



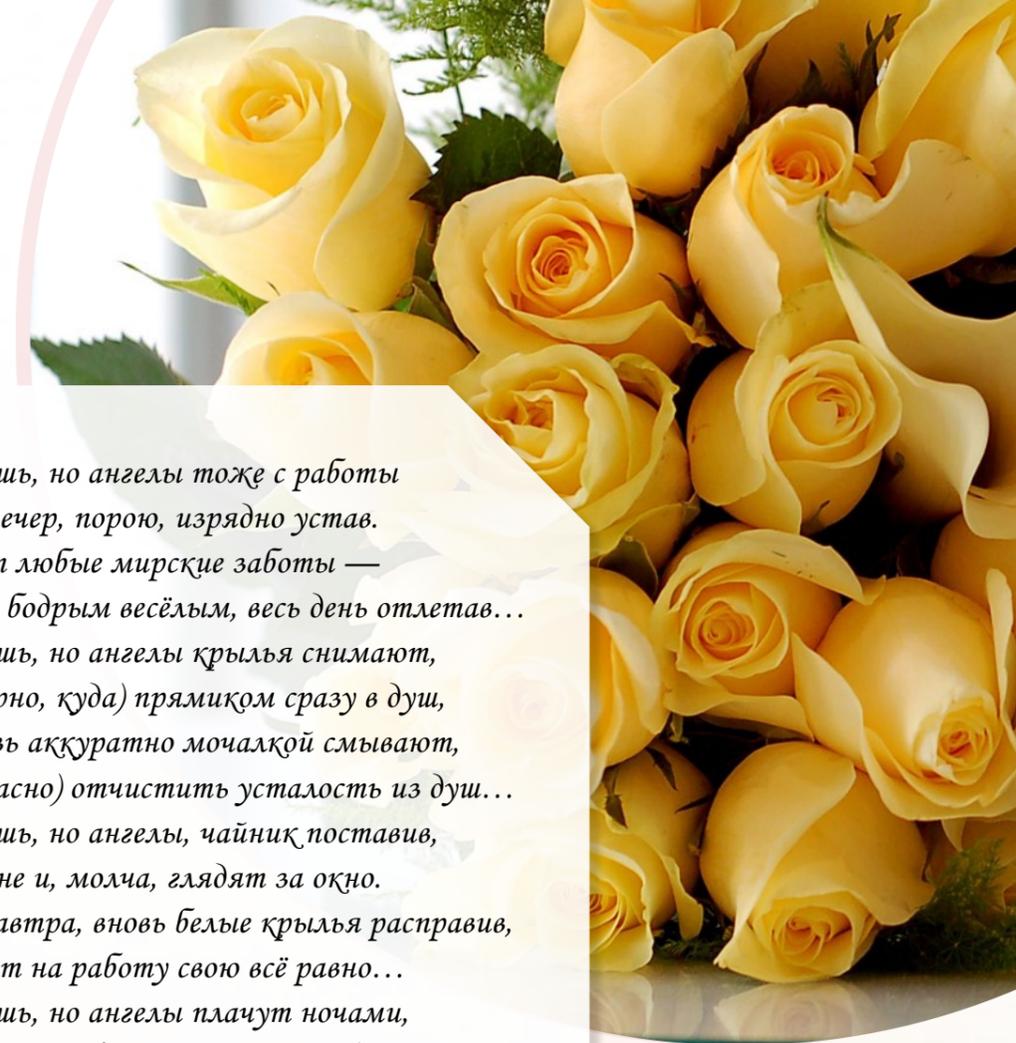
БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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

**С Днём медицинского
работника Вас!**



Выпуск № 24, июнь 2018



СОДЕРЖАНИЕ

Святые бессребреники Косма и Дамиан Ассийские	2
Акушерские и гинекологические воззрения Абуали ибн Сина ...	4
Клинический случай гигантского полипа шейки матки	7
Тревога в практике врача акушера гинеколога	8
Лечебное применение магнитных полей	12
Забытое имя – профессор Герасим Кораблев	14
Скоро в школу!	18
Сараи	20
Страница юмора	24

*А ты не поверишь, но ангелы тоже с работы
Приходят под вечер, порою, изрядно устав.
И их утомляют любые мирские заботы —
Попробуй быть бодрым весёлым, весь день отлетав...
А ты не поверишь, но ангелы крылья снимают,
Идут, (ну, наверно, куда) напрямик сразу в душ,
Пылинки и грязь аккуратно мочалкой смывают,
Пытаясь (напрасно) отчистить усталость из душ...
А ты не поверишь, но ангелы, чайник поставив,
Садятся на кухне и, молча, глядят за окно.
И думают — завтра, вновь белые крылья расправив,
Пойдут-полетят на работу свою всё равно...
А ты не поверишь, но ангелы плачут ночами,
Припомнив какую-то (детскую, взрослую) смерть.
И столько в слезах этих боли, горючей печали,
О том, что помочь не смогли, не успев прилететь...*

Уважаемые коллеги!



В преддверии профессионального праздника хочется сказать много теплых слов, отметить высокий профессионализм, ответственность, умение работать в команде, уникальные человеческие качества каждого в нашем коллективе. То, что для вас является повседневным, обыденным делом, другие воспринимают как подвиг. Каждый день брать на себя ответственность за здоровье и жизнь другого человека, делить с пациентом его боль и тревоги, отдавать другим часть своей жизни — этот путь способен пройти не каждый. Ваш труд бесценен. Так пусть же успехи у вас будут не только на работе, но и в доме: пусть будут счастливы дети, пусть всегда пылает семейный очаг, пусть в вашей жизни царит гармония и взаимоуважение. Простого человеческого счастья вам, с Днем медика!

Главный врач **Александр Милов**,
Заместитель главного врача по лечебной работе **Оксана Алёшкина**

СВЯТЫЕ ПОКРОВИТЕЛИ МЕДИЦИНЫ СВЯТЫЕ БЕССРЕБРЕНИКИ КОСМА И ДАМИАН АССИЙСКИЕ

День памяти: 1 Ноября / 14 ноября

Святые бессребреники Косма и Дамиан были родные братья. Отечество их — Асия. Так в древние времена называлась часть Малой Азии. Ни время их рождения, ни время смерти неизвестно. Несомненно только то, что они жили не позднее IV века. Так нужно думать, во-первых, потому что в первой половине V века, при императоре Феодосии младшем, устроили во имя их святые храмы, во-вторых потому, что копты, отделившиеся от православия со времен Халкидонского собора (431 г.), признают их в лике святых, тогда как живших после сего времени святых они не принимают.

Отец их был грек и язычник, мать — христианка, по имени Феодотия. В ранних годах они лишились своего родителя, но это послужило к их счастью. Мать могла свободнее заняться воспитанием детей. Решившись на всю жизнь остаться вдовой, она ревностно исполняла закон христианский; отказавшись от всех радостей жизни, она о том только заботилась, чтобы угодить Господу. Словом, была истинною вдовицею, каких восхваляет апостол Павел: истинная вдовица и уединена, уповаает на Бога и пребывает в молитвах и молениях день и ночь (1 Тим. 5, 5).

Поэтому Святая Церковь причла ее к лику святых, наименовала преподобною и творит память ее вместе с ее чадами. Можно понять, какое воспитание получили дети под руководством такой матери. С самого младенчества она старалась внушить им страх Божий и любовь к добродетели. А как скоро дети стали приходить в возраст, она отдала их в научение грамоте к некоему богобоязненному мужу. Здесь, конечно, главной наукой было Божественное Писание, но в то же время они, движимые любовью к страждущему человечеству, изучали врачебную науку, узнавали целительные свойства трав и растений.

Господь благословил благое их намерение и даровал им особенную благодать — дар исцелений и чудотворений. Болезни прекращались, как скоро начинали лечить Косма и Дамиан. Это, разумеется, привлекало к ним множество болящих всякого рода.

Слепые, хромые, расслабленные, бесноватые окружали чудотворцев. Но святые этим не отягощались. Мало того, чтобы быть доступнее для болящих, они сами искали их и для сего переходили из города в город, из веси в весь, и всем больным, без различия пола и возраста, звания и состояния, подавали исцеление.

И это делали они не для того, чтобы обогатиться или прославиться, но с самою чистою, высокою целью — служить страждущим ради Бога, любовь к Богу выразить в любви к ближним. Поэтому они ни от кого никогда не принимали никакой награды за свои труды, никаких даже знаков благодарности за собственные благодеяния. Они твердо знали — и верно сохранили заповедь Спасителя: болящих исцеляйте, прокаженных очищайте, мертвых воскрешайте, бесы изгоняйте: туне приясте, туне дадите (Мф. 10, 8).



Даром получили они благодать от Бога, даром и раздавали ее. Об одном только просили они исцеленных ими: чтобы те твердо веровали во Христа, свято жили во Христе; если же врачующие еще не были просвещены светом Евангелия, то старались обратить их к христианской вере. Таким образом, врачую телесные недуги, они в то же время врачевали и недуги душевные.

За это бескорыстное служение страждущему человечеству, за эти чудесные исцеления болезней неисцельных Святая Церковь величает их бессребрениками и чудотворцами.

Но не на людей только простиралась врачебная сила святых врачей. Они не забывали и бессловесных животных. Праведник милует души скотов, говорит слово Божие (Притч. 12, 10). Верные сей заповеди, они ходили по домам, пустыням и лесам, сами отыскивали болящих животных и подавали им исцеление. Благодарные животные чувствовали их благодеяния, знали своих благодателей и, как скоро сии показывались в пустынях, ходили вслед за ними целыми стадами.

Однажды случилось им зайти в одно пустынное место. Здесь они нашли едва живого верблюда. Сюда загнал и здесь разбил его диавол; святые сжалились над животным, исцелили его и отпустили здоровым в свое место. После, как увидим, животное не осталось неблагодарным к ним.

В таких делах милосердия прошла вся жизнь святых бессребреников. Братья никогда не расставались друг с другом, вместе молились, вместе ходили, вместе врачевали. И это они делали не без цели. Дав обет никогда ни от кого ничего не брать, они опасались, чтобы кто-нибудь тайно друг от друга не взял от исцеленных каких-либо даров. Всю свою жизнь хранили они обет свой, и только под конец ее одному из них Господь попустил нарушить его.

В те времена была некоторая жена, именем Палладия. Несколько лет страдая тяжкою болезнью, не получая облегчения ни от каких врачей, чувствуя уже приближение смерти, она вдруг услышала о святых врачах, которые исцеляют всякие болезни.

С верою в чудодейственную их силу она послала просить их к себе. Святые исполнили ее просьбу, и, как только вошли в дом ее, больная получила исцеление и стала совершенно здоровою. В благодарность за исцеление она готова была отдать им все свое имение, предлагала богатые подарки, но святые ничего не принимали.

Тогда она придумала средство хотя бы одного из них упротить принять от нее ничтожный дар. Взяв три яйца, она тайно пришла к святому Дамиану и заклонила его именем Божиим взять от нее эти три яйца во имя Святой Троицы. Дамиан долго отказывался, но ради клятвы жены, ради имени Божия, уступил ее просьбе.

Косма об этом узнал, весьма огорчился и тогда же сделал завещание, чтобы, по преставлении их, не полагали вместе с ним тело Дамиана, как нарушившего обет Господу, взявшего мзду за исцеление. В ту же ночь явился Господь Косме и сказал: «Для чего ты скорбишь ради взятых трех яиц? Они взяты не ради мзды, но ради клятвы жены в Мое имя...» Косма утешился, но никому не сказал о своем видении. Сотворив после сего еще много знамений и чудес, с миром почил святой Косма.

Чрез несколько времени после его кончины почил с миром и святой Дамиан. Люди, чтившие их память, окружили тело Дамиана и недоумевали, где положить его. Завещание Космы было у всех в свежей памяти, нарушить его страшилось.

И вот, когда они в недоумении стояли при святом теле, внезапно подошел к ним верблюд. Люди молчали, заговорил верблюд. «Человецы Божии, — так начал речь бессловесный, — много насладившиеся знамений и чудес от святых Космы и Дамиана, и не только вы, но и мы, животные, данные вам на службу Богом. Как слуга я пришел к вам поведать тайну Космы, чтобы не разлучать их друг от друга, но вместе положить их».

Верблюд этот был тот самый, который некогда был исцелен святыми. Люди, окружившие тело святого, возблагодарили Господа, так чудесно открывшего тайну Свою, и, положив святые мощи бессребреников в одну раку, погребли их на месте, называемом Фереман (ныне не существует, разрушен турками). Судя по описаниям подлинников, они скончались в средних летах.

Вскоре на месте их погребения устроена была церковь чудная и преславная, как говорит их жизнеописатель. В эту церковь из ближних и дальних стран стекались всякого рода болящие.

Видя такое неоскудное и неизживаемое богатство святых, недужные постоянно окружали их храм. После сего можно судить, недужные постоянно окружали их храм. После сего можно судить, как много совершено было чудотворений святыми бессребрениками. Недаром жизнеописатель их говорит, что легче измерить море и пересчитать звезды, нежели поведать все чудеса святых.

