



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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



Выпуск №23, январь 2018

С НОВЫМ 2018 ГОДОМ!

СОДЕРЖАНИЕ

Территория заботы	2
Взаимоотношения врача и пациента	3
Технология Fast Track-хирургии («быстрого пути»)	5
Внутриматочные синехии	8
Как правильно выбрать детскую игрушку	11
С Рождеством Христовым	12
Сасово	14
Страница юмора	16



Дорогие коллеги, друзья! В последние дни уходящего года позвольте мне взять слово, чтобы сердечно поздравить вас с наступающими праздниками! Мы прожили тяжёлый, полный трудностей и невзгод 2017 год. И сейчас, окидывая взглядом все, что мы сделали, даже не верится, что это возможно! Хочу до земли поклониться ВАМ за просто титанический труд. Темпы развития нашей больницы не снижаются, не смотря на все трудности, надеюсь, что в следующем году, мы сохраним эту тенденцию, и с успехом преодолеем новый марафон длиной в 365 дней.

Могу пообещать, что придется еще больше работать и учиться. Тут будет трудно угнаться за нашими молодыми специалистами, которые успешно осваивают свою специальность, активно участвуют в системе непрерывного последипломного обучения.

Новое оборудование и современные подходы к лечебному процессу требуют совершенно другого уровня профессиональных знаний и умений. Но внедрение современных методов диагностики лечения, развитие цифровых технологий и стандартизации, не должны оторвать нас от традиции классической русской медицины. В высокотехнологичном мире внимание, сочувствие, сопереживание, милосердие приобретают ценность сокровища. Еще важнее стало находить индивидуальный подход и развивать сотрудничество с нашими пациентками, именно сотрудничество, а не продолжать игру в одни ворота. Долго и кропотливо придется учиться слышать друг

друга, понимать общность целей и задач, разяснять, что и у пациентов есть обязанности по отношению к больнице, персоналу, своему здоровью. А у нас (медицинских учреждений, врачей, медицинских сестер, санитарок) есть не только обязанности, но и права. Общество, в котором мы живем, еще очень не совершенно. А мы значительно старше, мудрее. Наверно, надо пока вполне терпимо относиться к его болезням и шалостям, в надежде на мудрое и доброе будущее. Понимая и принимая это своей душой, сейчас мы с Вами должны не только выполнять высокопрофессионально (а иначе и быть не может) свои трудовые обязанности, но и стараться проявлять максимально полную заботу, и сопереживать каждому конкретному пациенту и посетителю нашей клиники. Мы обязаны продолжать социальное служение обществу, помогая тем, кто обращается к нам за помощью, как составляли нас наши учителя и ветераны здравоохранения.

И конечно, дорогие друзья, желаю вам взять самое лучшее из этого года и успешно приумножить его в следующем. А все мелкие и крупные неприятности, которые постигли нас в работе, пускай станут лишь полезным опытом, без которого невозможен успешный рост ни одного учреждения.

Хочу пожелать всему коллективу больницы, чтобы каждый из дней грядущего 2018 года, был для Вас полон добра и счастливых моментов и стал плодотворным временем для свершения задуманных планов, подъема на новые ступени развития и исполнения профессиональных желаний, максимума возможностей для самореализации! Хочу, что бы у участников всей нашей команды появились шансы для карьерного развития и проявления себя как высоких профессионалов, вносящих бесценную лепту в общее дело. И со своей стороны я обязательно приложу для этого максимум стараний.

С пожеланиями благополучия и душевного тепла, главный врач А. И. Милов

ТЕРРИТОРИЯ ЗАБОТЫ

*Чтобы дойти до цели,
надо прежде всего идти.*

Этими словами Оноре де Бальзака окончила свое выступление-доклад директор ОСП ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский Университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Российский геронтологический научно-клинический центр», заведующая кафедрой болезней старения ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный специалист по гериатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Ольга Николаевна Ткачёва.

8 декабря в Рязани состоялась региональная конференция в рамках пилотного проекта «Территория заботы». Цель проекта — организация долговременной медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного и межведомственного взаимодействия в 7 субъектах российской Федерации с последующим тиражированием во всех регионах страны.

В нашей стране происходит значительный рост продолжительности жизни населения, а в 2015 году достигнут исторический максимум этого показателя -71,4 года. Сложившаяся демографическая ситуация требует изменения приоритетов при планировании стратегий укрепления здоровья населения и развития гериатрической службы. В 2016 г. вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. № 38н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», что говорит о важности развития этой медицинской дисциплины, так как ранее не было никаких нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи пожилым пациентам.

Наряду с ростом продолжительности жизни отмечается феномен так называемого «старения населения»: к 2030 году треть населения нашей страны будут составлять пожилые люди. Также наблюдается прогнозируемое увеличение глубины старения — увеличивается количество жителей старше 80 лет. При оказании медицинской помощи в настоящее время врачи сталкиваются с определенными трудностями — ведь любая доказательная база тех или иных манипуляций сформирована на пациентах максимального возраста до 65 лет. Тем не менее таких пациентов становится, подчеркиваю — к счастью, все больше и больше. В г. Москва к пожилым пациентам более 50% вызовов скорой медицинской помощи и около половины госпитализаций.

Но эти цифры не имеют негативного оттенка, это просто подчеркивает актуальность развитие такой отрасли медицины как «гериатрия». Все определяется не паспортным возрастом, а биологическим, функциональным состоянием организма.



Многое зависит от того, с кем пожилой человек проживает, его образования, окружения, трудоспособности. То есть процесс старения очень сильно зависит от наличия, а также качества социальных связей.

И задачей современной медицины является не только и не столько организация медицинской помощи, но и продление активного возраста человека.

Развитие гериатрии с фокусом на долговременную медицинскую помощь, развитие профилактики — это интенсивный путь реагирования на старение населения, позволяющий увеличивать годы активной жизни.

Долговременный уход — это долговременная медико-социальная помощь, которая направлена на то, чтобы сохранить активность и максимально отодвинуть то время, когда возникает необходимость в услугах сиделки.

Профилактировать старение необходимо не в 60 лет, а гораздо раньше.

И хотя в настоящее время к пожилому относится возраст старше 60 лет, однако эта граница условна, так как биологический возраст современного человека очень изменился.

Максимальная продолжительность жизни — 122 года, это жительница Франции Жанна Кальмон, которая в возрасте 100 лет каталась на велосипеде и играла в большой теннис, а в возрасте 117 лет впервые в жизни закурила, так как эту вредную привычку имела ее сиделка.

Понимание важности развития гериатрии — это в том числе и забота о своем собственном будущем, ведь и по достижении пожилого возраста человек должен как можно дольше чувствовать радость жизни и быть счастливым.

И конечно же с душевной теплотой и огромной благодарностью за сотрудничество хочу поздравить весь коллектив нашей больницы с праздниками. Пусть в будущем году у Вас появятся возможности для выхода на новый уровень развития и покорения еще не завоеванных высот, неиссякаемое творческое вдохновение, креативные идеи, энергия и оптимизм для воплощения смелых начинаний. Желаю крепчайшего здоровья, растущего благополучия и личного счастья всем сотрудникам нашей профессиональной команды, с которой, надеюсь, в 2018 году мы будем продолжать также легко и приятно решать поставленные задачи и претворять в реальность новые проекты. И тогда покоренных, нашим коллективом, вершин станет еще больше.

Заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ РО «ГКБ №8» Оксана Алёшкина

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

*Деонтология и этика врачебной
деятельности. Искусство беседы
и психологическое воздействие
врача на пациента.*

Залог успешного лечения — взаимоотношения между врачом и пациентом, основанные на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении.

Не секрет, что сейчас участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. Статистика подтверждает, что в большинстве своем судебные иски вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях с пациентом. Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушие, на формализм медиков. Это нельзя объяснить униженной зарплатой медицинских работников: ведь такая ситуация складывается не только в нашей стране. В прошлом году Ассоциация американских медицинских колледжей провела среди пациентов опрос, выясняя, каким критериям они бы руководствовались, выбирая себе врача. На первом месте оказались коммуникабельность и умение разъяснить пациенту сущность сложных медицинских процедур. То, что врач вышел из стен престижного учебного заведения, было на последнем месте. За тысячелетия существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему сохраняет большую значимость, если не первостепенность.

В прошлых столетиях роль врача нередко сводилась к простому наблюдению за естественным течением болезни. Стиль взаимоотношений до недавних пор заключался в том, что пациент доверял врачу право принимать решения. Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так, как считал нужным. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений и неуверенности, а врач полностью берет на себя заботу о нем. Врач не делился с больным своими сомнениями, скрывал от него неприятную правду.

Моделей общения врача и пациента несколько:

- информационная (*беспристрастный врач, полностью независимый пациент*);
- интерпретационная (*убеждающий врач*);
- совещательная (*доверие и взаимное согласие*);
- патерналистская (*врач-опекун*).

Для малообразованных людей больше подходит интерпретационная модель, для образованных людей, вникающих в суть проблем со здоровьем, — совещательная модель. Патерналистская модель, распространенная ранее, предполагает нарушение прав пациента и в наши дни не применяется, за исключением ситуаций, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях.

Однако доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от **доверия** заслуженного. В настоящее время врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Такое сотрудничество строится на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу.

Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом — ощущение **поддержки**. Если больной осознает, что врач намерен помогать, а не заставлять, то он, вероятно, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда врач проявляет **понимание**, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас слышу и понимаю» — или выражает это взглядом или кивком головы. **Уважение** подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапах сбора анамнеза, когда врач знакомится с обстоятельствами жизни пациента. **Сочувствие** — ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания — все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах.

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (*от греческого deon — должное и logos — учение*) — профессиональной этики медицинских работников. Состояние душевного комфорта пациента — вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Клятва, которая лишь условно называется гипократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое.

Позднее она была оформлена как документ и сохранила несколько основных требований к врачу, в частности:

- сохранение врачебной тайны;
- запрещение действий, способных причинить моральный или физический ущерб больному или его родственникам;
- преданность профессии.

