



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

Официальное печатное издание
ГБУРО «Городская клиническая больница №8».



ноябрь 2012 выпуск №9

Читайте в этом номере:

1. *Наш анонс* стр. 2
2. *Краеугольный камень репродуктивного нездоровья* стр.3
3. *Поздравляем наших коллег* стр. 8
4. *Акушерская аускультация* стр. 9
5. *Поездка в Астафьево* стр. 11
6. *Новые компоненты КОК – новые преимущества* стр. 13
7. *Физиотерапия вчера, сегодня, завтра* стр. 17
8. *Реализация органосохранения при акушерской патологии* стр 18
9. *Сестринское дело – теория и практика управления* стр. 20
10. *«Дымные сказки»* стр. 21
11. *Юмористическая рубрика* стр. 24
12. *Елец – «золотое наследие наших предков»* стр. 26

Краеугольный камень репродуктивного нездоровья.

Проблема прерывания беременности известна с седой древности, родившись с образованием человеческого общества и появлением медицины.

Несмотря на многотысячелетнюю историю, она не приобрела меньшей остроты. И в современном обществе она не является сугубо медицинской темой, как порой её пытаются представить, а представляет гордиев узел философских, теологических, нравственных, политических, культурных, социальных, экономических, педагогических, психологических, этнических, национальных, семейных проблем.

Еще в V в. до н. э. Гиппократ зафиксировал позицию врачебного сословия об этической недопустимости участия врача в производстве искусственного выкидыша: «Я не вручу никакой женщине абортивного pessaria».

Наиболее полярными ценностно-мировоззренческими ориентациями являются либеральная и консервативная.

Консервативная — основывается на моральных ценностях религиозной культуры. Христианское „нет“ абортам однозначно. Достаточно привести ставшее каноническим суждение Василия Великого (IV-V вв. н. э.): „Умышленно погубившая зачатый в утробе плод подлежит осуждению, как за убийство“. Социальная концепция Русской православной Церкви полностью с ним солидарна.

Либеральное оправдание аборта базируется на двух принципах. Первый — это

право женщины распоряжаться своим телом. Второй - отрицание личностного статуса плода. Не разделяя идей традиционной морали, либеральное сознание выстраивает свою аргументацию «моральности аборта». Исходным в этой аргументации является принцип «права женщины на аборт». Развитие человеческого общества по техногенному, а не по духовному пути, создание и пропагандирование общества потребления с утратой духовных и нравственных ценностей, реклама чувственных наслаждений и посыл к приобретению материального богатства, включение женщины в общественную и трудовую деятельность, заботы о карьере, организационная структура здравоохранения, предусматривающая современную технологическую комфортность искусственного прерывания беременности, его общедоступность, бесплатность - вот факторы, обеспечивающие постоянный и гарантированно высокий уровень числа абортов.

К сожалению, приходится признать, что в нашем обществе существует «абортная культура». Частью этой «культуры» является «легкое» отношение врачей акушер-гинекологов (особенно старшего поколения) и наших женщин к аборту. В СССР, стране с высоким уровнем рождаемости, положительным естественным приростом населения, отсутствием доступных средств контрацепции производилось огромное количество абортов (1988 г. — 7 млн. 265 тыс.). Аборт рассматривался «как средство контрацепции».

Непридуманный случай №1: Поступила в стационар с клиникой угрозы прерывания беременности. 24 года. Множественная миома матки (доброкачественная опухоль). Выраженное ожирение вследствие метаболического синдрома, сцепленные с этим соматические проблемы. Два года назад сделала аборт по желанию. Удивлена, что нарушение здоровья (миома матки, метаболический синдром, нестабильность менструального цикла, угроза прерывания беременности и т.д. связаны с прерыванием первой беременности. Большие глаза: все делают аборты и здоровы. Не верит - врачи наговаривают. После консилиума замечена в курительной комнате. Курить нельзя? Но курят все и рожают нормальных детей! Беременность заведомо высокого риска и непредсказуемого прогноза. Крайне низкая ответственность за свое здоровье и исход беременности.

Несмотря на положительную тенденцию к снижению количества абортов и улучшение соотношения «роды-аборты» до 1:0.67 в 2009 году количество искусственного прерывания беременности в РФ в 3 раза превышает таковое во всех европейских странах. В 2010 году количество абортов составило 1186108 (если бы

их не было, то прирост населения в следующем поколении составил бы 1364024 человек при осуществлении семьями программы простого воспроизводства). Доля первобеременных по данным официальной статистики составляет 11%.