В нашем Отечестве святые бессребреники Косма и Дамиан (Асийские) преимущественно считаются покровителями детей. К ним прибегают с молитвою при начале учения грамоте, чтобы они укрепили еще слабые детские силы и содействовали их правильному развитию.

Конечно, такое убеждение в нашем народе составилось недаром. Основанием для него могли послужить, отчасти, самое житие их, отчасти, и церковная им служба: во-первых, в житии их есть сказание о том, как они были отведены своею матерью в научение грамоте. Этот случай из их жизни изображается и на иконах, во вторых,

в церковной службе они прославляются как мудрые врачи тайноучимые живописным словесам, всякого разума и мудрости исполненным, которые всем знание подают.

В четьях—минях митрополита Макария есть поучение на память святых бессребреников Космы и Дамиана (1 ноября), в котором из дневного Евангелия избрана тема: «Каковому должно быть учителю». В развитии ее есть такие выражения: «Святые учителя тело врачевали чудесами, душу поучением. Они прихождаху к ним чудес ради, они же поучения ради. Ничто же ино так подобает учителю, яко же смирение и нестяжание имения». Все это так близко подходит к святым бессребреникам. Конечно, в древние времена это поучение читалось в храме. Народ его слышал и начал приходить к святым бессребреникам не только «чудес ради, но и поучения ради».

Православный народ, видя на иконах, читая в их житии сказание о научении грамоте их самих, слыша в храмах, что они всем знание подают, не мог не прийти к тому заключению, что они особенно покровительствуют учащимся. А благодать святых бессребреников бесконечна есть, как поет Святая церковь. Они не только мудрые врачи, но и мудрые наставники; помогая всем, приходящим к ним с верою, могут ли они отказать детям?

Оканчивая описание жизни святых бессребреников, иже от Азии, нельзя не упомянуть о похвальном им слове, которое в древних списках помещалось вслед за описанием их жизни, и которое, конечно, в память их читалось при богослужении. Происхождение его, как думают ученые, русское потому что в конце его упоминается о правоверном князе. В нем, после витиеватого вступления, содержится похвала или величание святым бессребреникам, изложенное в форме акафиста а в конце делается молитвенное к ним обращение.

Подготовила **Евгения Вожанкова**
по материалам сайта www.oprvr.ru



АКУШЕРСКИЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗЗРЕНИЯ АБУАЛИ ИБН СИНА

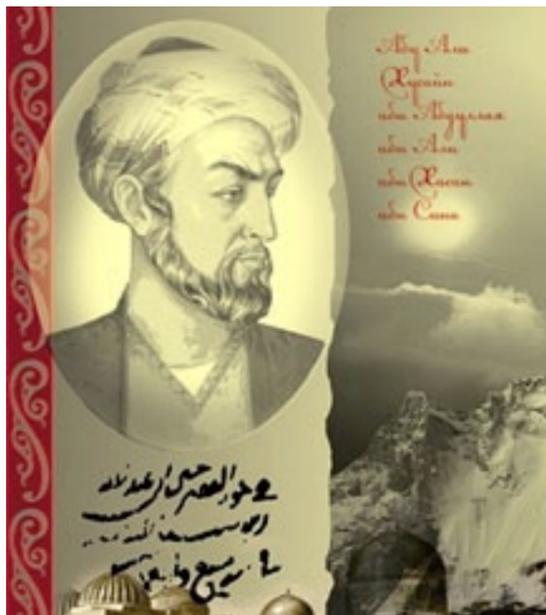
В медицине нет, пожалуй, другой научной отрасли, кроме акушерства и гинекологии, развитие которой столь роковым образом и надолго было бы отброшено вспять исторически сложившимися обстоятельствами эпохи.

Этот мрачный период в истории акушерства и гинекологии начинается вскоре после падения могущественной Римской империи. Народы Европы, вовлеченные в водоворот религиозного фанатизма, по образному выражению видного немецкого ученого-акушера Э. Бумма, «с высоты культуры впадают в варварство». Регресс, охвативший все без исключения области человеческой деятельности и общество в целом, в драматической форме проявляется в некогда процветавшей науке — отданное на откуп повитухам, акушерство вновь опускается до уровня ремесла.

На Востоке в это же время возникает новая цивилизация, где бурно произрастают искусства, естественные науки и медицина. Печальным исключением оказываются акушерство и гинекология. Господствовавшие на всем мусульманском Востоке законы шариата определяют на много веков вперед не только положение женщины в обществе, но и отношение общества к наукам, обслуживающим женщину, ставя непреодолимые барьеры на пути их развития. Этот долгий период, охарактеризованный историками медицины как период «застоя и упадка акушерства», продолжается вплоть до конца XV в. Таким образом, христианство в Европе, ислам на Востоке разными путями, но надолго приостанавливают развитие акушерства и гинекологии. Более того, низводят их до зачаточного состояния.

Такой предстает эпоха, в которой приходилось жить и творить Абу али ибн Сина, озарившему своим гением средневековую медицину. В «Кратком биографическом словаре знаменитых врачей всех времен» известный историк медицины М. Ю. Лахтин, относя Абу али ибн Сина по традиции к клану арабских врачей, так характеризует его роль в истории медицины: «..величайший из арабских врачей. Значение его в истории арабской медицины такое же, как Галена в греческой медицине. Отличался обширной эрудицией. *Canon medicinae* — прекрасное 5-томное сочинение, представляющее собою систематическое изложение всей медицинской науки того времени. Книга эта долгое время была основным руководством в преподавании медицины».

Однако ни долгая популярность «Канона», ни признание величия и выдающейся роли его автора в развитии медицины не могли предотвратить возникшей впоследствии тенденции к противоречивому и даже небеспристрастному истолкованию творческого наследия ученого.



Подобная участь постигла учения Авиценны в таких «запретных» областях медицины, какими тогда являлись акушерство и гинекология. Тенденциозность не допускала увидеть оригинальность мысли и оценить по достоинству вклад ученого в эти области медицинской науки. Аргументация же была предельно простая. Считалось, что господствовавшие на Востоке законы шариата исключали всякую деятельность мужчины-врача на прищипе родовспомогательного искусства и гинекологии. По этой же причине Авиценна был лишен возможности практики. Отсюда с легкостью делается вывод, что заслуга Авиценны заключается лишь в том, что он освоил и сохранил для потомства достижения древних врачей в области акушерства и гинекологии. Так возникла и стала традиционной точка зрения о компилятивном характере акушерских и гинекологических воззрений Авиценны, занимающих в «Каноне врачебной науки» не последнее место. Изложенные в четырех статьях, они представляют довольно исчерпывающий свод знаний того времени по родовспомогательному искусству и женским болезням.

Истоки заблуждений и противоречий в суждениях ученых о творчестве Авиценны, и его вкладе в развитие акушерства и гинекологии, нам думается, кроются в следующем:

- 1) в разночтениях текста при переводе оригинала «Канона врачебной науки» и в неточностях, допущенных при последующих переводах с одного языка на другой. Только этим можно объяснить тот факт, что даже по одному и тому же вопросу Авиценне приписываются диаметрально противоположные суждения. В частности, М. Ю. Лахтин указывает, что «Авиценна признавал нормальным только головное предлежание, все остальные положения рассматривал ненормальными, требующими вмешательства со стороны врача». Наоборот, Г. А. Бакшт, как и французский акушер Siebold, утверждает, что «Авиценна впервые признал ножные предлежания наиболее близкими к нормальным (головным) предлежаниям и призывал предоставлять роды в тазовом предлежании силам природы. Ему же принадлежит идея об использовании петли для извлечения плода за тазовый конец».

- 2) в языковом барьере, затруднявшем изучение «Канона врачебной науки» как в оригинале, так и в существовавших переводах. Поэтому ученые, не владевшие языком, очевидно, охотнее пользовались литературными его комментариями, изобилующими разночтениями текста и противоречивыми толкованиями взглядов автора;
- 3) в неведении того, что акушерские и гинекологические взгляды Авиценны корнями своими уходят вглубь народной медицины иранских народов, являющейся составной частью богатой традициями древней восточной медицины. Для того, кто пожелает понять это, достаточно внимательно изучить текст «Канона врачебной науки».
- 4) в игнорировании того факта, что ни один из древних ученых, будь это Гиппократ, Цельс, Соран или Гален, включавшие в круг своих научных интересов акушерство и женские болезни, вероятно, не был и не мог быть родоначальником и основателем этих наук. Учение этих гениальных творцов науки, как и Авиценны, покоится на фундаменте многовековой эмпирической медицины и на опыте, накопленном их предшественниками. Красноречивым свидетельством тому служит тождественность многих взглядов Гиппократов и положений древних памятников медицинской литературы Востока. Известно, например, что древнеиндийскому врачу и ученому Сушруте, жившему в IX-VIII вв. до н. э., были известны неправильное строение таза женщины, изуродованная форма головки плода, предлежание тазовым концом и поперечное положение плода, которые он рассматривал как причины, делающие роды невозможными. Более того, неправильные положения плода Сушрута рекомендовал исправлять с помощью операции поворота на головку или ножки. Эти сведения, изложенные в книге «Аюрведа», впоследствии были заимствованы Гиппократом, Цельсом и Сораном, а также учеными последующих поколений;
- 5) в неосведомленности в том, что «Канон врачебной науки» изобилует ссылками на первоисточники, подтверждающими предельную научную объективность великого ученого.

Отсюда вытекает, что оригинальные взгляды Авиценны мог расценивать как компилятивные, приписав их древним ученым, только тот, кто не читал «Канон» и свои суждения о нем основывает на литературных данных.

Ради объективности следует признать, что как во взглядах Гиппократов чувствуется влияние учения Сушруты, так и во взглядах Авиценны, безусловно, ощущается влияние мировоззрений Гиппократов.

Так, Гиппократ был твердо убежден, что роды начинаются под влиянием голода и недостаточности воздуха, которые все больше испытывает плод к концу IX месяца беременности. Поэтому плод, располагающийся до этого в утробе матери головкой у дна матки и тазовым концом во входе в малый таз, кувыркается и самостоятельно переворачивается головкой книзу. Затем он ножками упирается о дно матки, ногтями разрывает оболочку и сам себе прокладывает путь. Подобный

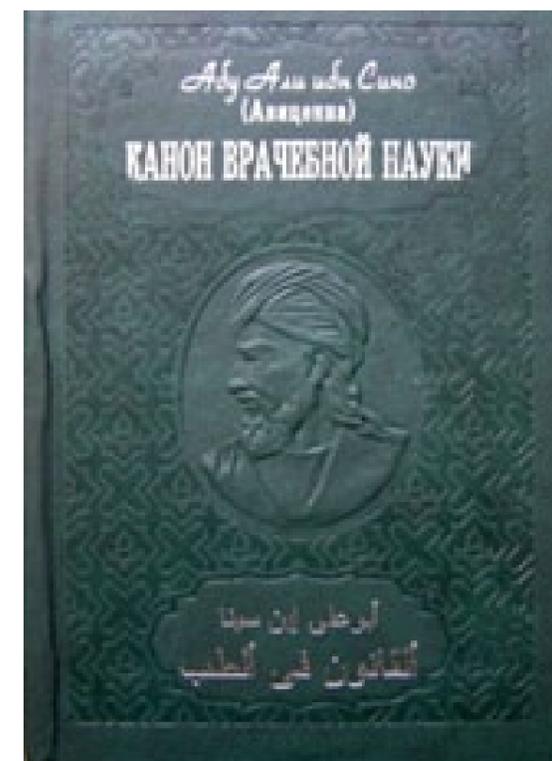
взгляд на причины родов высказывает и Авиценна: «Причиной рождения плода является его потребность в большем количестве воздуха и большем количестве пищи. Когда силы его и душа пробуждаются, чтобы искать обширного пространства, принятия веяния (пневмы) и более обильного питания, ребенок бежит от тесноты, нужды в воздухе и скудной пищи»

Здесь же Авиценна излагает свое мнение о механизме рождения плода, мало чем отличающееся от понимания процесса Гиппократом. Одинаковые суждения встречаются и по ряду других вопросов.

К примеру, еще в глубокой древности роды в тазовом предлежании рассматривались как фатальное предзнаменование. В древней литературе впервые Сушрута упоминает тазовые предлежания среди причин, делающих роды невозможными. Отношение к этим родам не изменилось и во времена Гиппократов. Наоборот, исходя из собственной трактовки причин наступления родов и механизма рождения плода, Гиппократ считал единственным правильным положением плода в родах головные предлежания. Тазовые же предлежания он относил к опасным и рекомендовал восстанавливать головное предлежание с помощью операции поворота. При безуспешности попыток восстановить головное предлежание он советовал удалять плод из утробы матери, расчлняя его на части.

Эти рекомендации Гиппократов по ведению родов в тазовом предлежании, по сравнению с тактикой Сушруты (*последний предлагал при ягодичном предлежании низводить обе ножки, а при неполном ножном — вторую ножку, а затем извлечь плод*), бесспорно, были шагом назад.

Однако непререкаемость авторитета Гиппократов и признанная непреложность его врачебных догм



явились той основой, на которой покоились на протяжении веков, не подвергаясь ревизии, взгляды ученого на тазовые предлежаия и рекомендованная им активная тактика ведения этих родов. Не поколебал убеждения ученых-медиков и Павел Эгинский, провозгласивший в VII в. роды в ножном предлежании нормальными, что нельзя не признать как противоположную крайность.