Любопытно, что в разных странах античная клятва оставалась практически неизменной на протяжении 17 веков. Претерпев у нас в стране несколько «редакций», она лишь называлась по-разному — «Факультетское обещание» в дореволюционной России, «Присяга советского врача» — позднее.

Одним из наиболее важных в деятельности врача является запрещение действий, способных нанести вред больному, или принцип «не навреди». Старейшее и, вероятно, самое главное положение медицинской этики в латинской формулировке звучит так: *primum non nocere* («прежде всего — не навреди»). Любому врачу, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». Ведь известно, что, порой, лечение может быть тяжелее болезни. Речь идет о побочных действиях лекарств, негативных эффектах при одновременном применении большого числа препаратов, о несоответствии между прогнозируемой пользой и возможным риском от медицинского вмешательства.



Но хороший врач — это не только профессионализм, энциклопедические знания, взвешенные решения и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение говорить с больным.

Кстати, слово «врач» происходит от всем известного «врать», которое, правда, в старину имело совсем другое значение — «говорить», «заговаривать». Наблюдения показывают, что опытные врачи большее внимание уделяют общению с пациентом, сбору анамнеза и физикальному обследованию, а данные инструментальных и лабораторных исследований ставят рангом ниже. Доказано, что правильный диагноз по данным анамнеза ставится у 45–50 % больных, на основании опроса и физикальных методов обследования — у 80–85 % больных. Лишь у 15–20 % пациентов для постановки диагноза требуется углубленное лабораторное и инструментальное исследование.

К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Специально в медицинских вузах этому практически не обучают. Горько видеть, если врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения и директив, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь **не только слушать, но и слышать** пациента.

Отметим еще один непреложный факт: беседа с пациентом должна идти «один на один», присутствие третьих лиц исключается. Сведения о пациенте старше 15 лет не могут быть сообщены посторонним лицам и даже родственникам без его согласия. Сохранение врачебной тайны — это, как вы помните, одно из положений клятвы Гиппократы.

Согласно действующему законодательству («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»), пациент имеет право получать информацию о своем здоровье, соглашаться на лечение или отказываться от него (*положение об информированном согласии пациента*), требовать и получать материальное возмещение при нанесении ущерба здоровью. Пациент должен быть осведомлен о характере болезни, существующем риске, перспективах и способах лечения, возможности и степени участия семьи в реализации лечебных программ. Врачу всегда сложно

говорить о неблагоприятном прогнозе заболевания или большом риске какой-либо манипуляции. Человеку надо давать положительную информацию, настраивающую на перспективу пусть даже минимального улучшения. Ведь 60 % вероятность неблагоприятного исхода операции одновременно означает 40 % вероятность выздоровления.

Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду. Однако правду говорить необходимо: только взвесив все «за» и «против», человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие — частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятностных и негарантированных результатах, могут обнадежить больного. Хочется процитировать Б. Сейгела: «Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство — быть рядом и помогать больному надеяться и молиться».

Давно известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту.

Однажды на даче, во время летнего отдыха, одного известного врача попросили осмотреть соседа, который почувствовал боль в левой части грудной клетки. Мысль о том, что это инфаркт, вызвала панический страх. Когда врач вошел в комнату пациента, тот лежал на диване. В его глазах просматривалась тревога, растерянность, морально он был готов к худшему. После нескольких детализирующих вопросов и осмотра врач отметил, что, вероятно, боль является симптомом обострения остеохондроза. По мере того, как доктор спокойно, с уверенностью в голосе, рассказывал о своих наблюдениях, самочувствие больного улучшалось на глазах. Прошла тревога, эмоциональная подавленность сменилась готовностью бороться за улучшение своего самочувствия. Осталось только некоторое болезненное ощущение.

Как сделать общение с пациентом максимально эффективным? Можно ли научить общению? Некоторые рекомендации уже прозвучали, еще несколько таких советов приведены ниже.

- Попробуйте узнать причины подсознательной тревоги пациента. Помогите разобраться в них, переводя проблему на уровень сознания.
- Попробуйте дать пациенту конкретные инструкции о том, что делать, к чему стремиться, как себя вести.
- Беседуя с пожилыми людьми, не напоминайте им о возрасте. Разговор должен быть неспешным, вопросы следует задавать конкретные, требующие однозначного ответа.
- Постарайтесь избегать одних лишь устных советов, запишите рекомендации по режиму, диете, медикаментозной терапии на листе бумаги.
- Попробуйте разъяснить необходимость ограничения, по возможности, контакта с разрушающими психику факторами (*избыточная информационная нагрузка, стрессы и так далее*).
- Постарайтесь убедить пациента, что для сохранения и улучшения здоровья необходим комплексный подход, в том числе немедикаментозные меры. Свежий воздух, лес, солнце — вот лишь некоторые из факторов, способных повлиять на самочувствие.

Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться. Порой возникают вопросы немедицинского характера. Например, известно, что медицина до сих пор находится в сложном финансовом положении. В государственных медицинских учреждениях зачастую не хватает лекарств, перевязочных материалов,

оплата труда персонала низкая... И в то же время газеты и сайты пестрят объявлениями о так называемой рецептурной подработке для врачей, и потенциальный работодатель не скупится, указывая возможный заработок. Соблазн велик! А суть таких предложений проста: врач должен убедить, уговорить своего пациента купить препарат, а чаще — биологически активную добавку, за некое вознаграждение — процент от стоимости лекарства, который и будет составлять заработок врача. Принцип «больше продал — больше получил», хоть и удачно вписывается в систему рыночных отношений, но, на наш взгляд, в медицине неприемлем — это тупиковый путь, ведущий к отказу пациента от лечения и понижению авторитета врача. Но есть и другой путь: применение новейшей информации, касающейся квалифицированной синонимической и аналоговой замены препаратов, а также использование современных лекарственных средств и форм, улучшающих самочувствие, здоровье и качество жизни пациентов, приводя к укреплению авторитета врача и, как следствие, росту его социального положения. Так не лучше ли оставаться в ладу со своей совестью и достигать материального благополучия честным путем?

Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

Подготовила **Екатерина Сомова**

ТЕХНОЛОГИЯ FAST TRACK-ХИРУРГИИ («БЫСТРОГО ПУТИ»)

Хирургия Fast Track — новейшая мультимодальная стратегия активного операционного лечения больных с хирургическими, гинекологическими, урологическими и онкологическими заболеваниями

Активное внедрение эндоскопических методов лечения привело к уменьшению сроков госпитализации, скорейшему выздоровлению и восстановлению трудоспособности оперируемых пациентов.

Поскольку большинство подходов в хирургии (*схемы операций, оперативные техники, методы обезболивания, принципы предоперационной подготовки, принципы выхаживания пациентов*) сформировались еще в доантибиотиковую эру, то внедрение методов лапароскопической хирургии потребовало пересмотра сложившихся представлений уже к концу 1980-х годов. Этот фазовый переход совпал с повсеместным внедрением принципов доказательной медицины и ревизией большинства устоявшихся представлений сначала в рамках Кокрейновского содружества (*Cochrane Collaboration, 1988–2013, Великобритания*), а затем в формате масштабных исследований, инициированных

национальными хирургическими и гинекологическими ассоциациями США, Великобритании, Франции и Германии по проверке всей суммы знаний о хирургии.

Проведенные за 1990–2010 гг. мировые исследования по проверке методов подготовки пациентов к операциям выявили их неэффективность: например, длительная предоперационная подготовка кишечника, обязательное применение назогастрального зонда, послеоперационные дренажи, расположенные в полостях, обязательный длительный постельный режим, этапные диеты, оказались при проведении многих хирургических вмешательств не только бесполезными, но и в ряде случаев вредными.

В результате поиска эффективных методов лечения хирургических больных с минимальным риском возникло новое понятие — fast track хирургия (*«быстрый путь в хирургии», «хирургия быстрого пути», ускорение различных этапов лечебного процесса*), или ERAS (*early rehabilitation after surgery — ранняя реабилитация после операции*). Подбор методов анестезии, минимально инвазивных способов оперативного лечения, оптимального контроля боли и активного послеоперационного восстановления (*в том числе ранние пероральное питание и мобилизация*) в fast track хирургии уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время, необходимое для полного восстановления. Максимально принципам fast track хирургии соответствует применение лапароскопических технологий. Растущий интерес к этой программе отражается в абдоминальной хирургии, онкологии, гинекологии, урологии и других хирургических дисциплинах.

Пионером мультимодальной fast track программы в Европе, охватывающей все фазы периоперационной терапии, является профессор H. Rehlet. В работах J. Wind (2006) были суммированы и идентифицированы факторы, входящие в состав мультимодальной fast track программы в рандомизированных исследованиях, основные из которых приведены ниже.

- Дооперационное информирование пациента
- Отказ от подготовки кишечника перед операцией
- Отказ от премедикации в сочетании с изменением схемы интраоперационной анестезии
- Применение пробиотиков перед операцией
- Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством
- Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции в комбинации с адекватной водной и электролитной нагрузкой
- Регионарная анестезия или короткодействующие анестетики
- Адекватный объём инфузии в периоперационном периоде
- Короткие разрезы (*лапароскопия, мини-инвазивный доступ, поперечные разрезы*)
- Профилактика дооперационной гипотермии
- Применение высоких концентраций O₂ периоперационно
- Неопиоидная анальгезия
- Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов
- Раннее удаление мочевого катетера
- Прокинетика
- Раннее начало послеоперационного перорального питания
- Ранняя мобилизация

Что стоит за такой новой хирургической концепцией?

До сих пор операции на кишечнике, малом тазу считались хирургическим вмешательством среднего уровня, после которого пациентам предстояло провести в клинике минимум 10–15 дней. Метод Fast Track отбросил многие действовавшие до сих пор правила и догмы хирургии толстой кишки: пациенты могут покинуть клинику после такой операции уже через 3–6 дней, снова чувствуя бодрость и работоспособность. «Снижение уровня стресса для организма приводит к быстрому восстановлению» — вот точное объяснение концепции Fast Track. Как показывает многолетний опыт, операции вызывают стрессовые реакции организма, которые, естественно, усложняют его восстановление. Концепция Fast Track как раз и нацелена на то, чтобы как можно быстрее восстановить нормальную саморегуляцию организма.

