева. В 1870-е годы центральные улицы и главные площади Скопина устилаются камнем и освещаются газовыми фонарями, строятся каменные дома и склады, работают две типографии, функционирует бесплатная библиотека.



Во второй половине XIX века все большим спросом начинает пользоваться каменный уголь. Это дало мощный толчок развитию Скопинских шахт. Одними из первых открыты шахты близ селений Побединка, Чулково, Поплевино, Секирино, Корневое. В конце столетия Скопинские шахты стали неотъемлемой частью Подмосковского угольного бассейна. На рубеже XIX — XX веков в уезде действовало более 20 шахт, принадлежащих бельгийскому акционерному обществу господина Ганкара.

Важнейшим событием 70-х годов XIX века в экономической жизни города стало поведение через уезд сразу двух железных дорог: Сызрано-Вяземской и Рязано-Уральской. Первая связала Скопин с Москвой и южными губерниями, вторая — с Тулой, Калугой, Рязанью и другими крупными торговыми центрами страны.



Всё более и более развивается торговля хлебом, скотом, табаком. Все более востребованы кружевной и гончарный промысел. К концу XIX века в Скопине при населении в 13 тысяч человек работают 4 кожевенных, 2 мыловаренных, 6 маслобойных, крахмальный, колокольный, 2 свечносальных, свечновосковой, чугунолитейный, гончарный, 2 костеугольных заводы, 6 крупорушек, 114 торговых заведений. Среди ремесленников не только кузнецы, но и огранщики алмазов.



В городе успешно функционируют духовное и приходское училища, женская гимназия, земская больница, два монастыря, более десяти церквей. В 1895 году открыт первый музей города — музей русского оружия.



По сведениям документа «Населенные места Рязанской губернии» за 1906 год заселенные земли Скопина составляли 345 десятин 1 700 кв. саж. В городе было 8 торговых площадей размером 13 десятин 1 225 саж., 34 улицы и 14 переулков протяженностью 23 версты 415 саж., из них мощеных 8 верст 195 саж. В городе

располагалось 2 сада площадью 8 десятин 1 733 кв. саж. Освящение города было керосиновым (192 фонаря), канализации и водопровода не было, население пользовалось водой из колодцев. Городская пожарная команда состояла из 3 машин и 11 бочек.



Численность населения Скопина в этот период составляла 14 431 человек — 8 427 мужчин и 6 004 женщин. В городе было 11 церквей, 3 кладбища (православное, раскольническое и еврейское). В 2-х верстах от города располагался Свято-Духов монастырь.



В Скопине значилось 11 учебных заведений: реальное училище (7 преподавателей и 235 учащихся), женская гимназия (19 преподавателей и 424 учащихся), 6 мужских низших учебных заведений (29 преподавателей и 510 учащихся), 3 женские школы (3 преподавателя и 80 учащихся). Для внешкольного образования имела воскресная школа. Была городская библиотека на 36 абонентов, две читальни (при городской библиотеке и «при чайной» общества трезвости).



Из медицинских учреждений в Скопине работали: больница на 56 кроватей, 3 аптеки и аптекарский магазин. В городе было 4 врача, 1 ветеринар, 4 акушерки, 7 фельдшеров (*фельдшериц*). Существовала богадельня. На территории города располагались 4 гостиницы и 7 постоянных дворов, 2 нотариальных конторы, 2 типографии, 1 фотомастерская. Из кредитных учреждений в городе имелись Отделение Московского Международного Банка и 10 агентств страховых обществ.

Фабрично-заводская промышленность города Скопина была представлена следующими предприятиями: 7 заведений фабрично-заводского производства (*в них 123 рабочих*), табачная фабрика (*15 рабочих*), 4 мыловаренных завода, 64 ремесленных заведений (*наиболее распространенные промыслы — гончарный и кирпичный*).

В городе устраивались базары 3 раза в неделю — воскресенье, вторник и пятница. Действовали 4 ярмарки: Троицкая и Николаевская (*двухнедельные*), 29 августа и 14 сентября (*однодневные*). Оборот на ярмарках достигал 75 000 рублей. Главные предметы торго: хлеб, кожевенный товар, скот, табак и мыло. Весь торгово-промышленный оборот Скопина достигал 2,5 миллиона рублей.