На этом фоне всеобщего поклонения доктринам Гипократа и безудержной оперативной активности выделяются своей логикой и последовательностью взгляды, умеренностью — врачебная тактика Авиценны в отношении ведения родов в тазовом предлежании.

Во-первых, ученый четко формулирует свое понимание нормального положения плода в родах, относя к последним, как и Гиппократ, головные. Так, в §13 второй статьи «Канона» он подчеркивает: «Естественный вид разрешения от родов тот, когда ребенок выходит головой... Все прочие виды — неестественные».

Во-вторых, среди известных ему положений плода Авиценна особняком выделяет положения, близкие к естественным. В том же параграфе мы читаем: «...и ближе всего к естественному тот вид, когда ребенок идет вперед ногой, а руки у него вытянуты вдоль бедер».

В-третьих, ножные предлежаия Авиценна не во всех случаях рассматривает как близкие к естественному. Он оговаривает, что при запорокидывании ручек, ножные предлежаия таят в себе значительную угрозу как для плода, так и для матери. Ученый утверждает: «Если выходят обе ноги, а руки застревают, это нехорошо. Дурные разновидности выхода плода иногда убивают плод и мать, а иногда мать спасается, но плод умирает».

Исходя из своих убеждений, Авиценна предлагает дифференцированную в зависимости от акушерской ситуации тактику ведения родов при тазовых предлежаиях. Он указывает: «Что касается плода, который выходит ногами, то тянуть его легко и выровнять его положение в устье матки ничего не стоит».

При ущемлении последующей головки Авиценна рекомендует: «А если все члены тела извлечены, но голова не подается, застревает, то пусть повитуха введет в матку левую руку, найдет головку и вытянет ее пальцами к устью матки».

При родах в ножном предлежании, но мертвым плодом Авиценна рекомендует извлечение с помощью крючка, а при наличии живого плода при осложненных родах — извлечение с помощью повязок, т.е. петель. Как видно, рассматривая ножные предлежаия близкими к нормальным, к числу таковых он относит лишь те случаи, когда при родах не нарушается членорасположение плода. Удивляет и другое: ученому было известно опасное осложнение, присущее тазовым предлежаиям, — запорокидывание ручек плода, заканчивающееся довольно часто мертворождением. Не меньше поражает и индивидуальный подход к вопросам родоразрешения в зависимости от состояния внутриутробного плода — от ручного пособия с выведением последующей головки до извлечения плода с помощью петель и крючка.

После долгих дебатов и колебаний отношение к родам в тазовом предлежании в известной мере определилось лишь во второй половине XX столетия. Причем если взгляды современных акушеров в принципе мало

чем отличаются от взглядов ибн Сина, то возможности успешного, благодаря достижениям медицинской науки, родоразрешения неизмеримо расширились, улучшив прогноз этих родов для матери и особенно для плода.

Творчество Авиценны дает обильную пищу для раздумий о непостижимости путей развития науки, прогресс которой в некотором смысле подобен восхождению витков спирали.

В «Каноне врачебной науки» раздел о выкидышах занимает значительное место. Перечисляя причины выкидыша, зависящие от состояния матки, Авиценна как бы невзначай отмечает: «...или же причины зависят от матки, то есть от чрезмерной ширины ее устья, малого сжатия его...».

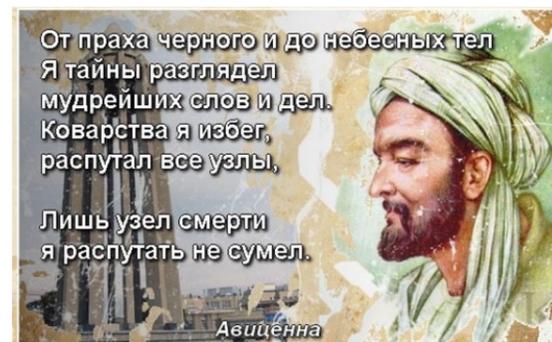
Почти десять веков эта фраза великого ученого не привлекала к себе особого внимания. Уровень науки не позволял увидеть в этой как бы вскользь брошенной фразе дар всеведения и мудрость ее автора. Лишь в середине XX столетия ученые, оснащенные точной аппаратурой и сложными методами исследования, вновь открыли то, что было открыто в глубине веков, и назвали этот вид патологии истмико-цервикальной недостаточностью. Причем первоначально были раскрыты анатомические особенности матки, расшифрованы физиологические закономерности ее иннервации и только после этого удалось «увидеть» саму патологию.

В разделе «Бесплодие и трудное зачатие» имеются не менее поразительные по наблюдательности и глубине мысли фразы. Приводим одну из них, которая гласит: «У какой женщины после очищения устье матки не высыхает и остается влажным, та не понесет».

С тех пор как в 1672 г. голландский анатом Р. Грааф описал фолликулы в яичниках, ученым стало очевидно значение последних в осуществлении репродуктивной функции женщины. Однако мало кто подозревал наличие связи между ростом и развитием фолликула в яичниках и состоянием шейки матки, что столь прозорливо предсказал ибн Сина.

Не менее интересные открытия можно сделать и в других параграфах «Канона врачебной науки». Этот список значителен. Это еще раз доказывает, что не все аспекты творчества Абу али ибн Сина — гениального врача, ученого-энциклопедиста изучены в одинаковой мере. Хочется надеяться, что творчество ибн Сина в области акушерства и гинекологии привлечет внимание исследователей и найдет своего объективного комментатора.

Подготовила **Абдурахманова З. А.**



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОГО ПОЛИПА ШЕЙКИ МАТКИ

Салтан Л. А., Миров А. И., Ананьина В. П., Баклыгина Е. А. ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И. П. Павлова» Минздрава России

Актуальность: В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе отмечается повышение внимания практикующих врачей и ученых к вопросам патологии шейки матки в связи с высокой актуальностью и социальной значимостью данной проблемы. Поскольку слизистая оболочка шейки матки является пограничным барьером между верхним этажом генитального тракта и внешней средой, она постоянно подвергается воздействию повреждающих факторов, среди которых наиболее агрессивное влияние оказывают различные инфекции, передаваемые половым путем (А. И. Новиков, А. В. Кононов, И. Г. Ваганова, 2002).

Полипы слизистой цервикального канала, представляя доброкачественные изменения шейки матки, характеризуются скудной клинической симптоматикой и рецидивирующим течением, частота которых, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 19%, в то время как в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями она может достигать 70%. Частота малигнизации полипов шейки матки варьируется от 0,1 до 10% и с возрастом заметно увеличивается.

Клиническое наблюдение: Пациентка Ф. 41 года госпитализирована по экстренным показаниям в ГБУ РО «ГКБ № 8» в январе 2018 года с жалобами на кровянистые выделения из полового пути. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе имела 7 родов (*дети живы*) и несостоявшийся выкидыш в сроке 13–14 недель.

При гинекологическом осмотре обнаружено: все влагалище занимало образование красно-бурого цвета, мягковатой консистенции, округлой формы, диаметром 7 см. Создавалось впечатление, что данное образование исходило из правой боковой стенки шейки матки.

Края шейки матки были отечными. Матка увеличена до 5 недель беременности, подвижная, безболезненная. Придатки не определялись. Своды глубокие. Выделения кровянистые, скудные.

Поставлен предварительный клинический диагноз: Подслизистая лейомиома матки (*родившийся шейчный узел миомы?*). Кровотечение.

Пациентке проведено клиничко-лабораторное обследование, УЗИ органов малого таза, после чего она была подготовлена для оперативного лечения.

Результат: Больной Ф. было проведено экстренное оперативное лечение. Удаление образования из шейки матки. Коагуляция ножки образования. Вакуум — аспирация содержимого полости матки.

После обработки влагалища выполнен осмотр, при котором имелось влагалище имеется образование бурого-красного цвета, отечное, диаметром 7 см., при тракции незначительно кровотоило. Ножка образования диаметром 2 см. исходила из передней губы шейки матки. После наложения турникета, произведена тракция данного образования. Ножка его коагулирована с помощью би- и монополярной энергии. Гистологическое заключение удаленного материала: железистый полип эндоцервикса с фибромаскулярной ножкой. Эндометрий соответствует ранней стадии фазы секреции. Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

Интерес к данному клиническому случаю вызван значительными размерами полипа шейки матки и практически бессимптомным его течением.

Основным методом в постановке окончательного диагноза оказался гистологическим исследованием удаленного образования

Большая роль в диагностике патологии шейки матки должна отводиться профилактическим медицинским осмотрам.

Список литературы:

1. Гинекология. Национальное руководство. Под ред. Кулакова В. И., Савельевой Г. М., Манухина И. Б. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009;1150
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Клинические лекции/ под ред. проф. В. Н. Прилепской. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 390 с.



ТРЕВОГА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА ГИНЕКОЛОГА

Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям, манифестирующим чаще всего в период раннего взрослого возраста, в целом 30–40% населения на протяжении жизни переносят то или иное тревожное состояние. При этом известно, что женщины страдают в 2 раза чаще, чем мужчины, чаще имеют коморбидные психические расстройства и более тяжело переживают бремя заболевания. Современные исследования указывают на имеющуюся связь между половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга. Так, циклические изменения концентрации эстрогенов на протяжении жизни женщины оказывают прямое влияние на функционирование моноаминовых систем, в первую очередь серотонина, а также норадреналина и дофамина за счет широкой представленности рецепторов к эстрогену в различных структурах головного мозга, включая миндалину, гиппокамп и гипоталамус — основные центры эмоциональной и вегетативной регуляции. Прогестерон способен подавлять активность ГАМК-ергических нейронов (*гамма-аминомасляная кислота — это основная тормозный медиатор центральной нервной системы*), а его метаболит аллопрегналон выполняет функцию положительного аллостерического модулятора типа А ГАМК-рецепторов. В ряде работ было показано, что

при снижении концентрации прогестерона в головном мозге усиливается тревога, что вносит свой вклад в развитие психоэмоциональных нарушений в перименопаузальном периоде и при синдроме предменструального напряжения.

Еще в древности врачи интуитивно догадывались о существующих нейрогуморальных связях, не случайно одна из наиболее распространенных форм невротических расстройств — истерический невроз — получила свое название от болезни, описанной Гиппократом, который назвал ее «истерия» (*от др.-греч. ἵστε'ρα — «матка»*). Он считал, что эмоциональные и психоэмоциональные нарушения развиваются у женщин из-за «блуждания» матки по организму и сдавливания различных органов, что вызывает многообразие труднообъяснимых, изменчивых симптомов. Современное понимание истерических невротических состояний делает акцент прежде всего на их психогенном происхождении, учитывая ряд биологических конституциональных факторов.

Истерическое невротическое расстройство — психогенное заболевание, проявляющееся полиморфизмом симптоматики, включающее эмоциональные и функциональные моторные, вегетовисцеральные расстройства, которые носят болезненно-адаптивный характер и обусловлены ранее сформированным стереотипом поведения. В основе нарушений находится стойкое внутреннее противоречие между потребностью во внимании и признании со стороны окружающих и неадекватной оценкой собственных возможностей и условий реальности, а также между желанием независимости и страхом ответственности, между собственными потребностями и требованиями социума, развитие симптоматики приводит к достижению временного компромисса.

В повседневной практике врачи-гинекологи довольно часто наблюдают такой феномен у пациенток:

особую значимость репродуктивной системы для самооценки, противоречивое отношение к материнству, выраженные инфантилизм и эгоцентричность, стремление делегировать ответственность близким. В комплексном лечении таких больных целесообразно участие психотерапевта. Наличие истерических черт в личности в преморбиде играет свою роль в развитии психосоматических заболеваний в гинекологии, к примеру синдрома хронической тазовой боли.

Тревожные расстройства и синдром предменструального напряжения

Специфическим психосоматическим расстройством, требующим междисциплинарного понимания, безусловно является синдром предменструального напряжения (*предменструальный синдром — ПМС*). Возникая в лютеиновой фазе менструального цикла, он, как правило, спонтанно разрешается с наступлением менструаций. Его клиническая картина в равной степени представлена психоэмоциональными, соматовегетативными и эндокринно-обменными проявлениями. Выделяют четыре основные формы ПМС в зависимости от доминирования тех или иных симптомов: эмоционально-аффективную с преобладанием дисфории, плаксивости, субдепрессивного настроения; отечную, характеризующуюся лицевыми отеками, нагрубанием и болезненностью молочных желез, вздутием живота; цефалгическую с мигренозными или головными болями напряжения; кризовую форму, когда на первый план выступают симпатоадреналовые кризы по типу панических атак. Однако в клинической практике часто встречаются комбинированные формы. Предменструальное напряжение может развиваться как на фоне хронического гинекологического заболевания, так и без него.