Метод Fast Track включает в себя также новую концепцию обезболивания. В отличие от существовавшего до сих пор единственного варианта общего наркоза, пациенты получают сопутствующий наркоз спинного мозга, — так называемую перидуральную анестезию. Этот метод позволяет, во-первых, быстрее проснуться пациентам после операции, а во-вторых — снизить дозировку сильных болеутоляющих средств, которые, кроме выраженной усталости, вызывают снижение активности кишечника, а также — тошноту и рвоту. К тому же,

пациенты, через специальный катетер для обезболивания, в течение первых трех дней после операции, получают смесь обезболивающих медикаментов, которые, в сравнении с существующими до сих пор активными веществами, создают меньшую нагрузку на организм и дают намного лучший обезболивающий эффект.

Понятие «fast track» охватывает все фазы периоперационной терапии: предоперационную, интраоперационную и послеоперационную.

Предоперационная стратегия

1. Обучение пациента — объяснение и реальная информация о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде, преимуществах программы fast track. Стандартизация большинства этапов операций и методов обследования сделала малоинвазивную хирургию высоко предсказуемой технологической медицинской дисциплиной, позволяющей с высокой вероятностью, в отличие от традиционной хирургии, заранее информировать пациента о результатах операции и послеоперационном периоде.

2. Отсутствие ограничения питания до операции. Учитывая, что удлинение периода голодания со снижением pH желудочного содержимого увеличивает риск аспирации, пациенту в течение ночи разрешают пить до 400 мл прозрачной жидкости, так как данный объём не увеличивает риск аспирационных осложнений во время интубации. С применением принципов доказательной медицины продемонстрировано, что дооперационное голодание существенно снижает резервы гликогена в печени и вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину. Результатом этого является уменьшение восстановительных ресурсов организма. Вследствие этого обосновано применение 150 мл декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции, что также способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта, утомления, а следовательно, и стрессовой реакции. Уменьшение выраженности страха в результате выброса эндогенных опиоидов в свою очередь приводит к снижению интраоперационной потребности в анестетиках.

Согласно результатам рандомизированных исследований, необходимость механической подготовки кишечника к операции не считают обоснованной.

Интраоперационная стратегия

1. Анестезия, сводящая к минимуму хирургический стресс, соответствует целям fast track хирургии. Введение в клиническую практику короткодействующих внутривенных (*пропофол*) анестетиков, синтетических опиоидов (*фентанил*) и миорелаксантов позволило расширить показания к операциям, при которых пациенты находятся в клинике не более 24 часов, сократить продолжительность восстановительного периода, уменьшить потребность в длительном мониторинге. Применение регионарной эпидуральной и спинальной (*спинномозговой*) анестезии сопровождается улучшением функций лёгких, снижением нагрузки на сердечно-сосудистую систему, меньшим парезом кишечника и лучшей анальгезией. Мета-анализ рандомизированных исследований показал, что регионарная анестезия у больных после операций на нижней половине

тела позволяет достичь снижения осложнений на 30 % по сравнению с общей анестезией.

2. Использование минимально агрессивных хирургических методик уменьшает воспалительный компонент стрессового ответа, существенно не влияя на нейроэндокринный и метаболический ответ. Мининвазивная хирургия подразумевает снижение боли и сокращение сроков пребывания в стационаре по сравнению с открытыми методиками. Боль и лёгочная дисфункция встречаются реже при лапароскопических операциях, в тоже время применение лапароскопического доступа, несмотря на минимальную травму передней брюшной стенки, не избавляет пациенток от послеоперационной боли (*в результате раздражения брюшины угольной кислотой*), поэтому анестезия диафрагмы является актуальным и достаточным приемом во время малоинвазивных операций.

Оптимизированная инфузионная терапия (*directed goal therapy*) во время оперативного вмешательства предполагает предупреждение интраоперационной гиповолемии и чрезмерной инфузии кристаллоидов, которые могут привести к отёкам, ухудшению оксигенации тканей и замедлению заживления. Возможность же употребления жидкости ночью и отказ от подготовки кишечника приводит к отсутствию гиповолемии в начале операции и снижению интраоперационной инфузии. Обеспечение интраоперационной нормотермии. Развитие интраоперационной гипотермии влечёт за собой ухудшение гемостаза с увеличением внутри- и послеоперационной кровопотери, усиление послеоперационной дрожи с повышенным потреблением кислорода и повышением риска ишемии миокарда. Активное согревание пациента, укрывание неоперируемых частей тела и назначение подогретых инфузионных сред помогают поддерживать нормотермию.

Развитие методики Fast Track хирургии было бы невозможно без прогресса в медицинском оборудовании, включая создание компьютеризированных операционных.

Развитие хирургического инструментария сопровождалось созданием новых инструментов и даже отказом от традиционных методик соединения тканей как сшивание с заменой на степлерную технологию

Послеоперационная стратегия

1. Эффективное купирование боли. Послеоперационная боль — важнейший фактор, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре. При послеоперационной анальгезии необходим мультимодальный подход с комплексным использованием регионарной анальгезии, нейрональных блоков, комбинации ацетаминофена и нестероидных противовоспалительных препаратов, что позволяет уменьшить использование опиоидов и, как следствие, снизить их побочные эффекты.

2. Ранняя пероральная гидратация. Потребление более 300 мл жидкости в день операции и прекращение внутривенной инфузии в 1-й день, в случае необходимости назначают коллоиды.

3. Раннее восстановление энтерального питания (*6 ч после операции*) необходимо для успеха программы fast track хирургии как после небольших, так и после

объёмных операций. В течение 1-го и 2-го дня после операции вместе с жидким питанием назначают твёрдую пищу. При наличии тошноты и рвоты показана фармакологическая терапия (*дроперидол, антисеротонинергические препараты и анальгезия с уменьшенным использованием опиоидов*).

4. Ускоренная мобилизация — ранняя способность передвигаться, по крайней мере, 6 ч вне кровати в течение 1-го дня после операции. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы и слабость, ухудшает лёгочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбоэмболии, а также способствует послеоперационному образованию спаек. Должны быть приложены все усилия для послеоперационной активации, которая возможна при адекватной анальгезии.

Что означает хирургия Fast Track для пациента?

Во-первых — гарантия более быстрого восстановления после такой операции. При использовании старых методов хирургии организм из-за длительного лежачего положения, задержки питания естественным путем выходил из равновесия и требовал гораздо больше времени до полного восстановления.

При методе Fast Track, кишка подготавливается к операции намного более щадящими методами. Промывание (*очистительная клизма*), которое до сих пор было необходимо по регламенту перед каждой операцией на брюшной полости, в рамках этой концепции полностью отменено. Высокая очистительная клизма не только неприятна для пациента, но и может вызывать сдвиг в составе электролитов (*калия, натрия, кальция, хлорида*) в организме, что неблагоприятно сказывается на последующем выздоровлении, а также является одним из факторов нарушения сердечной деятельности и функционирования свертывающей системы организма пациента, что является одной из причин острых интраоперационных осложнений, и осложнений раннего послеоперационного периода.

Кроме того, ранее, пациентам не разрешалось принимать пищу и пить вечером накануне операционного дня. Следствием этого пациентам во время и после операции приходилось делать больше вливаний жидкости, чем это требовалось для нормальной работы органов. По новой методике, пациентам можно и нужно пить прозрачные жидкости минимум за 4–6 часов до операции.

Уже через шесть часов после операции, больных мобилизуют. При поддержке персонала, они делают несколько шагов, и сразу после этого их на длительное время усаживают в кресло. Затем на следующий день начинается работа по целенаправленной интенсивной программе восстановления.

Подготовила **Марина Мартынова** по материалам: Basse L, Thorbol JE, Lossl K, Kehlet H. Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care. Dis Colon Rectum. 2004; 47(3): 271–278.

Wichmann MW, Roth M, Jauch KW, Bruns CJ. A prospective clinical study for multimodal „fasttrack” rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery. Rozhl. Chir. 2006; 85(4): 169–175.

Grigoraş I./ Fast-trach surgery — a new concept — the perioperative anesthetic management. // Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2007, Vol. 3, Nr. 2 — p.89–91

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ

Первое описание внутриматочных синехий (ВМС) датируется 1894г., когда Frisch H. их описал у пациентки с вторичной аменореей, развившейся после выскабливания в послеродовом периоде. Спустя 33 года Bass B. у 20 из 1500 обследуемых женщин диагностировал атрезию цервикального канала, возникшую после медицинского аборта. В 1946 г. Stamer S. к 37 случаям, описанным в литературе, добавил 24 случая из собственного опыта. В 1948 г. Джозефом Ашерманом был опубликован ряд статей, в которых впервые указал частоту ВМС, подробно описал этиологию, симптоматику, а также представил рентгенологическую картину ВМС. После этих публикаций термин «синдром Ашермана» используется для описания ВМС до настоящего времени. Несмотря на то, что о синехиях известно больше века, проблема до сих пор остается нерешенной, и в настоящее время ведутся работы, направленные на изыскание мер профилактики, диагностики и лечения данной патологии.

Пусковым механизмом для формирования ВМС является травма базального слоя эндометрия, которая может быть вызвана различными факторами. Основной из них — вмешательство во время беременности или в послеродовом периоде. Несмотря на то, что синдром Ашермана был описан после произведенного выскабливания по поводу акушерских состояний, в настоящее время установлены и другие причины ВМС. Так, увеличение числа внутриматочных вмешательств по поводу субмукозных миоматозных узлов, аномалий развития матки и т.д. дало еще одну группу пациенток, предрасположенных к формированию ВМС.