В 1914–1918 годы Скопинский уезд отправил на войну не менее десяти тысяч человек. В 1917 году в Скопине была установлена Советская власть. Новый этап развития Скопина начался в 30-х годах, когда появились новые формы собственности — совхозы и колхозы. Сделан огромный шаг в повышении уровня общеобразовательного и культурного уровня населения. Открыта школа горных десятников с бесплатным обучением. На Побединском руднике построена первая в уезде электростанция мощностью 2250 киловатт. Открыты музей местного края, театр «Труд», новые библиотеки, выходит новая газета «Власть труда». Образовалось общество изучения родного края. В жизни скопинцев появились кино, клубы по интересам, духовые оркестры, драмкружки. В 1925 году Скопин становится центром уезда, в который вошло 16 волостей. В 30-е годы прошлого века приоритетной промышленностью становится угледобыча. В 1936 году добыча угля составила 470 тысяч тонн.

Великая Отечественная война неожиданно вторглась в жизнь скопинцев. Как и в большинстве городов,

вся промышленность в Скопине была переквалифицирована на военное производство. Скопинский район был оккупирован всего 3 дня (*25–28 ноября 1941 года*). Практически всё мужское население города и района было отправлено на фронт.

Есть у Скопинского района и свои герои, проявившие отвагу и патриотизм в бою с немецко-фашистскими захватчиками, например, Фёдор Полетаев. Обычный юноша из села Катино был призван на фронт в августе 1941 года. Фёдор попал в плен и обошёл практически все концлагеря Европы. Совершив побег в 1944 году, Полетаев примкнул к итальянским партизанам и стал сражаться в их рядах. Фёдор не дожид до победы всего 3 месяца. В начале февраля 1945 года партизанский отряд сражался недалеко от посёлка Канталупе. Силы не были равными, и вскоре партизаны поняли, что не смогут одержать верх над противником. Тогда Фёдор, поднявшись во весь рост, бросился на противника, продолжая стрелять на ходу. Ошеломлённые такими действиями фашисты на несколько секунд прекратили обстрел. Но для партизанского отряда этих секунд было вполне достаточно, чтобы взять ситуацию под контроль и пойти в атаку. В результате, итальянский отряд одержал верх в схватке. Эта победа стоила Полетаеву жизни. Герой был похоронен со всеми почестями. Долгие годы Фёдор считался национальным итальянским героем. Он вошёл в историю под фамилией Поетан из-за ошибки партизанского писаря.

Во время Великой Отечественной войны 26518 скопинцев ушли защищать Родину. Более 14 тысяч человек отдали за неё жизни. 29 скопинцев (*в их числе была и женщина — А. Акимова*) были удостоены звания Героя Советского Союза, шесть уроженцев Скопинской земли стали полными кавалерами ордена Славы, тысячи награждены боевыми орденами и медалями. Жизнь самого Скопина не остановилась, несмотря на то, что ради освобождения родного города пришлось отдать свои жизни таким патриотам, как Фёдор Полетаев.

После окончания военных действий жители Скопина занялись восстановлением своей малой родины. Первые несколько лет после войны никаких изменений практически не наблюдалось. Однако в период между 1950 и 1957 годами в городе было построено



свыше 120 тысяч квадратных метров жилой площади. Не забывали скопинцы и о культуре. В те же годы был построен кинотеатр «Октябрь».

В 50-е годы прошлого века город продолжает активно развиваться. Строятся жилые дома, культурно-бытовые и промышленные учреждения и предприятия. Расширяется городской водопровод, реконструируется городская электросеть, увеличивается количество заасфальтированных дорог. Построены дворец культуры им. В. И. Ленина и детский сад. Любители спорта тоже получили подарок — стадион на несколько тысяч мест.