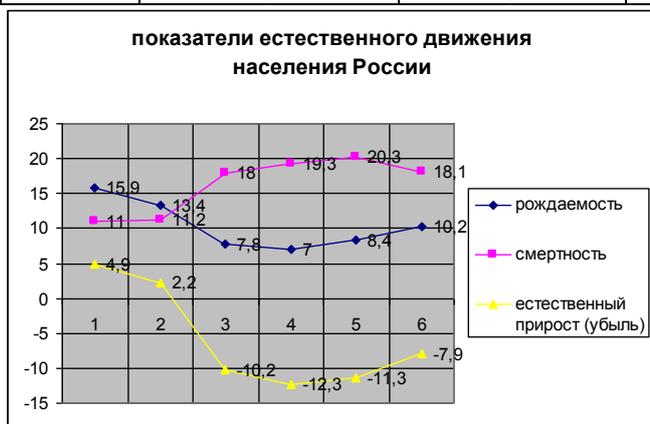
Современная модель репродуктивного поведения: раннее начало сексуальной жизни + промискуитет – высокий риск заболевания ИППП + ранняя первая беременность, прерванная абортom – замужество – беременность, протекающая с осложнениями у большей части женщин, роды (часто осложненные) – лактация (без установки на ее длительность до 1- 1.5 лет) – наступление незапланированной беременности в связи с особенностями ментальности, отсутствием знаний и консультирования по контрацепции – аборт. При отсутствии должного полового воспитания раннее начало (в 15 лет) сексуальной жизни, промискуитет, неиспользование контрацепции привели к росту за 10 лет частоты ВЗОНТ у девочек в 3 раза.

Доля девочек в общем числе абортов составила в 2010 году 6.8%.

Современная Россия находится в состоянии демографического кризиса, занимая в мире особое место: показатели рождаемости соответствуют таковым в странах с развитой экономикой, а показатели смертности аналогичны показателям развивающихся стран. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) при сохраняющихся демографических тенденциях население России к 2050 году сократится почти на 50 млн. человек по сравнению с 2000 годом и по численности населения наша страна спустится с 6-го на 18-ое место в мире. Несмотря на предпринимаемые государством мероприятия остается так называемый «русский крест».

Таб. Эпидемиология «Русского креста» в Российской Федерации

Годы	Рождаемость	Смертность	Естественный прирост (убыль)
1980	15,90	11,00	4,90
1990	13,40	11,20	2,20
1995	7,80	18,00	-10,20
2000	7,00	19,30	-12,30
2005	8,40	20,30	-11,30
2010	10,20	18,10	-7,90



Темпы депопуляции в Российской Федерации существенно превышают таковые в Евросоюзе (показатель уровня депопуляции - 0,7) и составляют 1,8. Крайне негативной является тенденция к старению населения и сокращению доли детей и подростков (будущего репродуктивного потенциала) в структуре населения, см. таблицу 2 и рисунке 3.

Таб.1.2. Доля детей и подростков в общей эпидемиологической структуре

год	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
доля детей и подростков	25	23,8	22,6	21,3	20,2	19	18,4



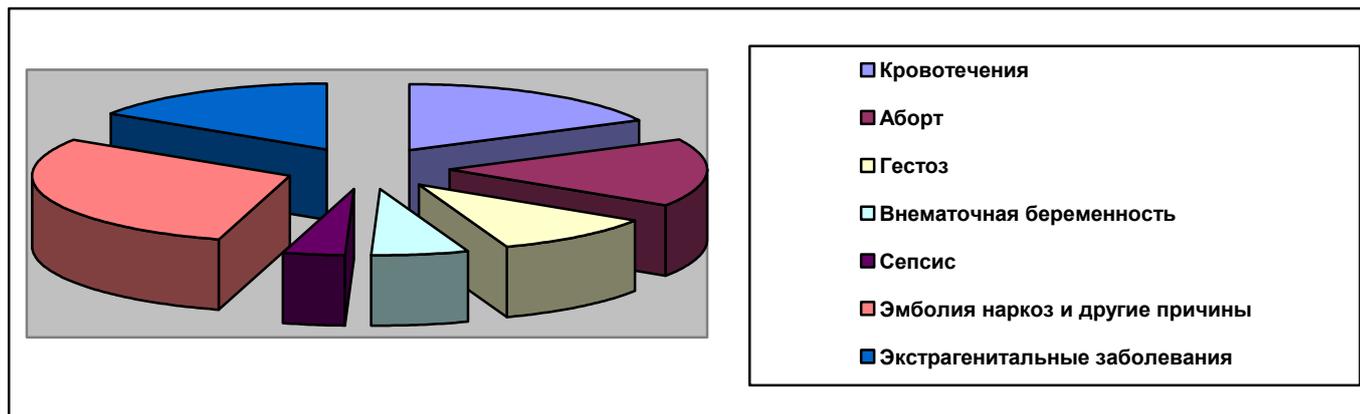
В мире каждые 8 минут от аборта умирает 1 женщина.
В сложившейся ситуации каждая наступившая беременность приобретает особую ценность для семьи и общества. Хирургический аборт является опасной операцией, сопровождающейся большим