Единой теории патогенеза данного симптомокомплекса не существует, однако известно о вкладе нейротрансмиттерных нарушений, что определяет целесообразность назначения психофармакотерапии, прежде всего препаратов быстрого действия, влияющих на аффективную сферу и имеющих вегетотропный эффект. В последнее время появилось довольно много исследований, подтверждающих высокую коморбидность ПМС с тревожными, аффективными расстройствами и патологией зрелой личности. Дополнительной сложностью в дифференциальной диагностике является то, что практически все расстройства аффективного спектра могут обостряться перед наступлением менструации. В разграничении этих состояний важно учитывать алгоритмы диагностики тревожных расстройств. В сложных случаях, особенно при наличии в анамнезе биполярного расстройства, необходима дополнительная консультация психиатра для определения тактики ведения больной.

Тревожные расстройства и беременность

Состоянием, наиболее часто сопровождающимся тревожными расстройствами, является беременность. Этот особенный, очень значимый в жизни каждой женщины период наполнен тревожными переживаниями,

которые могут усиливаться, достигая уровня клинического расстройства при тревожно-мнительном типе личности, межличностных конфликтах, осложнениях беременности. Помимо этого, развивающееся плодное яйцо воздействует на многочисленные рецепторы матки, что приводит к изменениям в нервной системе матери. В случае стрессовых или психотравмирующих воздействий, помимо гестационной доминанты, обусловленной потребностями плода, могут легко формироваться другие очаги устойчивого возбуждения, которые негативно влияют на течение беременности. Типичными являются умеренные нарушения тонуса вегетативной нервной системы — головокружения, сонливость, заторможенность. Эти проявления еще более усиливаются при осложненной беременности, особенно при гестозе, когда присоединяются раздражительность, внутреннее напряжение, тревога, нарушения сна, сниженное настроение. В клинической практике важными являются своевременная диагностика тревожных расстройств, в особенности при отягощенном психической патологией анамнезе, и определение врачебной тактики в отношении коморбидных психических нарушений. Целесообразным может быть направление пациентки к психотерапевту, в случае сохранения или нарастания тревожной симптоматики необходимо назначить противотревожную терапию с условием ее безопасности и отсутствия тератогенного эффекта. Современная репродуктология достигла больших успехов. Однако до сих пор в этом вопросе недостаточно внимания уделяется психосоциальным факторам. Существующие программы психологического сопровождения пар при использовании вспомогательных репродуктивных технологий пока не вошли в широкую клиническую практику, к сожалению. Для ряда женщин, особенно уже переживших неудачную беременность, наступление новой беременности переживается не просто как долгожданное событие, но приобретает характер сверхценной идеи, вокруг которой формируются тревожно-фобические переживания, внутреннее напряжение и соматовегетативные расстройства. В таком случае встает вопрос о назначении коротким курсом психофармакотерапии для купирования психических нарушений, создания благоприятного эмоционального фона, успешного формирования гестационной доминанты.

Тревожные расстройства и климактерический синдром

Окончание фертильного возраста имеет особое значение для женщины, определяя ее эмоциональный фон в этот период. Особенно травматично внезапное пресечение фертильности в связи с хирургическим лечением (*аднексэктомией, пангистерэктомией*). Как психоэмоциональный ответ на такое психотравмирующее событие могут развиваться тревожно-депрессивные расстройства различной глубины, которые в значительной степени ухудшают процесс реабилитации и снижают качество жизни. Эти состояния требуют назначения психофармакотерапии, а в сложных случаях — комплексного лечения с участием психиатра и психотерапевта. При нормальном наступлении климактерического периода, а затем менопаузы снижение выработки яичниками эстрогена и прогестерона негативно влияет

на нейропластичность и работу центральной нервной системы. На этом фоне возникают психовегетативные нарушения, самые частые из них – приливы, потливость, озноб, сердцебиение, гипервентиляционный синдром, цефалгии, эмоциональная лабильность, тревога, внутреннее напряжение, беспокойство по несущественным поводам, диссомния. При возникновении тревожных состояний, панического расстройства дифференциальная диагностика особенно затруднена из-за большого количества перекрестных симптомов. Перестройка организма с гормональной дисрегуляцией провоцирует гипоталамическую дисфункцию и появление панических атак. У женщины может наступить экзистенциальный кризис, на основе которого развивается паническое расстройство. Манифестация соматических заболеваний, злокачественная патология в близком окружении могут стать причиной нозогенного панического расстройства в этот период. Гипертоническая болезнь, в особенности ее кризовая форма с отсутствием или поздним выявлением соматических осложнений, может иметь схожие с паническим расстройством клинические проявления. «Золотой стандарт» лечения климактерического синдрома – гормонозаместительная терапия подходит не всем пациенткам, часть женщин категорически отказываются принимать гормоны, в связи с чем встает вопрос об альтернативных вариантах помощи. Психотропные средства с выраженным вегетостабилизирующим эффектом в таких случаях могут рассматриваться как препараты второго ряда или как дополнительная терапия коморбидных аффективных расстройств.

Тревожные расстройства при различных гинекологических заболеваниях

Самостоятельная группа тревожных расстройств связана с нозогенными реакциями пациенток на выявление гинекологического заболевания. В зависимости от субъективного переживания болезни и степени стигматизации могут развиваться тревожно-ипохондрические нарушения различной степени. В случае выявления онкогинекологической патологии на фоне переживания угрозы жизни, утраты базового чувства безопасности и недостаточной социальной поддержки возможно развитие посттравматического стрессового расстройства. Если на фоне тревожного состояния, особенно его вегетосоматических проявлений в виде мышечного напряжения или изменений сердечно-сосудистой деятельности, пациентка приходит к выводу об ухудшении своего соматического статуса, то по принципу биологической обратной связи усиливаются тревожные переживания и телесные сенсации, так формируется порочный круг расстройств.

Лечение психоэмоциональных нарушений

Учитывая многообразие психоэмоциональных нарушений, встречающихся в повседневной клинической практике врача-гинеколога, важен правильный терапевтический подход. Для коррекции тревожных состояний используются различные группы специфических



психотропных препаратов, но основными считаются транквилизаторы. Их название происходит от латинского глагола *tranquillo* – «успокаивать», поскольку их действие направлено против тревоги и ее вегетосоматических проявлений. Наиболее известными, ставшими «золотым стандартом» и препаратами сравнения в доказательных исследованиях являются бензодиазепиновые транквилизаторы. Механизм их действия обусловлен увеличением синаптической задержки. Активизация бензодиазепиновых рецепторов приводит к увеличению сродства ГАМК к рецепторам, открываются хлорные каналы, активный ток хлора внутрь нейрона обуславливает гиперполяризацию пресинаптического и постсинаптического нейронов, формируя их устойчивость к возбуждению. Бензодиазепины потенцируют тормозное действие ГАМКергических вставочных нейронов на возбуждающие нейроны амигдаларного комплекса (*ответчающего за формирование тревожного ответа*) и препятствуют выбросу глутамата. Таким образом развивается широкий круг седативной активности бензодиазепинов в виде редукции психоэмоционального напряжения, миорелаксации, антиконвульсивного и спазмолитического эффекта, вегетостабилизации, снижения концентрации внимания и общей седации. На сегодняшний день выделяют три основные группы бензодиазепиновых рецепторов, транквилизаторы отличаются по своей селективности и механизму воздействия на них, что определяет их клинический эффект, вероятность развития зависимости и синдрома отмены. Классические бензодиазепины (*феназепам, диазепам, клоназепам, альпразолам*), оказывающие выраженный противотревожный эффект, из-за риска формирования зависимости, выраженного седативного и миорелаксирующего действия и синдрома рикошета при быстрой отмене могут назначаться лишь в ряде случаев, с использованием специального рецептурного бланка.

В комплексном лечении гинекологических пациенток противотревожным препаратом выбора может быть атипичный бензодиазепиновый транквилизатор тофизопам (*Грандаксин*). Его действие на ГАМК и активация бензодиазепиновых рецепторов, локализующихся

в ретикулярной формации ствола и вставочных нейронах в боковых рогах спинного мозга, подавляют возбудимость подкорковых структур центров вегетативной и эмоциональной регуляции (*лимбической системы, таламуса, гипоталамуса*), а также полисинаптические спинальные рефлексы. Противотревожное действие (*достигается воздействием на амигдаларный комплекс лимбической системы*) и дополнительное тормозное действие (*достигается воздействием на ретикулярную формацию и неспецифические ядра таламуса головного мозга*) проявляется уменьшением психоэмоционального напряжения, обеспокоенности своим состоянием, снижением interoцептивной бдительности.

Тофизопам отличается от традиционных бензодиазепинов иной локализацией нитрогенной группы, он не вызывает зависимости, и с этим связано отсутствие взаимопотенцирующего действия с алкоголем. За счет селективности действия он не вызывает миорелаксации, которая переживается пациентками как состояние вялости, не влияет на когнитивные функции и может назначаться в амбулаторной практике, в т. ч. в ситуациях, требующих концентрации внимания и принятия правильных решений. Кроме того, он положительно влияет на коронарный кровоток и не вызывает кардиотоксического эффекта.

Тофизопам можно назначать коротким курсом на несколько дней в суточной дозировке 100–200 мг, разделенной на 2 приема, перед предстоящими диагностическими или лечебными оперативными вмешательствами, на период ожидания результатов анализов или проведения дифференциальной диагностики, когда подтверждение диагноза может существенно повлиять на качество или продолжительность жизни пациентки. При вынужденном прерывании долгожданной беременности по медицинским показаниям тофизопам назначается для уменьшения психотравмирующего переживания, а также как средство профилактики последующих реактивных психических состояний. В репродуктологии, когда переживания по поводу зачатия приобретают навязчивый сверхценный характер, применение тофизопам в подготовительном периоде поможет снизить внутреннее напряжение и тем самым увеличить вероятность успешности последующих процедур.

Назначение Грандаксина в дозе 100 мг/сут положительно влияет при синдроме предменструального напряжения, это касается как эмоциональных расстройств, тревоги, дисфории, так и специфических гормональных проявлений, нагрубания и болезненности молочных желез, болей в низу живота, общей отечности.

Грандаксина нет тератогенного действия, но он противопоказан в I триместре беременности. При необходимости назначения противотревожных препаратов беременным женщинам, в т. ч. при гестозе, тофизопам помогает нормализовать эмоциональное состояние, уменьшить фобические переживания, вегетативные нарушения, повысить эффективность гипотензивной терапии. Обычно используется суточная доза 25–100 мг за 2–3 приема. Отсутствует у препарата «поведенческой токсичности», мягкий стимулирующий эффект положительно сказывается на качестве жизни беременной. При патологическом прелиминарном периоде и применении медикаментозного сна-отдыха

Грандаксин снижает частоту аномалий родовой деятельности, оказывает положительный эффект на дискоординированные маточные сокращения, уменьшает частоту асфиксий и нарушений мозгового кровообращения у новорожденных.

Психосоматические нарушения, в манифестации и течении которых значимая роль принадлежит психосоциальным факторам, являются труднокурабельными состояниями в медицине, и в частности в гинекологии. Психотерапия и психотерапия в комплексном лечении этих состояний позволяют значительно повысить эффективность Грандаксина и улучшить состояние пациенток, снизить общие затраты на лечение. Пример таких состояний – синдром хронической тазовой боли, когда наблюдается корреляция между психоэмоциональными нарушениями и выраженностью болевого синдрома. Включение Грандаксина в схему лечения поможет снизить частоту симпатoadренальных кризов, окажет вегетостабилизирующее действие и терапевтический эффект в отношении комплекса симптомов, сопутствующих дисменорее и предменструальному напряжению. Дополнительно отмечается анальгезирующий эффект за счет редукции внутреннего напряжения, снижения частоты и интенсивности болевых абдоминальных кризов.

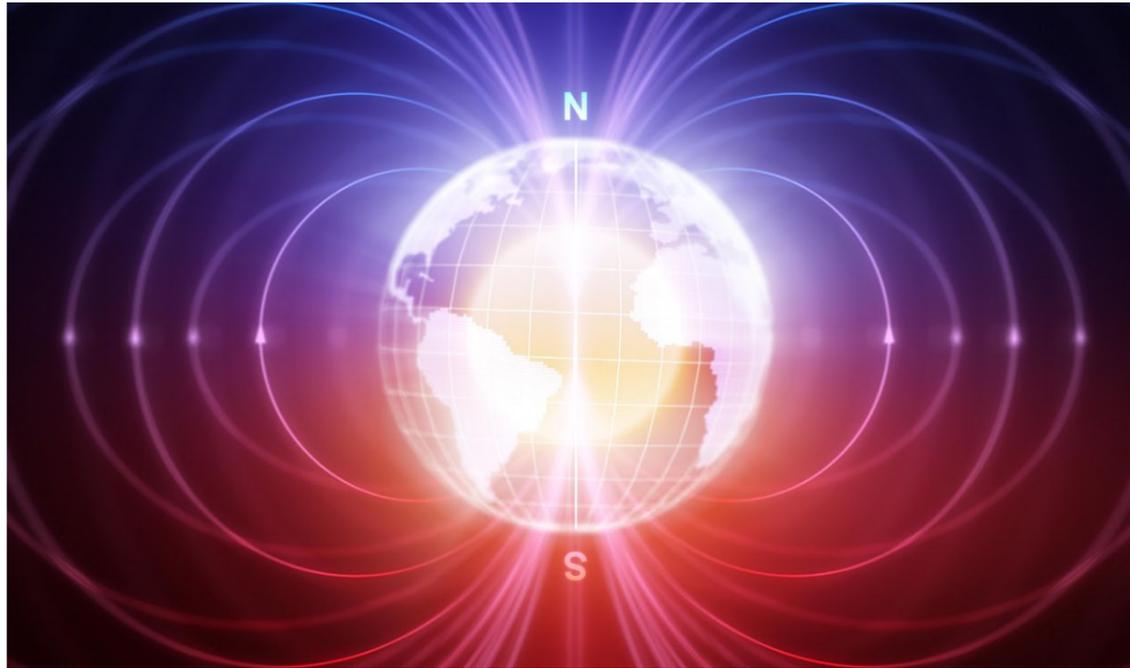
Учитывая, что вегетативная дистония, обусловленная дефицитом эстрогенов, является облигатным субъективно тяжело переносимым признаком климактерического и посткастрационного синдромов, назначение тофизопам может быть длительным – 3 мес. и более с индивидуальным подбором дозы от 50 до 300 мг/сут. Такой же тактики следует придерживаться в коррекции эмоциональных и психовегетативных нарушений у женщин в перименопаузальном периоде. При сопутствующей сердечно-сосудистой патологии Грандаксин может дополнительно благоприятно влиять на стабилизацию артериального давления и сердечных показателей. При необходимости курс может быть продлен.