Скопин становится крупным промышленным центром Рязанской области. Наряду с машиностроительными, стекольным, силикатным заводами возникают новые: гидрометаллургический, строймашин, электронасосов и другие. Скопин издавна известен своими кустарными промыслами — изготовлением кружев, деревянной и глиняной посуды. Последняя принесла городу известность и за рубежом. В Скопинском районе появилось множество памятных мест, посвящённых деятелям науки и культуры, родившимся или жившим в Скопине. В селе Питомша, например, сохранился дом, ставший музеем, где жил художник П. Боклевский.

Скопин дал стране целую плеяду деятелей искусства, крупнейших ученых, военачальников. Среди них композитор А. Г. Новиков автор знаменитой песни «Эх, дороги...», известнейший советский кинорежиссер И. В. Лукинский снявший фильмы «Деревенский детектив» и «Чук и Гек», драматург А. Н. Афиногенов, писатель В. И. Пальман, маршал Советского Союза и Герой Советского Союза С. С. Бирюзов, Герой Советского Союза Ф. А. Полетаев, Герой Советского Союза В. П. Комаров.

И сейчас город продолжает развиваться. Работают заводы — машиностроительный, автоагрегатный, электронасосов, экспериментальный технологического оборудования, строительноотделочных машин, гидрометаллургический. Идёт производство собственных стройматериалов на заводах силикатного кирпича, стекольном, железобетонных изделий, асфальтобетонном, кирпичном. Функционируют фабрики — ковровых изделий, швейная, трикотажная; предприятия пищевой промышленности. Скопин — центр сельскохозяйственного района (производство зерновых, картофеля, сахарной свеклы). Издавна город славится художественной вышивкой и плетением кружев производство «Русские узоры». В Скопине располагаются 10 детских садов, 8 средних общеобразовательных школ, 5 школ искусств, дом детского творчества и студия эстрадного вокала. Средние специальные учебные заведения представлены Скопинским электротехническим и Рязанским медицинским колледжами.

Визитной карточкой города является Скопинский краеведческий музей. С 2014 года действует Скопинский центр народных художественных промыслов и ремесел, внутри которого расположен Музей гончарства. Гости города могут побывать в музее истории гончарного промысла на фабрике Скопинской художественной керамики и в музее истории Подмосквовного угольного бассейна.

Обзор подготовил **С. Николаев**
www.narod.ru, www.skopin-gorod.ru,
www.bankgorodov.ru

X (XXVI) ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЙ ПИРОГОВСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ

Вспомни, что мы живем на земле не для себя только.

Вспомни, что перед нами разыгрывается великая драма, следствия которой отзовутся, может быть через целые столетия.

Грешно, сложив руки, быть одним только праздным зрителем, кому Бог дал хоть какую-нибудь возможность участвовать в ней...

Н. И. Пирогов

21 мая 2016 года делегация сотрудников нашей клиники, приняла участие во втором этапе десятого чрезвычайного Пироговского съезда врачей, с обсуждением направлений антикризисной программы реформирования здравоохранения Российской Федерации с заинтересованными государственными органами и общественными организациями.

Председатель Оргкомитета съезда профессор А. Г. Саркисян

Врачи РФ, профессионально оценивая опасность развивающейся ситуации в 90-е годы прошлого столетия, наблюдая непоследовательные и во многом ошибочные бюрократические и технократические попытки «реформирования» здравоохранения, опираясь на исторический опыт, приняли единственно возможное демократическое решение — добровольно объединились в Российскую медицинскую ассоциацию (1993 г.), восстановили необдуманно запрещенные в 1918 г. Пироговское движение и Всероссийские Пироговские съезды врачей (1995 г.) — высшие профессиональные медицинские форумы страны.

Медицинское сообщество России, объединенное в Российскую медицинскую ассоциацию, в течение 20 лет на Всероссийских Пироговских съездах врачей официально и демократически вырабатывало и предлагало основополагающие принципы своей деятельности: Кодекс врачебной этики, Медико-социальную Хартию Российской Федерации (Общественный Договор между государством, врачебной профессией и обществом), Концепцию системы государственно-общественного управления здравоохранением и врачебного самоуправления в РФ, Концепцию регулирования профессиональной деятельности и страхования профессиональной ответственности врачей в РФ, Конвенцию о правах и обязанностях врачей в РФ, Концепцию защиты прав пациентов в РФ и проект ФЗ «О правах пациентов» и др., прошедшие широкое обсуждение на съездах, Пленумах и конференциях во всех Федеральных округах и большинстве субъектов Российской Федерации.