Роль инфекции в развитии ВМС — спорная. В то время как одни авторы считают, что инфекции не причастны к формированию ВМС, другие утверждают, что основной причиной данной патологии является именно инфекция, особенно при гистологически подтвержденном хроническом или подостром эндометрите, даже без клинической картины.

Ряд авторов утверждают, что критический период, в течение которого появляются спайки, — от 3-х до 5 дней после операции. Этот процесс усиливается рядом факторов, которые нарушают физиологический фибринолиз: ишемия, посттравматическое воспаление, наличие крови, инородные тела. Спайки могут вовлекать различные слои как эндометрия, так и миометрия. Сращения этих тканей гистероскопически проявляются характерной картиной: эндометриальные спайки схожи с окружающей здоровой тканью, миофибрильные спайки встречаются наиболее часто, характеризуются поверхностным тонким слоем эндометрия с множественными железами.

Клинические проявления

Нарушения менструальной функции, включая гипоменорею и аменорею, остаются общими клиническими

проявлениями ВМС. При ВМС аменорея может быть вызвана различными этиологическими факторами: эндометриальными спайками, приводящими к обструкции цервикального канала, обширным спаечным процессом в полости тела матки из-за разрушения базального слоя эндометрия. При обструктивной аменорее у пациенток отмечаются циклический дискомфорт или боли внизу живота, гематометра и даже гематосальпинкс. Отмечается также дисменорея и бесплодие. По сравнению с аменореей и бесплодием невынашивание беременности относится к более легким осложнениям ВМС. Возможные этиологические факторы включают в себя: уменьшение полости матки, отсутствие достаточного количества нормальной ткани эндометрия для имплантации и поддержки плаценты, неполноценную васкуляризацию функционирующего эндометрия вследствие фиброза и т.д. В исследованиях Schenker J. G., Margalioth E. J. наблюдались 165 беременностей у женщин с нелеченой формой синдрома Ашермана. Частота спонтанного выкидыша составила 40 %, преждевременных родов 23 %, своевременные роды произошли в 30 % случаев, патологическое прикрепление плаценты наблюдалось у 13 % женщин, внематочная беременность — у 12 % больных.

Клинические проявления тесно связаны с такими патологическими изменениями, как глубина фиброза, расположение спаек, и делятся на 3 типа.

Тип 1. Аменорея развивается вследствие спаек или стеноза цервикального канала. В таких случаях, как правило, выявляется нормальная полость матки выше спаек, прогноз довольно благоприятный.

Тип 2. Спайки в полости матки. Эта наиболее распространенная форма ВМС имеет 3 степени тяжести: центральные внутриматочные синехии без сужения полости, частичная облитерация с уменьшением и полная облитерация полости матки.

Прогноз после лечения напрямую зависит от степени поражения. У пациенток с центральными ВМС и сохраненными нормальным эндометрием и полостью матки прогноз лечения довольно благоприятный. Прогноз лечения зачастую неудовлетворительный у больных с частичной или полной атрезией полости матки.

Тип 3. Спайки могут выявляться как в канале шейки, так и в полости тела матки.

Диагностика внутриматочных синехий

Гистеросальпингография (ГСГ) до изобретения гистероскопа, была и до сих пор для многих гинекологов остается методом выбора. ГСГ способна оценить форму полости матки и состояние маточных труб. Wamsteker K. описал ГСГ-картину при ВМС как дефекты наполнения с резко очерченными границами, с централизованным и/или пристеночным расположением.

УЗИ ввиду неинвазивности широко используется как с диагностической, так и, интраоперационно, с вспомогательной целью.

Соногистерография сочетает в себе УЗИ с внутриматочным введением изотонического солевого раствора. При выявлении одной или более экзогенных областей между передней и задней стенками полости матки можно заподозрить ВМС.

Основным преимуществом МРТ являются визуализация в полости матки проксимальных спаек и оценка состояния эндометрия, что необходимо для решения

вопроса о дальнейшей тактике ведения больной. МРТ играет вспомогательную роль в диагностике полной облитерации полости матки, когда гистероскопическая визуализация не представляется возможной.

Благодаря непосредственной визуализации при ГС можно более точно подтвердить наличие и оценить степень спаечного процесса в полости матки. Al-Inany H. описал различные виды внутриматочных спаек, которые визуализируются при помощи гистероскопа:

- 1) центральные спайки выглядят в виде колонок с расширенными концами и связывают противоположные стенки полости матки;
- 2) пристеночные спайки выглядят как полумесяц и за навес, скрывая дно или боковые стенки, они могут придать полости матки асимметричную форму;
- 3) множественные спайки, которые делят полость матки на несколько более мелких полостей.

Ни в одной из классификаций ВМС не учитываются клинические проявления, особенности менструальной функции. Из всех известных классификаций на данный момент самой объективной считается классификация Американского общества фертильности (AFS) 1988 г., хотя она несколько сложна и громоздка.

По данной классификации стадия ВМС определяется суммой баллов:

- 1) стадия I — 1–4 балла;
- 2) стадия II — 5–8 баллов;
- 3) стадия III — 9–12 баллов.

Лечение

Лечение синдрома Ашермана направлено на восстановление размеров и формы полости матки, менструальной и репродуктивной функции, профилактику рецидива спаек. На протяжении последнего столетия были описаны различные методы лечения.

1. Выжидательная тактика. Schenker и Margalioth получили данные по 23 пациенткам с аменореей, которые не получали хирургического лечения, у 18 из них восстановился регулярный менструальный цикл в период от 1 года до 7 лет.

2. Слепое расширение и кюретаж. Известно, что этот метод чреват высоким риском осложнений и малоэффективен.

3. Гистеротомия. Впервые гистеротомию для разделения ВМС предложил Д. Ашерман. При анализе 31 случая гистеротомии забеременели 16 женщин (52%), 8 (25,8%) из которых благополучно родоразрешены. Однако этот метод лечения следует рассматривать только в самых экстремальных ситуациях.

4. Гистероскопия (ГС) в настоящее время является методом выбора при синдроме Ашермана благодаря малой инвазивности и возможности многократного выполнения при рецидиве. При использовании ножниц или щипцов для разрушения синехий существует меньший риск перфорации матки и разрушения базального слоя эндометрия по сравнению с применением различных видов энергии. Однако внутриматочная хирургия с использованием энергии может создать условия для эффективной и точной резки, а также гарантировать гемостаз, обеспечивая оптическую прозрачность операционного поля.

Эффективность и безопасность хирургического лечения синдрома Ашермана может быть улучшена, если

ГС сочетается с одним из методов контроля: рентгеноскопией, лапароскопией, трансабдоминальным УЗИ. Недостаток рентгеноскопии заключается в лучевом воздействии. Лапароскопия широко используется для контроля гистероскопического адгезиолизиса и дает возможность оценить состояние органов малого таза, выполнить хирургическое лечение при различной патологии. Трансабдоминальное УЗИ все чаще используется при гистероскопическом разделении внутриматочных спаек и значительно снижает риск перфорации матки.

О хирургическом успехе можно судить по восстановлению нормальной анатомии полости матки, восстановлению менструальной функции, наступлению беременности и живорождаемости. Отмечено, что восстановление нормальной полости матки после первой процедуры составляет 57,8–97,5 %. Однако репродуктивный исход зависит не только от состояния полости матки, но и от состояния эндометрия.

По данным литературы, частота наступления беременности после гистероскопического лизиса внутриматочных спаек у женщин составила около 74 % (468 из 632), что намного выше, чем у неоперированных женщин. Рецидив ВМС — основной фактор неэффективности операции и напрямую связан с распространенностью спаек. Отмечено, что частота рецидивов в диапазоне 3,1–28,7 % характерна для всех случаев спаек и 20–62,5 % — для распространенных спаек.

Так как рецидив ВМС наступает в раннем послеоперационном периоде, профилактика после операции имеет важное значение и осуществляется различными методами.

Профилактика рецидива ВМС

Внутриматочные противозачаточные средства широко использовались в качестве метода для предотвращения рецидива ВМС. В обзоре литературы March C. M. заключил, что Т-образные внутриматочные спирали имеют слишком малую площадь поверхности, чтобы предотвратить прилипание стенок полости матки. В литературе есть данные об использовании катетера Foley, введенного в полость матки на несколько дней после лизиса спаек для предотвращения рецидива. В проспективном контролируемом исследовании Amer M. I. et al. оценили эффективность этого метода, оставив в полости матки катетер Foley на одну неделю после операции у 32 больных. Диагностическая ГС выполнена на сроке от 6 до 8 нед. после операции. ВМС были обнаружены у 7 пациенток в группе с баллоном (7 из 32; 21,9%) в сравнении с 9 пациентками в группе без баллона (9 из 18; 50%). Однако использование баллона создает «открытые ворота» в полость матки для инфекции из влагалища. Большого размера баллон увеличивает внутриматочное давление, которое может привести к снижению притока крови к стенкам матки и отрицательному воздействию на регенерацию эндометрия. Кроме того, этот метод может создать значительный дискомфорт для пациентки.

J. Wood и G. Pena предложили применение эстрогенов для стимуляции регенерации эндометрия на травмированных поверхностях. В рандомизированном исследовании 60 женщинам было проведено выскабливание полости матки в течение I триместра беременности и проведена эстроген-прогестинотерапия после адгезиолизиса. У этой группы больных толщина

(0,84 см против 0,67 см) и объем эндометрия (3,85 см² против 1,97 см²) была статистически значимо больше, чем в контрольной группе. Эти данные свидетельствуют о том, что заместительная гормональная терапия значительно увеличивает толщину и объем эндометрия, стимулируя восстановление и циклическую трансформацию.

В рекомендациях Королевского колледжа акушерства и гинекологии, посвященных профилактике спаечного процесса, отмечено, что любое хирургическое вмешательство на органах живота и малого таза ведет к образованию спаек и связанных с ними осложнений в отдаленном периоде. Во избежание таких рисков необходимо применение противоспаечных барьерных средств. Наиболее эффективными противоспаечными средствами в акушерстве и гинекологии признаны производные гиалуроновой кислоты (ГК). Американская ассоциация лапароскопических хирургов-гинекологов рекомендует применять барьерные противоспаечные средства (гели), в состав которых входит ГК, после проведения любых внутриматочных вмешательств, т.к. доказано, что эти средства достоверно снижают риск образования спаечного процесса в полости матки.