количеством осложнений, приводящей к гинекологической заболеваемости, материнской летальности.
В мире каждые 10 секунд делается 1 аборт.



Причины смертности после медицинских абортов:

Эпидемиология материнской смертности на территории Российской Федерации



Частота ранних осложнений (т.е. сразу после аборта)	Более поздние осложнения, развивающиеся в первые два месяца после аборта	Осложнения, развивающиеся через 2 года после аборта
<ul style="list-style-type: none"> - травма мышечного слоя матки - 24,5%, - кровотечения - 0,58%, - инфекция - 1,44%, - перфорация матки - 0,06%, - травма шейки матки - 0,36%. 	<ul style="list-style-type: none"> - хроническое воспаление придатков - 18%, - эктропион шейки матки - 11%, - эндоцервицит - 7%, - нарушение менструального цикла - 4%. 	<ul style="list-style-type: none"> - хроническое воспаление придатков - 12,5%, - кольпиты (воспаление влагалища) - 1,7%. - в учебнике по гинекологии практически при каждом заболевании указано среди предрасполагающих факторов: прерывание беременности

Статистики по послеабортному синдрому в России нет.

Менее опасной технологией является медикаментозное прерывание беременности. Но существует ли безопасный аборт? Да - это аборт, от которого женщина отказалась! Как нам видится точка приложения профессиональных усилий? И можно ли вообще повлиять на ситуацию? Наш опыт показывает, что можно.

Основным, с чего начинается работа с женщиной, находящейся в сложной жизненной ситуации это консультирование. Цель консультирования – помочь женщине сделать правильный выбор. Женщины, обратившиеся для прерывания беременности, могут испытывать сложные и иногда противоречивые чувства. Пациентка должна чувствовать, что ей сопереживают и окажут компетентную помощь вне зависимости от ее решения. Услуги по консультированию женщин с кризисной беременностью, послеабортному консультированию и предоставлению контрацептивов, проведению реабилитации

репродуктивной функции после потери беременности должны рассматриваться, как рутинный компонент акушерско-гинекологической помощи и для повышения эффективности проводиться в одной медицинской организации. Важность консультирования: частота повторных абортов в России составляет до 40%; по данным FIGO 2002 внедрение консультирования приводит к уменьшению количества повторных абортов с 18.5% до 8.5%. В абсолютном варианте цель консультирования можно считать достигнутой, если: женщина отказалась от аборта; или при неизменном решении и полностью проведенной реабилитации больше никогда не обратилась за производством аборта, а при возникновении в семье репродуктивных планов благополучно зачала, выносила и завершила беременность рождением здорового ребенка. Причины, которые указывают пациентки, принявшие решение о прерывании беременности представлены в таблице.

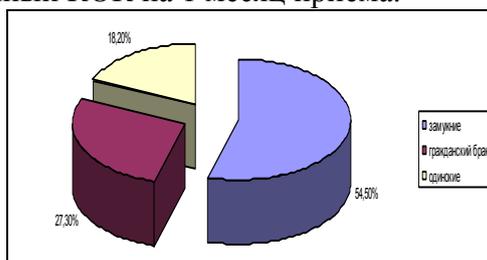
Причины принятия решения о прерывании беременности

Не подходящее время для рождения ребенка	24,4%	В тоже время
Социально-экономические причины	22,4%	В «подходящее» время беременность может не наступить
Не хотят больше иметь детей	20,1%	Шанс попасть в социальный лифт низок, приобретение материального благополучия требует времени, а годы идут
Возраст (слишком молода)	21,3%	Ребенок в семье не обуза, а счастье.
Не имеет партнера для воспитания детей	1,6%	30% респондентов старше 30 лет
Партнер настаивает	4,5%	Но есть беременность, значит есть партнер, можно пригласить на консультацию.
Риск рождения ребенка с пороками	4,5%	Можно пригласить на консультацию, при обсуждении ответственности ситуация может измениться на противоположную.
Вынашивание беременности опасно для жизни	1,6%	Общепопуляционный риск останется. Присоединится риск связанный с репродуктивным нездоровьем после аборта.
		При наличии аборта в анамнезе риск вынашивания возрастет.