В мировой практике подобного рода документы являются базисом и опорой для реформаторской деятельности любого Правительства в области здравоохранения, однако этого не происходит в нашей стране.

Настоящий десятый в новейшей истории России и двадцать шестой по общему счету Пироговский съезд врачей является юбилейным и одновременно чрезвычайным.

Он создан не по указу «сверху», а по требованию медицинской общественности — врачей и медицинских сестер, остро ощущающих в нелегкое для России время нависшую угрозу для здоровья народа и его будущего, кризисную ситуацию в социальной сфере и здравоохранении, все большие трудности в выполнении своего профессионального и этического долга.

Предложенные Пироговским движением врачей идеи нашли понимание, поддержку и развитие в деятельности Комитета гражданских инициатив, в прошедших — форуме Общероссийского народного фронта и Общероссийском гражданском форуме.

Рассматривая сложившееся в здравоохранении Российской Федерации положение как глубокий системный кризис, угрожающий национальной безопасности страны и требующий безотлагательного принятия решений и осуществления эффективных мер на государственном уровне, X (XXVI) Чрезвычайный Пироговский съезд врачей при участии 427 делегатов из 65 субъектов Российской Федерации очно и более 300 дистанционно по Интернет-трансляции констатирует:

1. Создавшееся кризисное положение в здравоохранении Российской Федерации является результатом распада и фрагментации единого медицинского пространства, нарушения связей между органами исполнительной власти, институтами гражданского общества и гражданами, нуждающимися в медицинской помощи, при несистемном, непоследовательном, научно необоснованном осуществлении реформенных преобразований и ненадлежащем исполнении законов государства.

2. При непринятии надлежащих решений и при проведении в проведении эффективных реформенных преобразований в здравоохранении на федеральном и региональном уровнях будет происходить дальнейшее ухудшение показателей здоровья населения, снижение производительного потенциала общества, увеличение демографической нагрузки, увеличение потребности в медицинской помощи, рост государственных бюджетных расходов на охрану здоровья и увеличение общественных потерь.

3. Правовое и экономическое положение врачей, медицинских сестер, научных и педагогических медицинских кадров не отвечает государственной политике Российской Федерации в области охраны здоровья населения и в сфере здравоохранения.

4. Оказание платных видов медицинской помощи и услуг в государственных учреждениях



здравоохранения, ошибки в организации здравоохранения сокращают доступность и качество медицинской помощи для основной части населения, ведут к возрастанию смертности, неудовлетворенности граждан медицинской помощью, проводимой государственной политикой в сфере охраны здоровья и обуславливают растущую социально-общественную напряженность в стране.

Принимая во внимание изложенное выше, с учетом проведенного обсуждения важнейших вопросов, Съезд принимает решение:

1. Усилить роль и значение государственного регулирования в сфере здравоохранения.

2. Федеральным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации

- обеспечить выполнение решений Президента Российской Федерации В. В. Путина, выраженные в майских (2012 г.) Указах по повышению оплаты труда врачей и медицинских сестер в государственном секторе здравоохранения и профессорско-преподавательских кадров в образовательных медицинских организациях;
- разработать нормативы деятельности медицинских учреждений, отвечающие современным потребностям по обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению РФ и осуществлять контроль за их исполнением;
- приостановить сокращение врачебных должностей и ликвидацию медицинских организаций без учета фактической потребности в них

и обеспечения доступности медицинской помощи для граждан страны;

- обеспечить на федеральном и региональном уровнях контроль за ценами на лекарственные препараты в организациях аптечной сети всех форм собственности.

3. Предложить медицинскому сообществу совместно с органами государственной власти рассмотреть представленные на съезде модели совершенствования и развития системы здравоохранения Российской Федерации.