Использование гелевых форм противоспаечных средств является наиболее предпочтительным при внутриматочной хирургии, поскольку гель равномерно распределяется по всей сфере, заполняя конгруэнтные поверхности и труднодоступные области в полости матки. Гели просты в использовании, образуют на поверхности органа тонкую пленку, которая выполняет функцию противоспаечного барьера на время интенсивного заживления тканей. Поэтому для профилактики рецидива после адгезиолиза в полость матки вводятся гелеобразные наполнители, препятствующие контакту ее стенок, таким образом, предотвращая образование ВМС. Наибольшее распространение получили барьеры из биоразлагаемых материалов, которые полностью выводятся из организма.

Основным компонентом таких барьеров служит ГК (представляет собой дисахаридную молекулу), она присутствует в организме как естественный компонент внеклеточного матрикса. ГК была предложена в качестве барьерного агента для предотвращения адгезии и продемонстрировала благоприятные для организма биологические свойства. Механизм действия ГК реализуется на очень ранней стадии заживления тканей (первые 3–4 дня) путем подавления адгезии фибробластов и тромбоцитов, активности макрофагов, а также путем ингибирования образования фибрина и создания защитного барьера на поврежденном участке ткани. Период полураспада ГК — около 1–3-х дней. Полностью расщепляется в организме в течение 4-х суток с помощью фермента гиалуронидазы.

Другой антиадгезивный компонент под названием карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ) представляет собой высокомолекулярный полисахарид, который также служит эффективным противоспаечным средством. КМЦ нетоксична, неканцерогенна. В пищевой промышленности применяется как загуститель, наполнитель и пищевая добавка. В хирургии КМЦ применяется в качестве субстрата для закрепления и пролонгирования действия ГК на поверхности ткани. Действует как механический барьер.

Комбинация высокоочищенной натриевой соли ГК с КМЦ в виде геля (Антиадгезин (Геньюэл Ко., Лтд, Корея)) предназначена для профилактики спайкообразования после любых операций на органах и тканях, где имеется риск спайкообразования, в т.ч. после внутриматочных

операций. Согласно проспективному рандомизированному исследованию J. W. Do et al., развитие внутриматочного спаечного процесса через 4 нед. после вмешательств было отмечено в 2 раза реже в группе с послеоперационным применением Антиадгезина, чем в контрольной: 13% против 26% соответственно. Противоспаечный гель обладает благоприятными характеристиками: удобство и простота в использовании, возможность применения при внутриматочном, открытом и лапароскопическом вмешательстве, продолжительность противоспаечного эффекта (до 7 дней), способность к рассасыванию (биodeградации), безопасность, иммуносовместимость, инертность (гель не является очагом инфекции, фиброза, ангиогенеза и пр.), оказывает барьерный (разграничивающий) эффект. Кроме того, гель Антиадгезин имеет оптимальную степень текучести и вязкости, что позволяет ему обволакивать анатомические образования любой формы, создавая гелевую пленку, фиксированную к раневой поверхности, а также не влияет на нормально протекающие процессы регенерации и соответствует всем установленным стандартам качества.

Следует помнить, что профилактика ВМС всегда полезнее и легче, чем лечение. С этой целью важно избегать любых травм матки, особенно при беременности и в послеродовом периоде. При наличии изменений полости матки в послеродовом периоде или после аборта ГС следует рассматривать как эффективный метод для диагностики и контроля лечения, т.к. она предпочтительнее обычного неконтролируемого, слепого выскабливания.

Заключение

В течение века достигнут большой прогресс в диагностике и лечении ВМС, в результате которого ГС стала «золотым стандартом» диагностики и лечения ВМС. В иных случаях могут потребоваться повторные (третьи, четвертые и т.д.) вмешательства, которые не всегда заканчиваются желаемым результатом. Применение противоспаечного геля на основе гиалуроновой кислоты и карбоксиметилцеллюлозы в комплексе с гормональным лечением является современным инновационным методом профилактики внутриматочного спайкообразования с высоким уровнем успешности. Женщины, у которых наступила беременность после лечения ВМС, подлежат тщательному наблюдению ввиду высокого риска ряда акушерских осложнений. Будущие исследования должны быть направлены на изучение клеточных и молекулярных аспектов регенерации эндометрия, а также на меры профилактики первичных и повторных послеоперационных ВМС.

Подготовлено по материалам статьи Попова А. А., Мананниковой Т. Н., Алиевой А. С., Федорова А. А., Беспаловой А. Г. (ГБУЗ МО МОНИИАГ, г. Москва) «Внутриматочные синехии: век спустя», опубликованной в РМЖ №12 от 06.2017 г.

P. S. Пользуясь случаем, хочу поздравить весь коллектив нашей больницы с Новым 2018 годом и Рождеством Христовым. Пусть Новый год принесет Вам в подарок благополучие, воплощение мечты и надежду на успешное будущее. Пусть успех будет вашим верным спутником во всем. Желаю Вам мира, терпения, согласия, добра, и удачи, семейного счастья!

Алексей Маркин



КАК ПРАВИЛЬНО ВЫБРАТЬ ДЕТСКУЮ ИГРУШКУ

В преддверии Нового года, думаю, еще раз следует напомнить о правилах и требованиях, которые должны знать потребители при покупке детских игрушек. Игрушка ребенку нужна не только для игры, но и способствовать его развитию. При выборе игрушки надо учесть, будет ли игрушка безопасной для ребенка, понравится ли ему и соответствует ли она его возрасту. Поэтому первым делом при покупке игрушки надо обратить внимание на её безопасность.

Необходимо помнить:

Приобретайте игрушки в магазине, где вся продукция проходит контроль и имеет информацию о подтверждении соответствия;

Обращайте внимание на маркировку игрушки — она должна быть разборчивой, несмываемой и содержать все необходимые сведения о товаре

Размер игрушки имеет большое значение — все, что меньше 4–5 см в диаметре, включая маленькие игрушки или отдельные части больших игрушек, не должно оказываться в руках детей до 5 лет, т.к. попадающие под это ограничение игрушки (их части) легко проходят в дыхательные пути ребенка, что может привести к фатальному исходу;

Не покупайте игрушки без упаковки, а если купили, то перед тем, как дать ребенку, обязательно вымойте. Весь товар, который выставлен на прилавке магазина без упаковки, не подлежит продаже, т.к. является демонстрационным, который можно выбирать, рассматривать, но при покупке продавец должен выдать игрушку в фирменной упаковке производителя;

Обязательно убирайте от детей упаковку от игрушек, которая создается из яркого и красочного картона

(полиэтилена и целлофана), для привлечения максимального внимания, и дети часто принимают её за саму игрушку, совершенно не предназначенную для игр;

Убедитесь, что игрушка соответствует возрасту ребенка, то есть, что она действительно подходит для умственной, физической и эмоциональной нагрузки ребенка. Не покупайте детям младших возрастов игрушки, предназначенные для более взрослых детей;

Внимательно осмотрите приобретаемую игрушку, она не должна иметь острых углов и шероховатостей, иметь слишком резкий запах, что свидетельствует о некачественных красителях;

Проверьте на прочность материал и окраску игрушек. Новорожденным покупайте только литые погремушки. Остерегайтесь слишком ярких игрушек: режущие глаз цвета отрицательно влияют на зрение и нервно-психическую сферу ребенка;

В мягкой игрушке не допускается миграция волокон, швы должны быть прочными;

Новую игрушку обязательно промойте теплой водой с мылом. Хорошая игрушка от этого не пострадает, а с некачественной смывается все лишнее;

Не покупайте маленьким детям сложные игрушки, которые они не смогут собрать самостоятельно. Некоторые высокотехнологичные игрушки работают слишком громко, что может повредить слух ребенка, лучше покупать игрушки с переключателем и регулятором громкости;

Обязательно проверьте, как закреплены детали игрушки и элементы питания, которые ребенок не должен вынимать самостоятельно!

В заключение от всей души хочу поздравить вас коллеги с Новым 2018 годом! Желаю, чтобы этот год принес нам новые возможности, свежие идеи и открыл новые перспективы. Пусть грядущий год принесет крепкое здоровье, процветание в работе и счастье в личной жизни! С праздником Вас!

*Начальник территориального отдела
Управления Роспотребнадзора по Рязанской области в Скопинском районе **Михайлюк Е. А.***

С РОЖДЕСТВОМ ХРИСТОВЫМ

Христиане всего мира каждый год с нетерпением ожидают самый светлый праздник — Рождество Христово. В каждом уголке земного шара, где преклоняются пред именем Христа, празднуют этот поистине великий день. Его с нетерпением ждут не только дети, но и взрослые. Прежде всего, это божественный праздник, в который мы чтим имя Сына Божьего, принявшего смерть во имя спасения всего человечества. Без осознания этой мысли теряется смысл праздника. Этот праздник олицетворяет всечеловеческую любовь и рождение веры в душе каждого христианина и играет важную роль не только в жизни православных христиан и католиков, но и для самой церкви. По словам Святого Иоанна Златоуста II, Рождество Христово, празднование которого приходится на 25 декабря по юлианскому календарю, или же 7 января по григорианскому календарю, является началом всех главных церковных праздников. Он говорил, что в этом празднике имеют свое начало и Богоявление, и Пасха, и Вознесение Господне, а также Пятидесятница. Из древних преданий мы знаем, что о явлении на землю Сына Господа было известно пророкам Ветхого завета. И этого чуда ожидали на протяжении нескольких веков. Так было предсказано Рождество Христово.