Непридуманная история №2:

Мама с дочкой. Обе плачут. Помогите за ради Бога (не понимают чье Имя и в какой ситуации поминают). Большой срок, не замужем, мама инвалид, низкая пенсия, работает по серой схеме у частника, 2-х комнатная хрущевка, дочь учится на 2-м курсе ВУЗа, обучение платное. Нет никакого выхода. При расспросе: партнер ровесник, вместе учатся, любят друг друга, до возникновения беременности планировали пожениться через 2 года, мужчина против аборта, уровень достатка второй семьи схожий. Допустим, прервем беременность, что изменится: материальное состояние не улучшится (квартира и зарплата прежние, платное обучение), здоровье мамы с годами не улучшиться, дочь, если избежит фатальных осложнений, то приобретет репродуктивное нездоровье (10% шанс навсегда остаться бесплодной), мужчина, скорее всего после аборта с ней расстанется. Пошли подумать. Итог: свадьба, рождение здорового малыша, хорошая молодая семья.

В настоящее время в ГБУ РО «ГКБ №8» работают 3 психолога. Работа построена на основании договора с Центром охраны материнства и детства Рязанской епархии. В настоящее время все медицинские психологи прошли дополнительное обучение по доабортному консультированию. Финансирование оплаты труда и обучения персонала осуществляется благотворителями. Кроме того, благотворителями финансируется работа по послеабортному консультированию. Врачи акушер-гинекологи кабинета прошли специальную подготовку. За счет благотворителей каждой пациентке, выбравшей оральную контрацепцию, выдается бесплатно современный КОК на 1 месяц приема.



Распределение женщин с кризисной беременностью по семейному положению представлено на диаграмме.

Более половины женщин имели среднее специальное образование (55,7%), 39,8% высшее, а 4,5% среднее образование. 89,8% женщин не обладали исчерпывающей информацией о методах контрацепции.

За время работы кабинета консультирования с июля 2006 года по декабрь 2011 года отказались от аборта и закончили беременность благополучными родами 178 наших пациенток.

Несмотря на достаточность информации о работе кабинета послеабортного консультирования посещение его пациентками крайне низкое (5% от перенесших операцию прерывания беременности). Низкая приверженность консультированию при полной его доступности требует получения психологической модели этой группы пациентов. За период с 2007г. по 01.01.2010 проконсультировано 88 пациенток.

Ни одна из пациенток прошедших до- и послеабортное консультирование не обратилась за повторным прерыванием беременности в течение календарного года.

Основные задачи, которые мы перед собой ставим, представлены в социальном проекте «Зеленая ленточка»:

1. Изменить отношение врачей и женщин (и мужчин) к аборту как к методу контрацепции;
2. Пропагандировать различные аспекты здорового образа жизни;
3. Информировать женщин о неблагоприятных последствиях прерывания беременности, в отношении здоровья;
4. Влиять на мнение лиц, от которых зависит принятие женщиной решений о судьбе кризисной беременности;
5. Формирование традиционных семейных ценностей;
6. Повышение уровня доверия женщин к акушерско-гинекологической службе;
7. Сокращение количества абортов у первоберенных;
8. Введение в штатное расписание медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля должностей медицинских психологов;
9. Обеспечение непрерывного последипломного обучения задействованных в проекте специалистов по вопросам перинатальной психологии;
10. Изменение отношения врачей к прерыванию беременности на социально – ориентированное;
11. Развитие навыков консультирования у врачей – акушер-гинекологов;
12. Выделение в медицинских организациях помещений для консультирования;
13. Обеспечение оборудования кабинетов консультирования инновационными техническими средствами;
14. Обеспечение кабинетов консультирования достаточным количеством методических и наглядных материалов;
15. Разработка технологий консультирования женщин с кризисной беременностью;
16. Разработка медицинской технологии реабилитации и восстановления репродуктивной функции после потери беременности;