4. Подтверждая решения предыдущих Пироговских съездов врачей, признать особенно важным и необходимым создание «Национального совета по охране здоровья граждан при Президенте Российской Федерации» для выработки рекомендаций в сфере охраны и улучшения здоровья нации. Возобновить ежегодные доклады Президента Российской Федерации о состоянии здоровья народа Федеральному собранию Российской Федерации.

5. Пироговскому движению врачей рассмотреть возможность совместной деятельности с заинтересованными государственными и общественными структурами по проблемам повышения качества образования и подготовки научных кадров в сфере здравоохранения.

6. Одобрить деятельность Российской медицинской ассоциации по возрождению Пироговского движения врачей, консолидации российского медицинского сообщества, организации и проведению за последние 20 (*двадцать*) лет 10 (*десяти*) Пироговских съездов врачей. Призвать профессиональное сообщество врачей России объединиться в единую независимую общенациональную общественную врачебную организацию с обязательным предоставлением ей права на участие в выработке решений, принимаемых в здравоохранении на общегосударственном и региональном уровнях.

7. Евразийскому Медицинскому Союзу продолжить начатую работу по стратегии и практической реализации проекта создания медицинского сегмента единого профессионального, образовательного и информационного пространства государств, входящих в Евразийский Экономический Союз. Поддержать создание Евразийского медицинского института повышения квалификации врачей и совместный инновационный проект Российской Федерации и Кыргызской Республики по подготовке высококвалифицированных управленческих и врачебных кадров.

8. Учитывая рост международного терроризма и расширяющуюся угрозу наркотической эпидемии, для эффективной борьбы с которыми нужны согласованные действия всех стран и людей мира, создать «Международный комитет гуманитарного сотрудничества с Исламской Республикой Афганистан» для

широкого обсуждения процессов восстановления системы здравоохранения страны, коллегиальной помощи врачам Афганистана в оздоровлении населения и выработки единой врачебной позиции по противодействию надвигающейся глобальной наркотической опасности. Пригласить для участия в работе Международного комитета представителей стран-участниц ЕАЭС, БРИКС и ШОС.

9. Подготовить и провести Евразийский (*Иссык-Кульский*) медицинский форум «Мир без наркотиков: врачебный рецепт».

10. В связи с возрастающей потребностью в трудовой иммиграции и с достигшей критических значений численностью иммигрантов в России, в целях обеспечения государственной миграционной политики разработать меры по профилактическим осмотрам иммигрантов и оказании им необходимой медико-санитарной помощи с созданием соответствующих структур и программ.

11. Разработать межведомственную программу подготовки парамедицинского персонала и принять необходимые меры по её реализации.

12. Учитывая важность оздоровительных физкультурных и спортивных мероприятий в обеспечении здоровья нации, рост применения допинга спортсменами вызывает озабоченность и необходимость разработки национальной антидопинговой программы.

13. Правительству Российской Федерации разработать программу по поддержке врачей и медицинских сестер из поколения «детей Великой Отечественной войны» и других исторически уязвимых групп.

14. Продолжить работу с представителями педагогического и научного сообществ Российской Федерации по совместному формированию Координационного Совета «За здоровую и образованную Россию».

Данное Решение направить Президенту Российской Федерации, в Правительство Российской Федерации, Федеральное собрание Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, крупнейшие научные центры и медицинские организации Российской Федерации, органы государственной власти и управления субъектов Российской Федерации, общественные медицинские, педагогические и научные объединения, политические партии, религиозные организации и средства массовой информации.

Данное решение принято единогласно делегатами X (XXVI) Чрезвычайного Пироговского съезда врачей.

Подготовил **Алексей Маркин**
с использованием ресурса www.rmass.ru



— Дела вашего мужа очень плохи! Можете поговорить с ним, но помните: ему необходим полный покой.
— Разумеется, доктор, я совершенно не буду его волновать. Просто попрошу написать завещание.

* * *

Дело было так — на приеме у доктора:
— Больной, в желчном пузыре у вас камни, в моче — песок, в легких — известь...
— Доктор, скажите, где у меня обои, и я начну ремонт!



Приходит женщина к врачу на обследование. Врач:
— Ну, что там у вас?
— Да вот, доктор, плохо себя чувствовать стала, в организме упадок сил и т. д.