Так как же все начиналось? Появление Сына Господа случилось в зимнюю холодную ночь. Мария и Иосиф шли из Палестины в Иерусалим. Как свидетельствуют древние источники, римляне должны были записываться по месту своего жительства, а иудеи — по месту своего рождения. Мария и Давид, потомки царя Давида, родились в Вифлееме, расположенном на юго-западе от Иерусалима. Когда у Марии начались родовые схватки, они были возле пещеры, в которой было устроено стойло для скота. Иосиф пошел искать повитуху. Но когда вернулся, то увидел, что младенец уже появился, а пещера была наполнена светом необычайно силы, который они не могли вынести. И только через некоторое время свет погас. Мария родила Богочеловека в ужасных условиях, среди яслей и соломы.

Известие о родившемся Спасителе дошло до пастухов, дежурящих ночью у своего стада. Им явился Ангел и сообщил об этом — и именно пастухи первыми пришли поклониться Родившемуся в ту ночь.

Чудесною звездой было возведено о Рождестве Христовом волхвам, «звездословцам» — по сути, в их лице весь прежний языческий мир преклонил колени перед истинным Спасителем мира. Волхвы нашли то место, где родился Спаситель, и «*падоша поклонились Ему*» (Мф. 2:11).

Они принесли Ему дары: золото, ладан и смирну. Золото — как царю, ладан — как Богу, смирну — как «*имеющему вкусить смерти, ибо иудеи со смирной погребают мертвецов, чтобы тело оставалось нетленным*», как трактует Священное Писание блаженный Феофилакт Болгарский.



Он же пишет: «Они (волхвы — Авт.) из пророчества Валаама научились тому, что Господь и Бог, и Царь и что Он имеет умереть за нас. Но послушай это пророчество. «Возлеж, — говорит, — почил, как лев» (Числ. 24:9). «Лев» обозначает царское достоинство, а «возлеж» — умерщвление».

Иудейский царь Ирод связывал серьезные опасения с Рождеством Христовым, так как считал, что на свет появился новый царь, Который отнимет у него царский трон. Поэтому он сказал волхвам вернуться из Вифлеема в Иерусалим, чтобы сообщить ему, где находится Младенец. Но волхвы получили откровение во сне — не возвращаться к деспотичному правителю. Так они и поступили. Ирод же пришел в ярость и дал приказ убить в Вифлееме и его окрестностях всех младенцев мужского пола в возрасте до двух лет. Вифлеем был окружен войсками, словно в военное время, исполняющие приказ воины врываются в дома, вырывают младенцев из рук матерей, швыряли их на землю, топтали ногами, били головой о камни, поднимали на копья, разрубали ударами меча.

«Глас в Раме слышен, плач и рыдание, и вопль великий; Рахиль плачет о детях своих и не хочет утешиться, ибо их нет», — свидетельствует евангелист Матфей, Мф. 2:18.

14 тысяч — таково число убитых детей. Однако Ироду не удалось осуществить задуманного. Святой Иосиф Обручник, получил во сне откровение бежать в Египет вместе с Марией и Младенцем. Что и было сделано в ту же ночь.

Блаженный Феофилакт Болгарский, поясняя Евангелие от Матфея, пишет: «Притом младенцы не погибли, но сподобились великих даров. Ибо всякий, терпящий здесь зло, терпит или для оставления грехов или для умножения венцев. Так и сии дети больше увенчаны будут».

Святой Иоанн Златоуст трактовал это чудовищное событие следующим образом: «Если бы кто взял у тебя несколько медных монет, а взамен отдал тебе золотые, неужели ты считал бы себя обиженным или обездоленным? Напротив, не говорил ли бы ты, что этот человек твой благодетель?»

Дата рождения Сына Господа долгое время оставалась спорным моментов в истории. Попытка установить этот момент по датам событий, которые сопутствовали рождению Иисуса, не приводили богословов к какой-то конкретной цифре. Первое упоминание о дате 25 декабря встречается в летописях Секста Юлия Африкана, датированное 221 годом. Почему дата Рождества Христова определена именно этим числом? Время и дата смерти Христа доподлинно известна из Евангелия, а он должен был находиться на земле полное число лет. Из этого

можно было сделать вывод, что Иисус Христос был зачат 25 марта. Отсчитав от этого дня девять месяцев, сделали вывод, что дата Рождества Христова — 25 декабря



Когда отмечают Рождество Христово в России?

Несмотря на то, что Русская Православная Церковь использует юлианский календарь, праздник Рождества Христова отмечают по григорианскому — 7 января. Эта дата входит в число двенадцатых праздников. Как празднуют Рождество Христово? Традиции празднования этого светлого дня уходят корнями в далекое прошлое. Ну, во-первых, празднику предшествует сорокадневный пост. Канун Рождества называется Сочельником. Название данный праздник получил из-за основного блюда — сочива, которое верующие едят в этот день. Сочиво — это размоченная сухая пшеница. У нас это блюдо известно под названием кутья. В Сочельник пост особенно строгий, также в этот день правится вечернее богослужение. На Рождество Христово в России и других православных странах крестники несут своим крестным так называемую «вечерю», которая состоит из сочива. После того как на небе взойдет первая звезда, можно садиться к столу, на котором обязательно должно быть двенадцать постных блюд, по числу апостолов. Блюда обязательно должны быть постными, так как накануне праздника еще нельзя употреблять животную пищу. Перед праздничным ужином все присутствующие за столом читают молитву, восхваляющую Бога Иисуса Христа. Накануне Рождества люди украшают свой дом еловыми ветками. Именно ветви ели знаменуют собой вечную жизнь. Также в дом приносят дерево ели и украшают его яркими игрушками, которые символизируют плоды на райском дереве. В этот день принято дарить друг другу подарки.

Народные традиции

Считается, что в ночь накануне Рождества на Земле правят две силы — Добро и Зло. И та сила, к которой человек больше склоняется, и совершает над ним различные чудеса. По поверью, одна сила созывала праздновать людей на шабаш, а другая — за праздничный стол. В давние времена в этот день молодые люди собирались в группы, наряжались в веселые костюмы, сооружали на шесте Вифлеемскую звезду и с веселыми песнями-колядками ходили по домам, оповещая хозяев, что Христос родился. Также они желали хозяевам мира в доме, хорошего урожая и других благ, те же, в свою очередь, благодарили «коляду» и давали различные угощения. К сожалению, данная традиция сохранилась только в селах.

Рождественская ёлка.

Безусловно, главной традицией Рождества является наряженная ель. Этот обычай известен с VIII века и пришел к нам из Германии. Первое упоминание о Рождественской елке связано с личностью святого Бонифация. Когда монах Бонифаций читал друидам (поклонникам деревьев) проповеди об Иисусе Христе и Рождестве, то убеждал их, что дуб не является священным деревом. Чтобы доказать свои слова, Бонифаций срубил дерево. Падая, дуб поломал все деревья своей кроной, не сломанной осталась только лишь одна ель. Монах увидел в этом событии чудо, воскликнув: «Пусть будет ель деревом Христа».

В Россию традиция украшать дома сосновыми и еловыми ветками пришла в 1699 году по указу Петра I. Лишь в 1830-х годах в домах стали ставить целые елки. В те времена, елка украшалась различными фигурками из цветной бумаги, фруктами, блестящими мелочами и даже сладостями. Ель все прочней укладывалась в умах людей, становясь незаменимым атрибутом зимних праздников. Так, в конце XIX — начале XX веков елки стали устанавливать повсеместно на площадях и улицах, как обязательную часть праздника. Празднование проходило торжественно. Приготовления елки от младших в семье детей, как правило, скрывались. Елку обвешивали детскими игрушками, которые раздавали им после забав. День Рождества Христова — прежде всего праздник детей и обязательным радостным моментом Рождества были подарки под елкой.

Раньше считалось, что Рождественский подарок должен быть сделан своими руками, но сейчас это может быть и купленный подарок. Очень символично в этот праздник дарить друг другу фигуры ангелов. Подаренного ангела нужно подвешивать в комнате, и он обязательно подарит в новом году счастье, удачу и успех своему обладателю.

Заключение.

Рождество Христово, можно считать самыми древним и важным праздником в православии. Он символизирует собой ход времени, умирание старого и рождение нового. И, естественно, он имеет свою историю, происхождение, смысл, наделен множеством символов и примет.

Пусть сегодня, мы уже не отмечаем этот праздник так, как отмечали его наши предки. Но некоторые традиции, все-таки сохранились. Рождество люди стараются отметить этот праздник со своей семьей, с близкими и родными. И важно, сохранить эти традиции, поскольку они являются своеобразным отражением культуры русского народа. Рождественские традиции имеют важный, с религиозной точки зрения, смысл. Рождество объединяет людей, устанавливая преемственность традиций, привнося в нашу жизнь ту частичку тепла, которая так необходима каждому.



Подготовил **Сергей Уткин**

САСОВО

Город расположен на юго-восточной окраине Мещёрской низменности, на реке Цна, в 184 км к юго-востоку от Рязани.

Площадь города составляет 24,04 км², протяженность территории с севера на юг составляет 7,5 км, с запада на восток — 9,56 км. Состав территории города Сасово определен в 1926 году Постановлением Президиума ВЦИК от 19.06.1926 года. Город находится в центре Сасовского района Рязанской области и занимает площадь в 2404 га.

Герб города Сасово утвержден на заседании Сасовской городской Думы в декабре 1997 года.

История герба

В расщечном серебряном и зеленом щите слева — лазоревая (*синяя, голубая*) волнистая перевязь, справа — две серебряных узких перевязи; в сердце щита — золотая, положенная в пояс связка каната; в червленой (*красной*) главе — башенная о трех зубцах корона, мурованная серебром и обремененная на обруче тремя золотыми безантами (*монетами*). В золотой вольной части со скругленным углом — старинная зеленая княжеская шапка с черной соболей опушкой, над которой золотое украшение (*«городок»*) с червленым самоцветным камнем.