Профессиональная деятельность врача, в особенности акушера-гинеколога, связана с высоким психоэмоциональным напряжением и стрессовыми воздействиями, что является фактором риска развития адаптационных расстройств и эмоционального выгорания. В таких ситуациях тофизопам может оказать профилактическое действие в отношении развития аффективных нарушений.

В соответствии с новыми правилами выписки рецептов при назначении длительного курса лечения Грандаксином на рецепте пишут: «для хронического больного» и ставят рядом печать врача, указывают срок действия рецепта, ставят печать для рецептов и штамп лечебно-профилактического учреждения.

В заключение следует подчеркнуть, что поддержание женского здоровья на всех этапах жизни является сложной междисциплинарной задачей, успешное решение которой требует активного взаимодействия гинекологов, эндокринологов, неврологов, психиатров и психотерапевтов.

Подготовил **Сергей Уткин**
по материалам статьи Васильева А. В.
«РМЖ» № 5(1) от 25.05.2018
<https://www.rmj.ru>



ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ

Истоки магнитотерапии лежат в глубокой древности. В древнем Египте, Китае применяли естественный магнит как средство для обезболивания, как успокаивающее средство, для лечения ран, язв и других недугов. Магнитный камень носила египетская царица Клеопатра — он спасал ее от головных болей. Авиценна лечил магнитами переломы костей, Плиний Старший — болезни глаз. Опыты, которые проводил Месмер, дали новый толчок в магнитолечении.

Лечение при помощи магнитов широко применялось в России уже в XIX столетии. Русский врач А. Каспари в 1848 г. издал книгу «Домашний лечебник», посвященную лечебному применению магнитных полей. В 1879 г. в Петербурге на заседании Общества русских врачей доктором В. Дроздовым делается сообщение «О воздействии магнита на организм человека». В конце XIX столетия в России доктор Н. Григорьев опубликовал большой трактат «Металлоскопия и металлотерапия». В этом труде обобщался большой опыт лечения человека магнитными полями.

В наше время к воздействию магнитных полей на человека привлечено очень большое внимание. Собираются международные и национальные научные конгрессы, конференции. Публикуются сотни научных трудов по магнитобиологии, магнитотерапии.

На сегодняшний день магнитотерапия занимает главенствующую роль в физиотерапевтическом лечении

различных заболеваний, в частности в акушерстве и гинекологии.

Биологическое и лечебное действие магнитных полей комплексное и многообразное, и несомненно физиологично, так как Магнитное поле Земли — один из основных природных физических факторов.

Перечень лечебных эффектов достаточно обширен. Это связано в первую очередь с тем, что магнитное поле — природный фактор.

Некоторые из них развиваются только при определенных локализациях воздействия МП, другие — независимо от локализации воздействия. К числу первых относятся центральные нейротропные эффекты, такие как седативный, гипотензивный и нейроэндокринные эффекты. Они выражены в наибольшей степени при воздействии магнитного поля на голову, а также на рефлексогенные зоны, расположенные в шейном и верхнем грудном метамерах (*паравerteбральные зоны С1 — Th₄, воротниковая область, подчелюстные и яремная зоны*). Центральные эффекты МП возникают и развиваются в ранние сроки после начала курса (*1–3 процедуры*), усиливаются по мере продолжения курса лечения, однако после его завершения сохраняются недолго.

Основными периферическими биологическими и лечебными эффектами МП являются противовоспалительный, противоотечный, сосудорасширяющий, трофостимулирующий, болеутоляющий, гипокоагуляционный, спазмолитический, десенсибилизирующий.

С этими эффектами связано широкое внедрение магнитотерапии в клиническую практику. **Вазоактивный эффект** связан с тем, что периферическое сосудистое русло реагирует на воздействие магнитным полем расширением артерий мышечного типа, артериол, раскрытием нефункционирующих коллатералей, прекапиллярных сфинктеров, оживлением микроциркуляции, дилатации венул и вен. Эти изменения способствуют улучшению условий местного кровообращения, питания и оксигенации тканей.

Важным лечебным свойством магнитных полей является подавление воспалительной реакции.

Противовоспалительное действие магнитных полей мягкое, умеренно выраженное, но стойкое и характеризуется длительным последствием при достижении достаточной курсовой дозы.

Противовоспалительный эффект магнитного поля неспецифичен, он проявляется при любой локализации воздействия и отличается системностью, не только локально, но и в отдаленных от зоны воздействия органах и частях тела.

Выраженный **противоотечный эффект** проявляется уже после первых процедур, усиливается по мере продолжения лечения, а к концу курса позволяет полностью ликвидировать отек мягких тканей.

Магнитное поле оказывает **десенсибилизирующее** действие при аллергических реакциях немедленного типа. Это связано со стабилизацией мембран тучных клеток и предотвращения дегрануляции с выбросом медиаторов аллергии (*гистамин, брадикинин и др.*)

С понижением чувствительности рецепторов покровов тела разной модальности связан **болеутоляющий эффект**. Вследствие значительного численного преобладания рецепторов боли (*свободные нервные окончания*) наиболее очевидным результатом воздействия МП является уменьшение выраженности болевых ощущений.

Исключительно важным свойством магнитных полей является способность **стимулировать трофические и регенераторные процессы** в тканях, целостность которых нарушена травматизацией, воспалительным, дегенеративно-дистрофическим процессами. В основе лежит активация внутриклеточной энергетики (*ускорение реакций окислительно-фосфорелирования, накопление внутриклеточной АТФ*) и пластических процессов. В результате. В области тканевого дефекта увеличивается количество молодых недифференцированных бластных клеток, происходит синхронизация вступления их в митоз и образование новых зрелых клеточных форм. Сопутствующие благоприятные сдвиги в месной гемодинамике, улучшение микроциркуляции, доставки питательных веществ и кислорода тканям способствуют развитию трофического эффекта.

Все это делает незаменимым включение магнитотерапии в комплекс лечебных мероприятий.

Эффективно применения МТ в гинекологии:

- в раннем послеоперационном периоде после любых хирургических вмешательств на органах малого таза, в том числе внутриматочных;
- в реабилитации после потери беременности;
- в лечении обострений и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза;
- при проведении прегравидарной подготовки эндометрия, в том числе перед протоколом ЭКО.

Нетепловое, нетеплообразующее и не обладающее повреждающим действием на сопряженные органы и ткани, позволяет успешно использовать магнитотерапию у пациенток с сопутствующими пролиферативными заболеваниями — миомой матки и эндометриозом. Под действием данного физического фактора нередко отмечается регресс миоматозных узлов.

При проведении процедур следует учитывать, что форма магнитного поля является важным

биотропным параметром. Наиболее мягкое физиологическое воздействие оказывает постоянное МП, применяемое преимущественно для индивидуальной (*домашней*) терапии. Переменное МП используется на различные участки тела, выраженные лечебные эффекты при острой боли и экссудативном воспалении. Импульсное МП обладает выраженными местными трофическим, противовоспалительным, сосудистым, противоотечным эффектами, однако не рекомендуется использовать для воздействия на рефлексогенные зоны, область сердца, голову пациента, а также при остром болевом синдроме и остром воспалительном процессе.

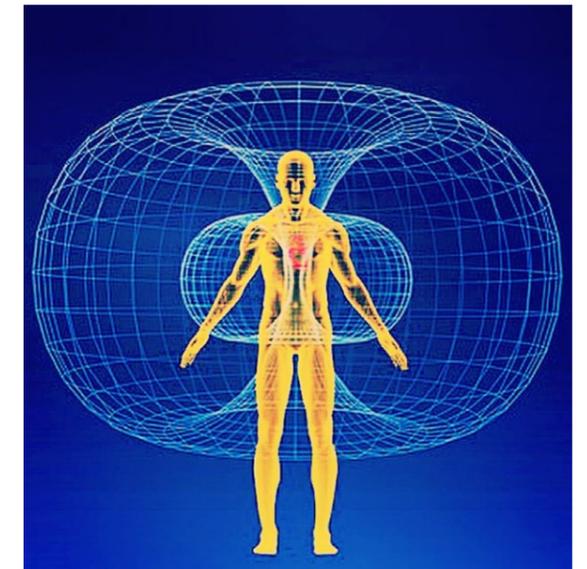
Таким образом, краткий обзор лечебного воздействия магнитных полей показывает, что этот физический фактор обладает очень широким и разнообразным влиянием на организм.

Точки приложения действия и способы реализации энергии магнитного поля в организме человека определяют слабоэнергетический, «информационный» характер влияния МП на физиологические и патологические процессы. Энергия МП слабо поглощается тканями, у пациента отсутствуют субъективные ощущения. Конфигурация силовых линий магнитного поля не претерпевает заметных изменений в биологических тканях, независимо от их характера и принадлежности.

Для достижения всех компонентов лечебного действия магнитных полей курс магнитотерапии должен быть длительным. Каждая последующая процедура в ходе курса повышает и усиливает достигнутые результаты. Лечебные эффекты, полученные после курса из 10–15 процедур, стойкие и длительно сохраняются (*до 3–4 месяцев*), что необходимо учитывать при назначении повторных курсов.

Магнитные поля хорошо сочетаются и комбинируются в лечебном процессе с другими физическими факторами. Действие этих факторов в ряде случаев значительно усиливаются (*лазерное излучение, ультразвук, лекарственный электрофорез, импульсные токи*).

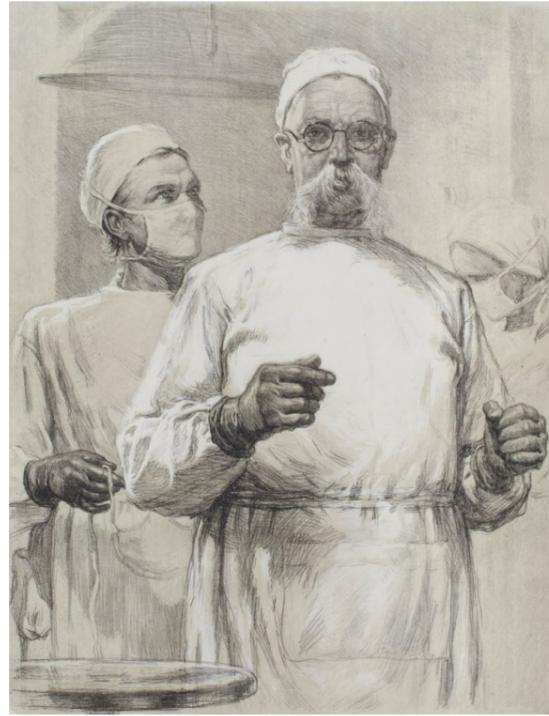
А. О. Лысова



ЗАБЫТОЕ ИМЯ — ПРОФЕССОР ГЕРАСИМ КОРАБЛЕВ

Герасим Иванович Кораблев родился в Рязани (*год рождения не установлен*). Учился в Рязанской духовной семинарии. В сентябре 1809 года поступил в Московскую Медико-хирургическую академию. Его сокурсниками в академии были *И. Буяльский, М. Достоевский и др.* Учился *Г. И. Кораблев* отлично. Во время войны 1812 года он работал в госпиталях. После окончания академии в 1813 году был награжден золотыми часами и оставлен в академии прозектором. С 1815 по 1819 год служил в Тарутинском пехотном полку врачом. В 1819 году *Г. И. Кораблев* представил в Конференцию академии диссертацию на степень доктора медицины на тему «*De pneumoniae*». «1 ноября в 10 часов утра было публичное собрание, в коем выдержавший экзамен на доктора медицины Тарутинского пехотного полка штаб-лекарь *Герасим Кораблев* читал сочиненную им диссертацию *De pneumoniae* и в присутствии посторонних почетных посетителей и членов оной конференции защитил оную довольно хорошо. Почему и признан единогласно достойным звания доктора медицины.