17. Привлечение внебюджетных источников финансирования;
18. Снижение уровня осложнений после абортов;
19. Снижение количества повторных абортов;
20. Снижение показателя материнской смертности от абортов;
21. Снижение количества хирургических абортов;
22. Проведение поэтапной реабилитации после потери беременности;
23. Повышение рождаемости;
24. Проведение исследования послеабортного синдрома;
25. Разработка модели пациента с послеабортным синдромом;

Пока мы вынуждены признать, что несмотря на наличие в обществе различных сил, имеющих высокую гражданскую позицию в решении проблем прерывания беременности (профессиональное медицинское сообщество, общественные организации, Русская православная церковь) нет единого системного подхода в оказании помощи и социальной поддержки женщине с кризисной беременностью. Заинтересованные стороны при наличии общности целей по разному видят пути их достижения, не всегда находят взаимопонимание. Отсутствует единый координирующий центр.

Камень, который отвергли строители, сделался краеугольным. Так и вершиной нездоровья и неблагополучия женщины, мужчины, семьи и общества является однажды принятое и совершенное решение поступить наперекор всем истинным ценностям.

Создавая социальный проект «Зеленая ленточка – линия жизни» мы хотели привлечь всех неравнодушных людей к сотрудничеству. Если вы ее носите, вы должны в любой момент потратить необходимое время, силы и, возможно, средства на то, чтобы еще один ребенок смог бы родиться.

Миров А. И.

Автор не может не выразить почтение людям, которые оказали большое влияние на формирование отношения к излагаемой проблеме: г-же Светлане Медведевой, Высокопреосвященнейшему Павлу, митрополиту Рязанскому и Михайловскому, Игумену Феофану, Е.В. Рагулиной, руководителю проекта «Ты не одна» Всероссийского Фонда Святого Всехвального Апостола Андрея Первозванного; профессору, д.м.н., В.Е. Радзинскому, профессору, д.м.н., И.С. Савельевой, доценту, к.м.н., И.Н. Костину, г-ну С.С. Кистаичеву, г-ну М.В. Мартынову, протоиерею Михаилу (Рябову), Т.В. Анненковой, главному акушер-гинекологу Орловской области; коллегам: Бондаренко С.В., Хиловой Н.А., Голофаст О.Е., Якушиной Р.В., Александровой М.А., Маркину А.В., Авраменко Л.Н., Зиминной О.В.; организациям: Фонду охраны репродуктивного здоровья «Мы вместе», ГУ «Центр социальной поддержки «Семья».

С юбилеем ВАС дорогие наши коллеги.

Есть в нашей жизни прекрасная традиция - отмечать юбилеи. Юбилеи бывают разные - маленькие и большие, радостные и грустные. Но это всегда - итог, итог прожитого отрезка жизни.

Вот и в нашем учреждении наступил период богатый такими праздниками. В октябре сотрудники нашей больницы поздравили с 80-летием свою коллегу, старейшего практикующего врача акушера гинеколога с 56-летним стажем, Отличника здравоохранения, Заслуженного врача Российской Федерации - Гамаюнову Татьяну Викторовну, и с 50-летием главного врача нашей больницы Александра Игоревича Мирова.

Этих докторов по праву причисляют к когорте замечательных врачей, для которых медицина стала не только профессией, но и настоящим призванием. Многие годы их трудовая и общественная деятельность посвящена помощи Рязанским женщинам, охране репродуктивного здоровья, заботе о пациентах. Они внесли весомый вклад в развитие отечественного здравоохранения.

За годы плодотворной работы они снискали себе заслуженный авторитет и широкое признание как врачи акушер гинекологи высочайшего класса, талантливые специалисты и руководители, внесли огромный вклад в общественную жизнь

учреждения и региона, прежде всего, как замечательные люди, безгранично преданные своей профессии. На их счету немало спасенных жизней. Их жизнь - яркий пример беззаветного служения людям. Своим мастерством они заслужил как уважение и любовь своих многочисленных пациентов, так и признание своих коллег. Их работоспособность является лучшим примером для молодых врачей.

Так же не оставили без внимания эти события Министерство здравоохранения Рязанской области, профсоюз медработников Рязанской области, РГМУ имени ак. И. П. Павлова, Рязанский областной клинический перинатальный центр, и другие лечебные учреждения Рязани. Сотрудники этих учреждений в торжественной обстановке поздравили наших юбиляров, вручили им цветы и подарки. Не остались равнодушными и пациенты, которым наши врачи помогли обрести счастье материнства, благотворительный фонд «Мы вместе». В эти дни в адрес юбиляров звучали теплые слова поздравлений, стихи, песни.