До 1923 года земли нынешнего города Сасово входили в Елатомский уезд Тамбовской губернии. Затем уезд был присоединен к Рязанской губернии, а в 1925 году в ее составе был образован самостоятельный Сасовский уезд с центром в с. Сасово. Основным торговым и транспортным путем здесь издревле являлась река Цна. По ней же в незапамятные времена происходило заселение этих земель славянами-вятичами. Символическое изображение реки помещено в правой (*левой от зрителя*) серебряной части герба в виде лазоревой (*синей, голубой*) волнистой перевязи (*диагональной полосы*).

В конце XIX века через Сасовские земли прошла Московско-Казанская железная дорога, которая стала новой торговой и транспортной артерией. Благодаря ей оживилось экономическое развитие всего региона, в с. Сасово было создано крупное железнодорожное депо, что послужило в дальнейшем его превращению в промышленный город. Стальная магистраль символики изображена в левой (*правой от зрителя*) зеленой части герба в виде двух узких серебряных перевязей. Лазоревая и две серебряные перевязи соединяются в основании гербового щита в форме латинской буквы «V», являющейся первоначальной буквой «viktori» (*победа*). Соединение символических изображений водного и стального транспортных путей в основании гербов можно трактовать как знак их основополагающего значения и преемственности в развитии Сасовского региона.

В старину село Сасово славилось своим веревочным — и канатопрядильным производством. За изделиями сасовских мастеров на ежегодные ярмарки съезжались купцы со всей центральной России. Шли сасовские канаты и веревки и за пределы страны. Ими оснащались парусные суда. В конце XVIII века это дало Екатерине



II основание оснастить золотыми «сасовскими» веревками серебряный парус в гербе уездного города Елатмь, который, таким образом, присвоил себе часть славы сасовских умельцев. В современном гербе г. Сасово в центре щита помещено изображение связки золотого каната в форме знака бесконечности, перехваченной посредине золотой веревкой, в напоминание того, с чего пошла слава, и началось промышленное развитие города.

Герб Сасово имеет червленую (*красную*) «главу», в которой помещено изображение серебряной башенной короны о трех зубцах. Такими коронами с середины XIX века украшались гербы уездных городов. Корона помещалась над щитом, поэтому с. Сасово после обретения в 1926 году статуса уездного города, могло, согласно российской геральдической традиции, получить герб с серебряной городской короной. Но в советское время этого не случилось, а в настоящее время Сасово является не уездным городом, а муниципальным образованием. Поэтому корона изображена прямо в гербовом щите. По ее обручу помещены три золотые монеты (*«безанты»*), говорящие о том, что в с. Сасово исстари велся богатый торг, благодаря которому оно росло и развивалось. Червленый (*красный*) фон напоминает о том, что через два года после того, как Сасово обрело статус города, в мае 1928 г. почти половина его была уничтожена огромным пожаром, и многое пришлось отстроить заново. Отсвет этого огня говорит о горе и славе жителей, переживших это несчастье и построивших современный город.

Исторический очерк

Как населенный пункт, село Сасово образовалось в середине XVI века. Первые сведения о нем содержатся в писцовой книге по Шацкому уезду за 1626 год.

Слово «Сасово», по мнению некоторых ученых, происходит от татарского «саз» (*в произношении «сас»*), означающее «болото», «топкое место». Близко к этому значению по своему происхождению и название главной реки района — Цна, которое восходит к финно-угорскому «тцина», означающего «илистая река».

Есть и другая, менее убедительная версия, связанная с легендой о предводителе крестьян по имени Саса, который, скрываясь в болотистых местах, совершал дерзкие набеги на имения бояр.

С 1778 года, с образованием Рязанского наместничества в составе трех губерний, с. Сасово входило в состав Елатомского уезда Тамбовской губернии.

Истари основным занятием сасовцев было веревочное — прядильное дело. Работали веревочный и канатомольный заводы. Также было развито корабельное дело, торговля. В XIX веке одной из владетельниц Сасово — это уже крупного, торгового села была мать великого русского писателя И. С. Тургенева — Варвара Петровна.

В 1893 году на участке Рязань — Сасово Московско-Казанской железной дороги открылось пассажирское и товарное движение. Это привело к значительным экономическим сдвигам. Население села Сасово быстро росло. В 1894 году в нем проживало уже 6500 жителей.

Железнодорожники станции Сасово и местные крестьяне активно участвовали в революционных событиях 1905 года. Был создан стачечный комитет, который подпольно отпечатал листовки, призывающие железнодорожников и крестьян на борьбу за свержение царского самодержавия.

В декабре 1917 года в селе Сасово была установлена советская власть. В 1919 году перед железнодорожниками Сасовского депо выступал М. И. Калинин. Его приезд имел большое значение для укрепления Советов, улучшения работы советского аппарата. В память о пребывании М. И. Калинина в Сасово на здании Локомотивного Депо установлена мемориальная доска.

В 1925 году решением ВЦИК был образован Сасовский уезд. 19 июня 1926 года село Сасово было преобразовано в город, а 13 октября, после проведения выборов, начал работу городской Совет депутатов трудящихся. Его первым председателем стал И. Н. Кочетков. В городе в то время проживало около 10 тысяч человек. Работали канатный завод, типография, крупная скотобойня, швейная артель, МТС. Функционировали образовательные и досуговые учреждения: три школы, два детских сада, две библиотеки, клуб железнодорожников.

В годы Великой Отечественной войны по железной дороге непрерывным потоком шли эшелоны с войсками, танками, орудиями, боеприпасами. Была отмечена четкая работа коллективов железнодорожной станции Сасово и других отделений. На фронта Великой Отечественной войны было призвано более 35 тыс. жителей Сасовского района, из которых более 10 тыс. погибло, более 5 тысяч сасовцев были награждены боевыми орденами и медалями, 18 сасовцам присвоено звание Героя Советского Союза. Один является полным кавалером ордена Славы. В честь сасовцев, погибших на фронтах Великой Отечественной войны открыт мемориальный комплекс, где горит Вечный огонь памяти. На центральной улице города установлен бронзовый бюст герою Советского Союза А. С. Мишину.

После войны в городе выросли новые кварталы и улицы. Одним из ярких событий жизни города явилось строительство крупного завода автоматических линий, который дал городу вторую жизнь. На сегодняшний день город является административным центром Сасовского района.

Экономика и культура, здравоохранение и образование края

Основные отрасли — машиностроение и металлообработка, пищевая промышленность, легкая промышленность, энергетика.

Заводы: металлоконструкций и дорожно-строительной техники, станкостроительный, торгового оборудования, сельскохозяйственных машин.

Предприятия пищевой промышленности: мясной и молочный комбинаты, сахарный завод.

Фабрики: швейная, трикотажная. Домостроительный комбинат.

Кроме развития мелких и средних коммерческих предприятий (*среди них много деревообрабатывающих и строительных*), в городе за последние годы введены в строй литейный завод и завод слабоалкогольных напитков.

Уровень образования в городе достаточно велик, 38 % педагогов имеет высшую и первую квалификационную категории, многие награждены значком «Отличник народного образования» и «Почетный работник общего образования». Более 45 % выпускников школ поступают ежегодно в высшие учебные заведения. На территории города расположены сельскохозяйственный и технологический техникумы, профессиональное училище. Имеются также заочные отделения Московского университета леса и Владимирского государственного университета (*на базе технологического техникума*) и Рязанского государственного аграрного заочного университета и Московской технологической академии (*на базе сельскохозяйственного техникума*) и некоторых других ВУЗов.

В городе располагается Сасовская централизованная библиотечная система, включающая в себя 6 городских библиотек.

Широко известен краеведческий музей г. Сасово, который ведет большую экскурсионную деятельность. Сведения о нем имеются во Всероссийском реестре музеев, а интернетный сайт «Туризм» сообщает о достопримечательностях города Сасово — Темгеновском городище, доме Постникова, Казанской церкви.

Сасовский район является родиной композитора А. П. Аверкина, в честь которого с 1998 г. проводятся Всероссийские фестивали народного творчества. В них принимают участие известные композиторы, поэты, исполнители, профессиональные и самодеятельные коллективы.

История самого молодого учреждения — музея русской песни имени А. П. Аверкина ведется с 2000 года. Уникальные экспонаты — личные вещи А. П. Аверкина, артисток Л. Зыкиной, А. Стрельченко, А. Литвиненко, В. Толкуновой, редкие музыкальные инструменты привлекают внимание гостей города.

Уроженцами города являются русский философ — космист Н. Ф. Федоров, актер и режиссер А. П. Ленский, заслуженные деятели науки и техники И. И. Меркулов, И. П. Полканов, К. В. Воробьев, К. В. Островитянов, И. И. Горбунов, Н. И. Ходукин, писатели Н. В. Богданов, Ю. М. Корольков.

В сфере здравоохранения города работают муниципальное лечебно-профилактическое учреждение «Сасовская центральная районная больница», в составе которой имеется поликлиника, детская поликлиника, стационар, инфекционный корпус, корпус неврологического отделения, корпус наркологического отделения, отделение переливания крови, геронтологическое отделение, отделение скорой помощи, физиотерапевтическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория; медико-санитарная часть при Сасовском летном училище гражданской авиации, ветеринарная станция по борьбе с болезнями животных; Рязанский областной Фонд обязательного медицинского страхования; АОТ СМО «Полимед», Сасовский филиал Рязанской страховой компании «Прио-медстрах»; индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию (*зуболечение и зубопротезирование, диагностика, лечебный массаж*).

Подготовила **Екатерина Сомова**

Все бегают, носятся. Кто с подарками, кто с продуктами, кто с алкоголем, кто с платьем на Новый год. Как же тяжело живется тем, у кого есть деньги.

* * *

— Представляешь, сосед, Новый год еще не начался, а у нас во дворе уже кто-то выкинул ёлку!
— Это я выкинул прошлогоднюю ёлку, чтобы освободить место для новой.



— Дорогая, что подарить тебе на Новый год?
— Ой, милый, ну я даже не знаю...
— Хорошо, даю тебе еще год на размышления.

* * *

— Дорогой, я так хочу, на старый Новый Год... Шубу!
— Моя ты хозяйшкa! Сейчас же пойду, куплю свеклу и селёдку!!!