После защиты диссертации он был назначен профессором Московского воспитательного дома. В январе 1823 года *Г. И. Кораблев* подал в академию прошение с приложением послужного списка из Московского воспитательного дома о предоставлении ему должности по фармации. После соответствующего экзамена он прочитал публично пробную лекцию об истории фармации и ее пользе в медицине на латинском языке «с отличной похвалой». 21 мая 1823 года *Г. И. Кораблев* был утвержден министром внутренним делом адъюнктом по фармации, дав при этом следующую подписку: «...сим объявляю, что в никакой ложе масонской и ни к какому тайному обществу ни внутри империи, ни вне ее не принадлежу и обязываюсь впредь не принадлежать и никаких сношений с ними не иметь». 7 августа 1825 года в расцвете творческих сил скончался профессор кафедры повивального искусства, судной медицины и медицинской полиции *Д. И. Левитский*, после смерти которого был объявлен конкурс на замещение кафедры. На эту должность претендовал доктор медицины московский городской акушер *А. Б. Сейдлер*. Темой его диссертации было «*De sectione caesareae*». Вторым претендентом стал *Г. И. Кораблев*. Конференция Медико-хирургической академии после прочтения конкурентами лекций по акушерству на русском языке о причинах и ходе правильных родов, а по судебной медицине и медицинской полиции на латинском языке («*De abortu procurato et cura magistratus pro parturientibus*») избрала профессором *Г. И. Кораблева*. *А. Б. Сейдлер*



пытался опротестовать это решение Конференции. По его жалобе «дело рассматривалось особой комиссией с участием профессора акушерства и судебной медицины Петербургской медико-хирургической академии *С. А. Громова*. Комиссия признала по процедурным формальностям и по существу избрание *Г. И. Кораблева* профессором акушерства правильным. *Г. И. Кораблев* — автор замечательного оригинального учебного руководства, названного им «Курс акушерской науки и женских болезней или учение о жизни женской касательно половых отправлений, изложенное в физиологическом, патологическом, терапевтическом и оперативном отношениях». Оно состоит из трех частей и прекрасного атласа с 250 гравюрами. Во введении он подчеркивал неразрывную связь акушерства со всей медицинской наукой: «Акушерство вначале помощь при родах, становится наукой, когда излагает законы, по которым натура действует при человекоорождении, объясняет по законам животного организма явления и перемены, происходящие во время беременности, в родах и после них. Посему акушерская наука составляет общей врачебной науки часть. Она есть совокупные изложения всех тех знаний, какие нужны для пособия в беременности, родах и родильное время как в здоровом, так и болезненном состоянии. *Г. И. Кораблев* считал, что акушерская наука не должна ограничиваться только изложением учения о пособиях при родах, а должна содержать в себе полное учение о женщине и плоде в физиологическом и патологическом отношениях.

Цель акушерской науки состоит в сохранении и через то размножении граждан, составляющих главнейшую подпору и могущество государств. А ближайшая цель состоит в попечении о женщине и плоде ее в периоде беременности, родов и родильного времени и в пособии ей и младенцу в случае уклонения их отправления от естественного хода, дабы через то соблюсти мать и младенца здоровыми и невредимыми. Между отраслями врачебной науки одну из важных и преимущественных составляет акушерство по следующим причинам:

1. Хотя оно по видимому есть часть хирургии, однако пред сею, имеет по своему предмету в том преимуществе, что хирургия одного, а повивальная наука двоих вдруг, а иногда и более спасает от смерти. Посему благотворное влияние оной на благополучие семейств весьма значительно.
2. Акушерство часто при родах вернейшим образом показывает случаи, решение коих единственно зависит от искусства, и как таковые случаи непредвиденно встречаются иногда и быстро ведут к гибели роженицу, либо младенца, или и обоих вместе: то благоразумные граждане в нынешнее время большей частью заблаговременно стараются пригласить к родам искусную повивальную бабу или даже и акушера.
3. Существенные основания собственно акушерского искусства, будучи выведены из — за — конов механики и утверждены на точном знании анатомической, а потому пособия иногда подаются с точностью, почти математической. Ни в одной части врачебных наук нельзя с такой уверенностью приписывать себе удачу в отвращении опасности, как в повивальной науке: здесь иногда можно определить границы, далее коих преграда не может действовать. В таких случаях легко доказать: что только искусство могло сделать то, что природа совершить была не в состоянии.

Первая книга (*в I части*) руководства называется «Пропедевтика акушерской науки» и содержит главы «об особенностях телосложения и жизненных явлений женщины». Книга вторая посвящена «половой жизни женщины в трех ее периодах: развития, зрелости и увядания — в физиологическом и диетическом отношениях». В третьей книге «О половой жизни женщины в отношении к зачатому ею плоду — со стороны физиологической и диетической» довольно подробно представлена физиология беременности (*о зачатии и постепенном развитии плодового яйца до наступления родов, о маточной и внематочной беременности, об изменениях в организме женщины*), учение о родах (*родовая деятельность, разделение на периоды, механизм родов при различных предлежаниях*), физиология послеродового периода.

Весьма интересны представленные им рекомендации о правилах исследования рожениц, о пособиях при естественных родах, «попечении о родильницах непосредственно после родов» и о «новорожденном младенце тотчас по выхождении его на свет».

В исходе родов *Г. И. Кораблев* отводил значительную роль условиям жизни и развития, телосложению женщины, признакам правильного строения таза (*«pelvis bene formata»*), к которым относил:

- 1) рождение от здоровых родителей;
- 2) в хорошем здоровье прожито детство;
- 3) надлежащее телесное воспитание и упражнение;
- 4) правильное развитие половых отправлений;
- 5) выражение цветущего здоровья;
- 6) прямой умеренный рост;
- 7) правильность и соразмерность всех частей тела;

- 8) твердая, нешаткая походка;
- 9) чисто женский тип — «*habitus corporis feminis*».

В его руководстве уже содержалось представление о функционально узком тазе и роли родовой деятельности: «у одной и той же женщины таз для одного младенца может быть слишком широк, а для другого — узок. Сила родотворной природы и многие другие обстоятельства могут также великую делать перемену в предположениях наших. Мы предполагаем, что таз очень узок, а при всем том натура совершит роды сама собой, и наоборот.

Г. И. Кораблев писал: «Акушер должен быть в готовности подавать возможную помощь во всех случаях, оной требующих, были ли в том нужны лекарственные или механические пособия. Посему должность акушера не единственно в том состоит, чтобы помогать при самих родах, но ему надлежит обращать внимание и на все, что только имеет влияние или в связи находится с делом рождения:

1. Сохранить здоровье беременной, роженицы, родильницы, ровно как и младенца новорожденного, в их целостности; следовательно предупреждать и отвращать болезни и опасность, как от матери, так и от младенца;
2. Роды, хотя бы они и одними силами природы совершены быть могли, надлежало облегчать;
3. В тех случаях, где родотворная натура слаба или вовсе бессильна, должен спешествовать и действовать искусством. Искусство же или пособие акушера в особенном смысле взятое состоит:
 - a. В приспособлении к различным случаям встречающимся при родах надлежащего положения роженицы;
 - b. В назначении диетических и врачебных средств, соответствующих ее состоянию;
 - c. В механических действиях либо помощью одних только рук или вместе помощью и способных к тому орудий производимых;
 - d. Наконец, что нередко случается, принужден он бывает прибегать ко всем способам вместе.

«Желающий быть акушером, — считал он, — должен предварительно знать не только повивальную, но и другие науки врачебные, с коими акушерская состоит в связи и коих она составляет отрасль; по крайней мере знать столько, сколько потребно для его цели. Сюда относятся: анатомия и физиология, математика и физика, фармакология, патология, терапия и хирургия.

Практика акушерская довольно трудна:

- 1) по причине телесного напряжения и различных беспокойств, переносимых при трудных родах, и при случаях, в которых должно спешить на помощь в ночное время, в худую погоду и так далее;
- 2) по причине необходимой основательности, ловкости и предварительного упражнения в искусстве, потребных в самом начале практики, особенно когда нужно подавать помощь без отлагательства и без всякого, так сказать, приготовления себя;
- 3) по причине трудности исследовать и определять предоставляющиеся случаи одним только осязанием, за тем, что другое чувство большей частью не позволяет брать на помощь;

- 4) по причине большого терпения и ночного весьма утомительного бодрствования, часто необходимого при продолжительных родах; также по причине скорой решительности и присутствия духа, которые необходимы для того, чтобы в самых опасных обстоятельствах не впасть в явное замешательство;
- 5) по причине нежности частей матери и дитяти, которые при значительной своей удобоповреждаемости должны быть со всевозможным старанием берегаемы при каждом искусственном окончании родов.

«Ясно, — писал он, — что хороший акушер должен быть вместе и хорошим хирургом и врачом. Впрочем, при всех предварительных знаниях акушер должен иметь ещё некоторые особенные, как телесные, так душевные и нравственные качества.

К телесным качествам относятся:

1. Надёжное здоровье нужное при продолжительных пособиях, требующих великого напряжения сил, дабы трудности соединённые с этой обязанностью и продолжительное бдение без вреда для занимающейся особы могли быть переносимы. Грыжи, чахотка, раны на руках и прочее соделывают врача к акушерской практике не способным.
2. Крепкое и хорошо образованное тело и особенно проворство (*habilitas*) и ловкость в руках, которые обе должны быть равно способны (*ambidexter*). Руки должны быть сильные, но в кистях не широкие, не толстые или уродливые, а узкие, гибкие... Персты должны быть не короткие, не грубые, но довольно длинные, гибкие, имеющие тонкое осязание, дабы некоторым образом могли заменять чувство зрения; ибо акушеру для исследования и определения во многих случаях должно употреблять одно чувство осязания.
3. Акушер должен быть не очень молод и не очень стар.

К душевным качествам принадлежат:

1. Живое воображение и хорошая память, дабы все встречающееся при родах можно было представить себе в уме.
2. Острый и оборотливый рассудок и тонкое соображение, дабы скоро и верно судить о всяком запутанном случае.
3. Решительность и человеколюбивое хладнокровие; осторожность без страха и трусливости: страх показывает бессилие, а дерзость — незнание, и оба там весьма пагубны, где сохранение жизни зависит иногда от одного мгновения.

Наконец со стороны нравственной потребны:

1. Благопристойность, приветливость или ласковость и трезвость.
2. Терпение, сострадание, снисходительность, кротость, трудолюбие и точность в деле.
3. Совестьливость и бескорыстие, особенно при подавании пособия бедным, скромность и уважение к женской стыдливости.

Большое значение Г. И. Кораблев придавал психическому состоянию беременной и личным качествам врача, оказывающего помощь при родах, учитывая осложнения, которыми они могут сопровождаться.

«Врач-акушер, — считал он, — должен обладать живым воображением, острым рассудком и тонким соображением, осторожностью без страха и трусливости: страх показывает бессилие, а дерзость — незнание, и оба вместе пагубны, где сохранение жизни зависит иногда от одного мгновения. Совестьливость и бескорыстие, особенно при подании помощи больным, скромность и уважение к женской стыдливости. Он указывал на необходимость поддерживать у роженицы уверенность в благополучном исходе родов, ибо «всякую болтовню мнительная роженица перетолкует в худшую сторону и примет к своему положению. В выражении печали и сострадания присутствующих знакомых, в их шопотных разговорах читает она свой смертный приговор и повергается в отчаяние».

О роли врача-акушера во время родов он писал: «Родоразрешение требует тишины, стыдливость женская требует, чтобы оно совершалось тайно. Если акушер прозорлив и благоразумен, то должен выслать всех из комнаты, которые могут мешать ему; а сам — какое должен иметь внимание ко всему! Твёрдый, мужественный, хладнокровный, непоколебимый, сострадательный к мучениям, которых он свидетель, должен уметь ободрять, утешать, внушать к себе доверенность ласковостью поступков, терпением, тихостью характера и важностью; он должен повиноваться без противоречия и употреблять все средства, внушаемые ему нравственностью и умом для ободрения при отчаянии, страхе, горести и печали, которым часто предаются как самые твёрдые, так и слабые женщины при затруднительном и мучительном ходе родов».

Не утратили своего значения некоторые советы и рекомендации Г. И. Кораблева, касающиеся выполнения акушерских операций. Он считал: «Никогда не надобно делать операции прежде, нежели совершенно будет распознан случай или предмет операции посредством точного наружного или внутреннего исследования. Здесь не надобно врачу полагаться на уверения повивальной бабки, а должно самому с подробностью обследовать случай, не надобно ему также полагаться на чувствования и уверения матери, когда дело идет о распознавании жизни и смерти младенца ее, а должно самому произвести исследование посредством стетоскопа. Никогда не надобно производить операции там, где явственно усматривается, что неправильность либо самой натурой может быть исправлена без всякого вреда для матери и младенца, либо при помощи средств динамических, однако помогать должно прежде, чем пришла опасность, а не выжидать её».