Ну, врач ее осмотрел, потом протянул ей пачку таблеток и сказал:

— Вот таблетки, принимайте их 2 месяца. Перед завтраком — синюю таблетку со стаканом воды, перед обедом — красную таблетку со стаканом воды, и перед ужином — зеленую таблетку со стаканом воды.

— Доктор, что со мной?

— Вы пьете мало!

— Мой дед никогда не доверял врачам. Он всегда лечил себя сам по старинной книге рецептов... Хороший был старик. Умер от печатки в своей старой книге.

* * *

Старый хирург ругает молодого после очередной самостоятельной операции:

— Кто тебя учил ТАК делать разрез?! Ты же все столы изцарапал!

— На что жалуетесь?
— На жизнь.
— А от меня чего хотите?
— Дали б группу инвалидности.
— По какому же это заболеванию?
— А по изношенности лет!



Пациент: — Доктор...

Доктор: — Помолчите, я вас слушаю...

* * *

В сумасшедшем доме появился новый директор. Псих подходит к нему и говорит:

— Вы нам нравитесь больше других.
— Почему?, — спрашивает директор.
— Потому что вы похожи на одного из нас.



Неудачник приходит к психиатру:

— Доктор, дело тронулось! Сегодня я уронил бутерброд, и он упал маслом вверх!

Доктор берет из рук пациента бутерброд, долго его изучал и говорит:

— Да нет, батенька, просто вы его намазали не с той стороны.

* * *

Бизнесмен психиатру:

— Доктор, помните прошлым летом вы посоветовали: чтобы отвлечься от работы нужно развлечься девочками?

— Да.

— Так посоветуйте как мне теперь отвлечься от девочек и вернуться к работе!



Уходит старый врач, оставляя вместо себя молодого практиканта. Через некоторое время возвращается:

- Что происходило в мое отсутствие?
- Все прошло хорошо. Трех вылечил.
- А если подробнее.
- Первый со сломанной ногой пришел, ходить, говорит, вообще не могу.
- А ты?
- А я ему пургена дал. Ну он сначала ковылял, ковылял, потом костыли отбросил и как побежит.
- А второй?
- Он с поносом пришел. Ходить, говорит, вобще не могу только перебежками от сортира к сортиру.
- А ты?
- Ну я ему пургена дал.
- А он?
- Ну он сперва как побежал, а потом остановился, рукой махнул и пошел спокойно, не торопясь.
- Третий?
- Он с кашлем был. Кашель, говорит, замучал — сил больше нет.
- Ну и?
- А я ему пургена дал.
- ???
- Вон в углу стоит, кашлянуть боится!

* * *

- Доктор, у моей жены пропал голос. Что делать?
- Попробуйте сегодня вернуться домой в три часа ночи.

* * *

- Доктор, когда поздно ночью я пишу стихи, то до утра уже не могу уснуть.
- А Вы попробуйте прочитать то, что написали.

* * *

- Кажется, вы у меня уже были? — спрашивает врач пациента. — Напомните вашу фамилию...
- Семенов.
- Плеврит?
- Нет, Николай.

* * *

- Доктор, действительно ли вредно спать на левом боку?!
- Смотря на чьем...



Молодой человек обращается к окулисту:

- Доктор, у меня после свадьбы начались проблемы со зрением: я не вижу денег!

* * *

- Доктор, спасибо, боль в спине прошла. Что это было — радикулит?
- Нет, просто подтяжки были перекручены!



Корреспондент спрашивает директора дурдома, какой тест является критерием для выписки.

- Мы наливаем полную ванну воды, кладем рядом чайную ложечку и большую кружку, и предлагаем освободить ванну от воды.

Корреспондент улыбается и говорит:

- Ну, любой нормальный человек возьмет кружку.
- Нет, — говорит директор, — нормальный человек вынет пробку.

* * *

- Доктор, я уже много лет страдаю манией величия. И по методу Шичко лечился, и иглоукалыванием, и ури-нотерапией — ничего не помогает. Да вы и сами посудите, жалкий вы, ничтожный человек, разве может мне помочь эта убогая медицина?