* * *

Если вы не любите Новый год, то с вероятностью в 83 % вы — мандарин.

* * *

Почему ты так торопишься с работы?

— Должен сварить обед.
— А жена на работе?
— Нет, дома.
— Больная?
— Нет. Голодная.

* * *

Два актера подрабатывают под Новый Год, Дедами Морозами. Один просит другого:

— Слушай, зайди к моей семье, поздравь их с праздником.
— А почему ты сам не можешь?
— Да я слишком дорого беру.

* * *

Обвиняемый, когда вы обнаружили чужой кошелек?

— 31 декабря.
— Как только вы его нашли, сразу должны были сдать в милицию.
— В тот день в милиции никого не было.
— А на следующий день?
— На следующий день в кошельке уже ничего не было.

Приходит Дед Мороз к психиатру и говорит:

— Доктор, помогите! Я в себя не верю

* * *

Сыну 5 лет. Привез его на прививку в детскую поликлинику. Сидим в прививочной, тетя медсестра набирает шприц. Вдруг сынуля поворачивается ко мне и говорит:
— Я тебя пока в машине подожду, ладно?

* * *

Мужик просыпается утром после бурной новогодней ночи с дикой головной болью:

— Вот опять, год — новый, а ощущения — старые.

* * *

Продавец женщине в магазине:

— Вам чем-нибудь помочь?
— Да, я ищу подарок самому близкому человеку.
— Ну... может быть, ноутбук?
— Нет, ноутбук у меня уже есть.

* * *

Мужчина делает 90 % из того, что обещал. Женщина делает 90 % из того, что обещала не делать

* * *

— Дорогой, а золото ржавеет?
— А в чем, собственно, проблема?
— Я тут сережки разглядываю, которые ты мне подарил на День рождения...
— Да, дорогая, есть такие сорта золота, которые немножко ржавеют.



В тюремной больнице:

— Доктор, вы уже удалили у меня гланды, аппендицит, селезенку и одну почку, но мы договаривались, что вы поможете мне покинуть эту тюрьму.
— Не все сразу, дорогой мой, шаг за шагом.

* * *

— Повесьте, пожалуйста, куртку.
— Не повешу, у вас нет петельки.
— Ну, хотя бы за капюшон.
— Не повешу! У вас нет петельки!
— Ну, сейчас же спектакль начнется.
— Не начнется, вон сидят актеры и все пришивают петельки.

Подготовила **София Крамарова** по материалам
www.nekdo.ru www.rive2.ru www.carikatura.ru



С НОВЫМ 2018 ГОДОМ ДОРОГИЕ НАШИ ЧИТАТЕЛИ!

**Дорогие читатели , наступает новый
2018 год — год Жёлтой земляной Собаки!**

Для большинства людей встреча Нового года — самый любимый праздник. Новый год называют волшебным, загадочным, удивительным, неповторимым, чарующим. Люди ожидают очередного чуда, светлой сказки, нового счастья...

Кто-то загадывает желания, и верит, что оно непременно сбудется в наступающем году! Мы ждем боя курантов, поднимаем бокалы с искрящимся шампанским и дух захватывает — вот он, вот он долгожданный праздник, Новый Год, еще несколько секунд и ОН войдет на порог каждого дома, как полноправный хозяин, царь и повелитель. Войдет, и непременно принесет с собой душевную теплоту и гармонию с каждой семьей, здоровье — как самую большую драгоценность, данную нам свыше, удачи — чтоб хватило на весь год, любви — чтобы сердце переполнялось и страсть царя над умом, подарков заветный мешок и новогодних поздравлений впридачу!

Этот праздник неизменно сопровождается радостными хлопотами и заботами, новогодними приготовлениями, рецептами и украшениями стола. Каждая хозяйка норовит удивить своих близких и родных каким-то по-особенному удивительным и вкусным блюдом, стремится так накрыть стол, чтобы аромат душистых салатов и пирогов наполнил дом, чтобы на столе

было новогоднее настроение, подсвечники, салфеточки со снежинками, и печенье в форме елочки. И мандарины с конфетами, и шампанское!

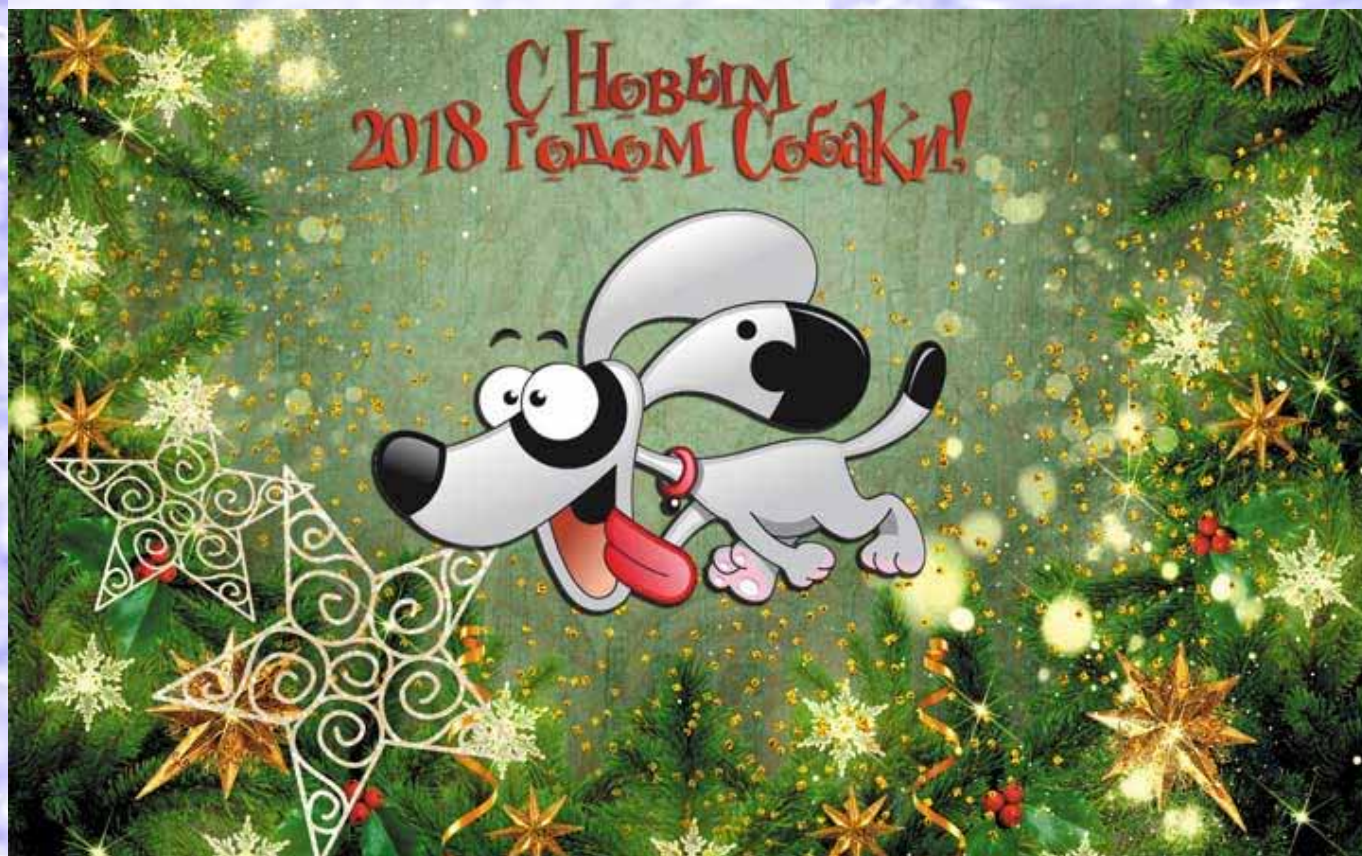
А дом? Дом уже несколько дней украшает лесная красавица, разодетая в царские наряды, переливающиеся огоньками, сияющие звездочками. Она, украшенная необыкновенными шарами и шишками, давно ждет праздника! Скоро, скоро дети и взрослые возьмутся за руки и встанут плясать в веселый новогодний хоровод вокруг нашей нарядной гостьи. «В лесу родилась елочка...» — вот он праздник, Новый Год, вот оно наше счастье!

В эту пору все мы пытаемся по совместительству работать волшебниками, чародеями, добрыми феями... Дед Мороз и Снегурочка получают детские письма и готовят подарки. А это значит, что Новый год обязательно наступит — и будет не менее веселым и счастливым, чем все предыдущие.

А утром... утром все мы как дети украдкой бросим взгляд под елочку, не лежит ли там заветный мешок с подарками? Кто знает, вдруг Дед Мороз и правда есть :)

И пока еще есть те самые заветные пять минут, запаситесь новогодними поздравлениями и пожеланиями для любимых и дорогих вам людей, для тех, с кем вы собираетесь встретить наступающий год, и кто от вас далеко. Запаситесь добрыми стихами, и не жалейте слов в адрес друзей. А главное, верьте — все ваши пожелания непременно сбудутся!

И пусть самый волшебный и сказочный праздник, обязательно исполнит Ваши мечты, подарит надежды на лучшее и преподнесет долгожданные перемены. Пускай все плохое, что было в этом году, забудется, а хорошего станет намного больше. Желаем Вам в наступающем году искренних улыбок, успехов в работе, крепкого здоровья и верных друзей.



Номер подготовили:

Главный редактор

Сергей Николаев

Редакционная коллегия:

*Оксана Алёшкина, Алексей Маркин,
Марина Мартынова, Екатерина Сомова,
Сергей Уткин, София Краморова, Юлия Лосева*

Редакционная коллегия благодарит

за предоставленные материалы:

*начальника территориального отдела
Управления Роспотребнадзора по Рязанской области
в Скопинском районе Михайлюка Е. А.*

Спонсорами данного выпуска является:

*Портал учреждений здравоохранения
Российской Федерации www.uzrf.ru*

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