На основании клинических наблюдений и изучения анатомического материала он пришел к заключению о целесообразности выжидательной тактики (*не более 2 часов*) при нормальном течении последового периода. Если же «по выходе зрелого или почти зрелости достигшего младенца, замечаются припадки, угрожающие опасностью, именно: кровотечение, судороги, глубокие обмороки и т. д., то прежде всего без малейшего упущения времени должно



стараться о выведении последа, на присутствие коего в матке должно смотреть, как на производящее причины, неприязненной сложности; а потому в каждом случае мы много доставляем пользы, как скоро освобождаем матку от последа и тем успокаиваем её». Считая необходимым выполнение акушерского пособия при задержке последа, Г. И. Кораблев, тем не менее, указывал: «Прежде нежели что-нибудь предпримем, должно разузнать причину задержания детского места и сообразно ей действовать внутренними и наружными средствами. Эти средства в короткое время могут произвести желаемое действие; впрочем, если не появятся опасные припадки, мы можем ожидать до двух часов, пока обнаружится оное действие; и если в течение сего срока не увидим успеха со стороны сил природы и освобождению детского места, то приступаем к искусственному его выведению, чтобы через дальнейшее замедление в предприятии операции не подвергнуть роженицу в опасное состояние».

Профессор Г. И. Кораблев был авторитетным преподавателем и практическим акушером. Именно учебное руководство Г. И. Кораблева избрал профессор А. А. Китер в качестве оптимального учебника, возглавив в 1849 году кафедру акушерства и женских болезней Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии. «Это очень хорошее и обширное сочинение» — такую оценку дал «Курсу акушерской науки и женских болезней» В. М. Флоринский (1869). Анализ этого труда в настоящее время, несомненно, свидетельствует, что Г. И. Кораблев был видным акушером России «желающих быть акушерами». Этот труд — связующее звено между руководством Н. М. Максимовича Амбодика и фундаментальными акушерскими учебниками А. Я. Красковского и И. П. Лазаревича. Кроме акушерства, в нем впервые и довольно обстоятельно были представлены женские болезни.

К. М. Фигурнов подчеркивал, что «учебник был написан автором на основании собственного опыта,

содержит критические замечания по поводу нерациональных суждений, имеющихся в некоторых известных иностранных руководствах».

Г. И. Кораблев являлся ординарным профессором акушерской науки, женских и детских болезней при Императорской Московской Медико-хирургической академии до закрытия академии. Последний выпуск врачей из Московской МХА состоялся в 1844 году, после чего здания академии на Рождественке были переданы медицинскому факультету Московского университета. Он остался профессором повивального искусства при Московском воспитательном доме, был академиком, кавалером орденов Святой Анны 2 степени, Святого Станислава 2 степени, Святого Владимира 4 степени. Состоял членом московских обществ Испытателей природы и Физико-медицинского.

Скончался Герасим Иванович Кораблев в 1863 году.

Литература

1. Кораблев Г. И. Курс акушерской науки и женских болезней или учение о жизни женской касательно половых отправлений, изложенное в физиологическом, диетическом, патологическом, терапевтическом и оперативном отношениях: учебное руководство / Кораблев Г. И. — М.: Типогр. И. Смирнова, 1841. — Ч. I. — 688 с.
2. Смирнов Г. И. Видный акушер XIX века Г. И. Кораблев / Смирнов Г. И. // Акуш. и гин. — 1953. — № 4. — С. 86–93.
3. Прейсман А. Б. Московская медико-хирургическая академия / Прейсман А. Б. — М.: Медгиз, 1961. — 110 с.
4. Фигурнов К. М. История развития акушерско-гинекологической помощи в России и в СССР / Фигурнов К. М. // Многолетнее руководство по акушерству и гинекологии. — М.: Медгиз, 1961. — Т. I. — С. 79.
5. Флоринский В. М.

Подготовила **Марина Мартынова**



СКОРО В ШКОЛУ!

Не смотря на то что до нового учебного года ещё целых 2 месяца, и каникулы в самом разгаре, уже сейчас необходимо задуматься об условиях пребывания маленьких учеников в школах и детских садах.

Обеспечение в детских учреждениях микроклимата, соответствующего санитарно-гигиеническим требованиям имеет чрезвычайно важное и приоритетное значение.

В связи с этим, не лишним будет напомнить о важнейших требованиях санитарного законодательства к обеспечению благоприятного микроклимата при организации пребывания детей в детских учреждениях.

Организаторы педагогического процесса могут обеспечить желаемый психологический комфорт в коллективах и предложить самые совершенные образовательные программы, но несоответствие санитарно-эпидемиологическим требованиям таких гигиенических параметров, как температура и относительная влажность воздуха могут существенно влиять как на успех в реализации педагогических идей, так и на самочувствие и здоровье детей.

Особое внимание в нормативах уделяется микроклимату. Например, относительная влажность воздуха в помещениях с пребыванием детей должна быть в пределах 40–60%. Более сухой воздух сушит слизистые верхних дыхательных путей, тем самым снижает их способность противостоять болезнетворным бактериям, передающимся воздушно-капельным путём. Если же влажность выше нормы, то сырость создаёт идеальные условия для появления источников аллергии у детей (например, плесени). Что касается температурного режима, то он регламентируется

ещё более строго в помещениях различного назначения: от 17 °С в учебных мастерских до 22–24 °С в помещениях ясельных групп и 29 °С – в зале бассейна.

Очевидно, недостаточно теплое помещение, наличие сквозняков может стать причиной переохлаждения и проблем со здоровьем. Однако, длительное нахождение во влажном и душном помещении, слишком теплая одежда не по сезону вредны не меньше, чем при охлаждении. Перегрев опасен прежде всего обезвоживанием. Из-за обезвоживания нарушаются многие важные обменные процессы, из-за чего в организме накапливаются токсические вещества, в свою очередь, негативно влияющие на работу жизненно важных органов – мозга, сердца, почек и других.

Инсоляция помещений (*проникновение солнечных лучей через световые проемы*) также является важным гигиеническим показателем, который нормируется и рассчитывается в проектах строительства детских учреждений. Солнечные лучи, проникая в помещения, оказывают бактерицидный эффект.

Требования к микроклимату помещений в общеобразовательных и дошкольных учреждениях, организациях дополнительного образования детей регулируются санитарными правилами СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях», СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», СанПиН 2.4.4.3172-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей».

В общеобразовательных учреждениях температура воздуха в учебных помещениях и кабинетах, кабинетах психолога и логопеда, лабораториях, актовом зале, столовой, рекреациях, библиотеке, вестибюле, гардеробе должна составлять 18–24 °С; в спортзале и комнатах для

проведения секционных занятий, мастерских – 17–20 °С; в спальне, игровых комнатах, помещениях подразделений дошкольного образования и школьного интерната – 20–24 °С; в медицинских кабинетах, раздевальных комнатах спортивного зала – 20–22 °С, в душевых – 24–25 °С, в санитарных узлах и комнатах личной гигиены – 19–21 °С.

В основных помещениях детского сада температура должна составлять:

- 22–24 °С – в приемных, игровых ясельных групп;
- 21–23 °С – в приемных, игровых младшей, средней, старшей групп;
- 19–20 °С – в спальнях всех групповых ячеек;
- 22–24 °С – в туалетных комнатах ясельных групп;
- 19–20 °С – в туалетных дошкольных групп;
- 22–24 °С – в помещениях медицинского назначения;
- 19–20 °С – в помещениях для музыкальных и гимнастических занятий;
- не менее 29 °С – в залах с ванной бассейна;
- 25–26 °С – в раздевалках с душевой бассейна;
- минимум 12 °С – на прогулочных верандах;
- не менее 15 °С – в отопляемых переходах.



Хочется отметить, что условия микроклимата крайне важны и при организации жизни и игровой и учебной деятельности детей дома. В связи с этим приведенная информация будет полезна как педагогам, так и родителям. Помните, увлеченный игрой ребенок может просто не замечать текущие изменения вокруг и продолжают спокойно играть даже при высокой температуре, и точно не задумается о таких «мелочах», как сквозняки или прохлада в комнате, поэтому такие важные моменты должны оставаться на контроле взрослых.

Так же очень важным является правильный выбор школьной формы, и других видов детской и подростковой одежды. Она должна соответствовать требованиям технического регламента Таможенного союза «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» (ТР ТС 007/2011).

В соответствии с ТР ТС 007-2011 по функциональному назначению одежда подразделяется на изделия 1-го, 2-го и 3-го слоев. К каждому слою одежды предъявляются свои гигиенические требования. Школьная форма – это одежда второго слоя.

Согласно гигиеническим требованиям, школьная одежда должна создавать комфортный микроклимат

пододежного пространства: обеспечивать газообмен через кожные покровы; снижать теплопотери организма; сохранять постоянство температуры тела; облегчать терморегуляторную функцию кожи.

Взаимодействие между кожей ребенка и школьной формой определяется гигиеническими свойствами ткани. В течение суток через поверхность кожи выделяется около 4,5 л углекислого газа. Повышение температуры воздуха и интенсивная физическая работа увеличивают газообмен через кожу в несколько раз, доводя его до 10% легочного газообмена. Научными исследованиями доказано, что при содержании в пододежном пространстве более 0,07% углекислоты газообмен через кожу, а следовательно, и самочувствие ребенка ухудшаются. Поэтому школьная форма должна обеспечивать достаточную вентиляцию пододежного пространства, которая, прежде всего, зависит от материала.

Для пошива школьной формы предпочтительны натуральные ткани (*шерсть, лен, хлопок и другие*), которые являются наиболее гигиеничными, терморегулирующими материалами, обладающими более высокой гигроскопичностью. Использование таких тканей снижают вероятность появления побочных реакций.

Следует учитывать, что к составу ткани, из которых сшита школьная форма, должны предъявляться более жесткие требования, чем, например, к тканям для выходного праздничного костюма. Ведь ребенок проводит в школьной форме не менее 5–6 часов, а с учетом продленного дня – до 8–9 часов.

Если обычный детский костюм может быть сшит из ткани, на 67% состоящей из химических волокон, то для школьной формы рекомендуется выбирать ткань, которая имеет не более 55% синтетических волокон, а для блузок и рубашек не более 30–35%.

И еще важная рекомендация. При выборе формы для ребенка необходимо обращать внимание на покрой одежды – она не должна сковывать движения, неправильно сшитая одежда может принести вред. Только эргономичная (*удобная ребенку и в статике, и динамике*) школьная форма позволяет формировать правильную осанку детской фигуры и обеспечивает динамический комфорт.

Продукция для детей и подростков, соответствующая требованиям безопасности технического регламента ТР ТС 007-2011 «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков» и прошедшая процедуру оценки (*подтверждения*) соответствия, должна иметь маркировку единым знаком обращения продукции на рынке государств-членов Таможенного союза.

Маркировка осуществляется перед выпуском продукции в обращение на рынке. Маркировка наносится на этикетку. Маркировка должна содержать следующую информацию: наименование страны, где изготовлена продукция; наименование и местонахождение изготовителя (*уполномоченного изготовителем лица*), импортера, дистрибьютора; наименование и вид (*назначение*) изделия; дата изготовления; единый знак обращения на рынке; товарный знак (*при наличии*).

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



САРАИ

Краткая историческая справка

До революции и в первые годы Советской власти Сараевский район входил в состав Сапожковского уезда Рязанской губернии, а с 1924 года – в состав Рязского уезда. С образованием в 1929 году Рязанского округа в Московской области был создан самостоятельный Сараевский район, из которого в 1930 году отходят 24 сельсовета во вновь созданные Можарский и Муравлянский районы. С 1937 года все эти три района входят в состав Рязанской области.

После Великой Отечественной войны Можарский и Муравлянский районы ликвидируются. С 1963 года существовал Сараевский сельский район, объединявший сельсоветы упраздненного тогда Сапожковского района. Окончательно же территория современного Сараевского района сложилась в 1977 году.

Сараевские земли в средневековье занимали местность, исторически называемую «Дикое поле» и располагавшуюся по южным границам Рязанского княжества и верховьям Дона, в непосредственной близости со степью. Через «Дикое поле» воинственные кочевники совершали свои опустошительные набеги на русские земли. Здесь проходили дороги на юг, находились торги со степняками. Со временем, когда пограничная полоса отодвинулась дальше, в местной округе стали получать уголья «в кормление» бояре, помещики, духовенство, служивые люди.

В середине XIX века в Сапожковском уезде, куда входили в основном селения нынешнего Сараевского района, землями владели главным образом помещики. Но уже в 50-х годах XIX века начинается процесс разорения помещиков, их земли начинают перекупать купцы. Появляются и кустарные промыслы. В частности, в Можарской волости возникают мастерские по выделке деревянных частей для молотилок, веялок

и других сельскохозяйственных машин, изготовлявшихся частными предпринимателями на небольших заводах в Сапожке, при станции Кензино и в других местах.

В 1871 году в с. Сараи открылась земская начальная школа с трехклассным обучением. Для нее построили специальное здание. В 1889 году школа даже имела свою библиотеку из 28 книг, что для того времени было большой редкостью. В 1880 г. основалась Больше-Можарское училище, также трехклассное. Но просвещение с трудом пробивало себе дорогу. И не случайно, что по переписи 1887 г. в с. Сараи, где проживало 3019 человек, только 319 мужчин и 30 женщин знали грамоту.

До революции в с. Сараи была развита торговля. Мясные лавочки и купцы скупали зерно, затем сушили, размалывали его и в таком виде отправляли на продажу в Москву и другие города. Часть населения занималась выделкой кирпича.