По материалам сайтов
www.anekdot.coos.ru, www.caricatura.ru

ВОЛЬПЕРТИНГЕР. ЛЕГЕНДЫ ЖИВУТ

В наш просвещенный и технологический век предполагается, что не осталось белых пятен на давно и плотно освоенных человеком территориях. И все же... Тайна и редкость существуют с нами рядом, о чем мы порой не догадываемся. Счастливы наши туристы, которые тщением первичной профсоюзной, не побоюсь этого словосочетания, организации имеют возможность посещать незабываемые места отечества.

Были они и в Желанновском краеведческом музее, уникальном, расположенном в провинциально глубинном селе. Особая привлекательность музея — в его многопрофильности. И особый интерес к современной флоре и фауне, геологии, истории.

Настоящие же счастливицы сумели войти в доверие самых строгих музейных хранителей и проникнуть в тайную часть — хранилище экспонатов не для общего обозрения. Именно там я впервые увидел то, к чему стремились мои помышления. Это было единственное сохранившееся на территории России чучело рогатого зайца из Шацкой его популяции. Шацкие леса были единственным ареалом его обитания на просторах нашей страны. Последний, очевидно, представитель этого древнего вида был застрелен местным охотником по позднему чернотропу в 1915 году. Хорошо сохранилась великолепно выделанная голова. Чучело хранилось дома у детей охотника, и как великая реликвия местной флоры была передана в дар музею.



Рогатый заяц (*Вольпертингер*, *кролень*, иногда *джекалон* (англ. *jackalope* от *jackrabbit* — «заяц» и *antelope* — «антилопа») — реликтовое животное, фигурирующее в различных научных, литературных, фольклорных и журналистских источниках.

Собственно вольпертингер (нем. *Wolpertinger*) это немецкая разновидность рогатого зайца которая встречалась в баварских Альпах. Постоянная экспозиция вольпертингеров имеется в Мюнхенском музее охоты и рыболовства. Чучело зайца с оленьими рогами всегда привлекает толпы посетителей. Первое упоминание о рогатом зайце в немецких письменных источниках относится к публикациям 1753 года. Интересно, что о них писали в своих сказках



и братья Гримм. Его изображение встречается на гравюрах Йориса Хуфнагеля (нидерл. *Joris Hoefnagel*) из книги «Четвероногие и рептилии» (лат. *Animalia Quadrupedia et Reptilia*; 1575) и в «Энциклопедических картинах» (фр. *Tableau encyclopédique et méthodique*; 1789) в разделе «Млекопитающие», составленном Пьером Жозефом Боннатерре, а также в ряде других европейских источников вплоть до XVIII века.



Образ рогатого зайца встречается в классических буддийских текстах. Ниже приведена фигурка кроленя из древнего буддийского храма.

В США рогатый заяц приобрёл особую популярность в начале XX века. Самая крупная его популяция была в лесах штата Кентукки. Скрытный ночной зверек редко показывался на глаза людям. Рассказы о нем аборигенов этих мест, индейцев, считали сказками неразумного народа. А вот у истоков настоящей популярности стоял Дуглас Херрик (*Douglas Herrick*; 1920–2003), потомственный натуралист, охотник и таксидермист. Популярность вышла боком — остались только красиво сделанные чучела. И многочисленные памятники, привлекающие туристов.

Нет объектов для изучения, но ученые предполагают, что рогоподобную мутацию могло вызвать поражение специфическим кроличьим папилломавирусом, способным образовывать наросты причудливой формы на голове животного. Приобретенный признак защищал от хищников на четырех ногах, но он же привел к особой желанности трофея для двуногих охотников.

Историю загадочного вида изучил: **Миров А. И.**





Номер подготовили:

Главный редактор

Сергей Николаев

Редакционная коллегия:

*Александр Миров, Алексей Маркин,
Алёна Панова, Вера Давыдова*

Фотоматериалы предоставили:

Сергей Николаев, Александр Миров

Партнер данного выпуска

Портал учреждений здравоохранения

Российской Федерации

www.uzrf.ru

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