В 1908 году в с. Сараи проживало 4930 жителей, в том числе 552 ребенка в возрасте от 8 до 11 лет, 312 детей учились в школе. Село развивалось и богатели. В 1916 г. имелись земская больница, аптека, ветеринарный пункт, библиотека, кредитное товарищество, кирпичный завод, три сапожни, 7 мельниц, две маслобойки, шесть кузниц, толчея, шасталка, колбасная, 30 торговых лавок, 5 чайных, склад керосина.

В первый год Великой Отечественной войны район передал армии 80 автомобилей, 28 тракторов, 1800 лошадей, 500 повозок и многое другое. На всю страну в то время гремела трудовая слава тракторных бригад И.И. Бортаковского (Можарская МТС), П.Н. Пирожкова (Муравлянская МТС), Е.С. Уразовой (Сараевская МТС). За высокие показатели в работе И.И. Бортаковскому присуждается Государственная премия. Высокой наградой – медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг» Правительство отметило почти 14 тысяч тружеников Можарского, Муравлянского и Сараевского районов. На фронтах уроженцы сараевской округи сражались на суше, в воздухе и на море. Многие из них за отвагу и мужество удостоены орденов и медалей, есть

и Герои Советского Союза. Среди них летчики Иван Иванович Ермаков (с. Ново-Бокино), Семен Алексеевич Фроловский (с. Назарьево), Николай Васильевич Маркин (с. Большие Можары), танкисты Павел Антонович Михеев (с. Троицкое) и Дмитрий Сергеевич Фоломеев (д. Ивановка), командиры стрелковых рот Иван Михайлович Баранов (с. Напольное) и Александр Григорьевич Васин (с. Белоречье). Активным участником партизанского движения в Великую Отечественную войну был уроженец с. Ново-Бокино Иван Иосифович Копенкин. Послевоенные пятилетки – годы трудной борьбы за укрепление экономики Сараевского района. Он стал крупным производителем сельскохозяйственной продукции, особенно товарного зерна и сахарной свеклы, в масштабах области. В 1985 году сдана в эксплуатацию первая очередь крупнейшего зернохранилища в Нечерноземье – элеватор на ст. Верда.

Многие труженики сельского хозяйства района за выдающиеся достижения в труде отмечены высокими правительственными наградами. Механизатору совхоза «Сараевский» Василию Андреевичу Главину присвоено звание Героя Социалистического труда. Награждена орденом Октябрьской революции мастер машинного доения колхоза им. Коминтерна Клавдия Васильевна Аганина.

Муниципальное образование – Сараевский муниципальный район является самостоятельным муниципальным образованием в составе Рязанской области.

Герб Сараевского района утвержден на заседании районного Совета депутатов решением от 26.05.1998 года № 15 и зарегистрирован в Государственной Герольдии 22 июня 1998 года, регистрационный номер 338. Он представляет собой щит трехчастный, пересеченный; во главе в зеленом поле



два золотых хлебных снопа, положенные накрест; в золотом поясе зеленая дубовая ветвь в столб, имеющая три зеленых листа (средний – в столб, боковые – в перевязь) и два таких же желудя в пояс; в лазоревой (синей, голубой) оконечности два серебряных карпа в пояс (вариант – два золотых карпа), обращенные друг к другу; в золотой вольной части со скругленным внутренним углом старинная зеленая княжеская шапка, имеющая черную соболью оторочку, над которой укреплено золотое украшение («городок») с зеленым самоцветным камнем (изумрудом).

Сараевский муниципальный район расположен на юге Рязанской области. Занимает площадь 211 710 га. Простирается с севера на юг на 66,5 км, с запада на восток – на 47,5 км.





Административный центр района — рабочий поселок Сараи, находится в 185 км от города Рязани и в 370 км от города Москвы. Расположен на реке Вёрда (бассейн Оки), в 182 км к юго-востоку от Рязани.

Положение района в пределах двух природных зон обеспечивает разнообразие животного мира: от степных видов животных до таежных лесных. Здесь обитают около 70 видов млекопитающих (косуля, олень европейский, кабан), более 250 видов птиц (глухарь, тетерев, утки, цапли), 30 видов рыб.

На территории района имеются два заказника: переходное болото на территории Можарского лесокombината, площадью 14 га и верховое болото Унгер, площадью 27 га, которые являются местами обитания водоплавающих птиц, редких земноводных и имеют водоохранное значение.

В районе имеются памятники природы: урочище «Максы» площадью 30 га, урочище «Муравлянка» площадью 48 га, урочище «Телятники» площадью 196 га и байрачная дубрава с. Мордово площадью 154 га.

Богатство природы и отдаленность от крупных промышленных городов привлекают в район любителей природы, охотников и рыболовов.

На территории Сараевского муниципального района по состоянию на 01.01.2017 года проживает 17 036 человек, что составляет 1,2% населения Рязанской области. Удельный вес сельского населения составляет 67,35%.

Система образования района включает в себя 9 общеобразовательных учреждений (1 опорная школа, 6 базовых, 2 самостоятельные общеобразовательные школы, 7 филиалов базовых и опорных школ), 12 дошкольных образовательных учреждений, 2 — дополнительного образования (МОУ ДОД «Детская юношеская спортивная школа» и МОУ ДОД «Дом детского творчества»), технологический техникум. В МБОУ ДОД «Сараевская ДШИ» действуют четыре отделения: музыкальное, вокальное, эстрадное, хореографическое. В 1977 году открыто Сараевское сельское профессионально-техническое училище, выпускающее трактористов — машинистов



широкого профиля. Наряду с профессией учащиеся получают среднее образование.

В составе муниципального учреждения культуры МБУК «Межпоселенческий районный Дом культуры Сараевского муниципального района» находятся: 26 сельских Домов культуры, 5 сельских клубов, 4 передвижных автоклуба. В клубных учреждениях района действует 294 клубных формирований с численностью участников — 3073 человека. Из общего числа клубных формирований 161 создано и действует для детей и подростков, в которых проводят свой досуг 1743 человека. Наиболее крупным клубным учреждением в районе является межпоселенческий районный Дом культуры — центр методической и творческой работы. При МРДК создан 21 кружок художественной самодеятельности, в том числе — 9 для детей и подростков. Два коллектива, действующих на базе МРДК, хор «Сараевские зори» и драматический самодеятельный театр, носят высокое звание «Народный коллектив Рязанской области».

Библиотечные услуги населению предоставляет «Межпоселенческая центральная библиотека им братьев Э. и В. Сафоновых Сараевского муниципального района». В её составе: Сараевская детская библиотека, 29 сельских библиотек, 46 пунктов выдачи. Дополнительное образование детей осуществляет «Сараевская детская школа искусств».

Три сельские библиотеки — Можарская, Кривская, Муравлянская имеют статус «модельных».

В районе функционирует МБУК «Сараевский районный краеведческий музей».

В посёлке родились: генерал-лейтенант И. Н. Хабаров (1888–1960), учёный-агроном А. С. Семин (1937), члены Союза писателей СССР и России: прозаики и публицисты В. И. Сафонов (1936–1995), Э. И. Сафонов (1938–1994), поэт С. А. Агальцов (1954).

Материал подготовила **Е. Н. Сомова**
по материалам сайтов <http://photogoroda.com>
<http://saraevskiy-rayon.pf>





Кабинет врача. На стуле сидит мужик, а в спине топор, весь в крови. Врач спокойно спрашивает: — В детстве желтухой, корью, свинкой, коклюшем болели?

* * *

Две бабульки: Когда я прихожу к врачам, то прикидываюсь глухой, чтобы знать, что они обо мне думают...

* * *

Новые способы лечения любых заболеваний у гинеколога в страховой медицине по возрастам: 14 лет: «ну мальчик появится — и все пройдет» 20 лет: «ну вот родишь — и все пройдет» 27 лет: «второго родить надо — и все пройдет» 38 лет: «ну что вы ходите — возраст, тем более рожали»...

* * *

Пошли охотиться на уток терапевт, психиатр, хирург и патологоанатом. Летит первая утка. Терапевт: — Утка это или не утка? Какие то должны быть симптомы — утка или не утка? Пока думал, утка улетела. Летит следующая. Психиатр: — Утка... Азнаетли она, что она — утка? Интересно, знает или не знает? Утка опять улетает. Появляется третья, хирург, не глядя, стреляет. Утка падает в кусты. Хирург — патологоанатому: Иди посмотри, кто там...

* * *

По мнению пациентов, плохой врач это тот, кто лечит не так, как написано в интернете.



Очередь перед кабинетом гинеколога. Все скучают. Гинеколог никуда не торопится, у него рабочий день длинный, поэтому очередь идет очень медленно. И тут к кабинету подбегает энергичная дамочка и заявляет: «Мне только спросить!» На что одна грузная тетка ей отвечает басом: «А нам только показать!»

Врач-косметолог сделал пациентке древнегреческий профиль, разгладил морщины, удалил двойной подбородок, уменьшил рот.

- Что еще изволите?
- А можете сделать большие выразительные глаза?
- Конечно! Взгляните на счет.

* * *

— Доктор, скажите, а почему вы стали именно гинекологом?

- Где родился, там и пригодился.

* * *

Приходит ветеринар к терапевту.

Терапевт:

- На что жалуетесь?

Ветеринар:

- Э, батенька, так каждый может.



- А я вчера у окулиста была.
- И что сказал?
- Сказал, чтобы я алфавит учила.

* * *

В мединституте идет лекция. Профессор говорит:

- Прежде чем назвать вам тему сегодняшней лекции, я вам расскажу случай из собственной жизни. Когда я был студентом, мне нравилась одна девушка. Нравилась она и еще одному студенту. Девушка отдала предпочтение тому студенту. Я остался с носом, а тот молодой человек — без носа. Теперь я вам объявлю тему сегодняшней лекции: «Сифилис и его последствия».

* * *

Терапевт с неразборчивым почерком, выписывая рецепт, случайно написал стихотворение на древнеяпонском.

* * *

- Доктор, что означают буквы «ХЗ» в моей истории болезни?

- Ну, как вам сказать... Просто диагноз не очень ясен...

Подготовила Регина Якушина



С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРАЗДНИКОМ ВАС ДОРОГИЕ НАШИ ЧИТАТЕЛИ!

Дорогие наши читатели! Редакция журнала с удовольствием поздравляет Вас с нашим общим профессиональным праздником — Днём медицинского работника! И хотим в этот день сказать, что всегда ценили Ваше отношение к нашему изданию, считаем всех Вас своими настоящими друзьями, и гордимся, что работаем рядом с такими классными профессионалами.

Выбор профессии медицинского работника характеризует Вас, как замечательных людей. Каждый день Вы выполняете сложную важную и очень нужную работу в которой нуждаются наши пациентки, и работу свою Вы делаете отлично, поэтому Вами невозможно не гордиться.

В этот знаменательный, для всех нас, день редакция считает своим долгом пожелать всем Вам успешного карьерного и профессионального роста и развития. Чтобы Ваш профессиональный путь был гладким, лёгким, не слишком медленным, и всегда приносил радость. Чтобы на этом пути Вы всегда были счастливы, не смотря на трудности и не взирая ни на что вообще. Чтобы Вы получали от своего труда всё, что Вы хотите получить, что бы все Ваши усилия были всегда по достоинству вознаграждены. Чтобы сбылись все Ваши надежды и мечты, чтобы результаты Вашей деятельности никогда Вас не разочаровывали. Чтобы все Ваши решения всегда были правильные и своевременные. Чтобы Ваши профессиональные навыки и умения всегда преумножались быстро и легко. Чтобы Ваши родные и близкие имели силы терпение и мудрость всегда разделять все тяготы вашего нелёгкого труда.

В общем, дорогие наши коллеги и друзья, благодарим Вас за то, что Вы есть, и за то, что вы такие,

какие есть! Желаем Вам профессионального счастья и процветания. Ну а мы всегда будем радоваться Вашим победам и достижениям.

Редакционная коллегия журнала
Больница на Каширина

Как незаметно пролетело время — Совсем недавно сессия была. Порою мы, самим себе, не веря, Решали очень сложные дела. Теперь ты доктор с многолетним стажем, Хоть выглядишь совсем не по годам. И я признаюсь откровенно — даже Я тридцати пяти тебе не дам! За пациента каждого в ответе Повсюду ты летаешь, как стрела. Ну, как ты успеваешь все на свете? Уж и детишек чудных родила? Как многим доброта твоя знакома И легче всем становится с тобой. Тебя всегда ждут с нетерпением дома, И на прием приходят, как домой. Внимательность твою оценит каждый! И повезло когда-то очень нам. Кто на прием к тебе пришел однажды, Уже к другим не хочет докторам. Ты выглядишь и стильно, и красиво — Иначе просто выглядеть нельзя. Прими любовь и вечное «Спасибо» — За каждого болеешь ты не зря!

Петр Давыдов



Номер подготовили:

Главный редактор

Сергей Николаев

Редакционная коллегия:

Евгения Вожанкова, Екатерина Сомова, Сергей Уткин, Марина Мартынова, Залият Абдурахманова, Анастасия Лысова, Людмила Салтан, Регина Якушина

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**