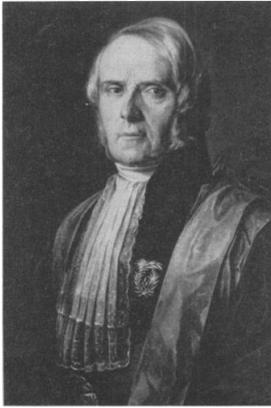
Желаем Вам, дорогие наши юбиляры, здоровья, счастья, благополучия. Пусть добро, которое Вы несете людям, возвращается к Вам сторицей, умножая силы, здоровье и готовность быть рядом с теми, кто в Вас нуждается.



Ред. коллегия журнала, главный редактор С. Н. Николаев.

Акушерская аускультация.

Известно, что первым выслушивание больных (только легкие) использовал Гиппократ, а сердце начал выслушивать Аретей. Но ни их, ни изобретателя стетоскопа Р.Лаэннека не посетила мысль о выслушивании сердцебиения плода. Таким человеком стал друг Лаэннека, **Ж.Кергарадек**



(Jagues Alexandre Le Jumeau de Kergeradek, 1787-1877).

Ж.Кергарадек был усидчивым и методичным исследователем, и уже в 1804 г. стал ассистентом видного хирурга Пеллетана в госпитале Отель-Дье, а в 1809 г. - доктором медицины. После

появления стетоскопа Лаэннека Кергарадек одним из первых стал использовать его, пока его не посетила счастливая мысль применить стетоскоп для выслушивания сердцебиения плода. Долго его затея не давала результата, пока однажды ему не «*послышался звук, похожий на тиканье часов*». Он много раз повторил с успехом этот опыт и даже сосчитал частоту слышимого звука. Она была в пределах 143-148 в минуту, в то время как пульс беременной был 72! В последующем Кергарадек стал обнаруживать это у беременных женщин часто, и понял, что слышит сердцебиение плода. Поразительно, что Кергарадек, не будучи акушером, быстро догадался, как может быть использовано его открытие: для определения жизнеспособности плода или его неправильного положения и для диагностики многоплодной беременности. И второй важный феномен, услышанный Кергарадеком – плацентарный сосудистый шум – «*placental souffle*», который, указывая на расположение плаценты, мог указать врачу, в каком месте не следует делать разрез на матке при кесаревом сечении! Ж.Кергарадек признавал, что приоритет открытия сердцебиения плода принадлежит не ему, а доктору Ф. Мейеру (**Frank Isaac Mayor, 1779-1855**) из Женевы, который в 1818 г. писал: *«Прикладывая ухо к животу беременной женщины незадолго перед родами, с уверенностью можно узнать, жив плод или нет. Если плод жив, то можно услышать*

совершенно отчетливо удары его сердца, которые легко отличить от материнского пульса». Но Кергарадек услышал сердцебиение плода на более раннем сроке беременности - в 5 месяцев. Однако консервативные акушеры не признавали этого и один из них, некий Форестье (Forestier), назвал стетоскоп «смешной игрушкой» и призвал Кергарадека отказаться от него. Р.Лаэннек же встретил это с энтузиазмом и включил результаты Кергарадека во второе издание своей книги. Показательно, что за Кергарадеком последовал выдающийся французский хирург и анатом **А.Вельпо (Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau, 1795 – 1867)**. Он был известен не только знаменитой повязкой («бандаж Вельпо»), и первым описанием «болезненной крепитации сухожилий» (крепитирующего тендовагинита), но важной работой, вышедшей в 1830 г. - *«Traité elementaire de l'art des accouchements»*, где говорится о фетальной аускультации, асфиксии новорожденных и т.д. Занимался аускультацией плода и Ж.Буйо. Но особенно в



этом преуспели английские врачи, и первым был **Д.Хоуп (James Hope, 1801-1841)**, который предложил правила аускультации сердцебиения плода: беременная должна находиться в горизонтальном положении, одета в мягкую сорочку

(жесткая ткань дает посторонние шумы от трения стетоскопа), давление на стетоскоп должно осуществляться головой, а не рукой врача (это создает дополнительные шумы); выслушивающий не должен разговаривать, ему рекомендуется задержать дыхание. Врач должен избегать сильного наклона вперед и сгибания шеи (Хоуп считал, что это увеличивает приток крови к голове и слух ухудшается); эти условия, считал он,

и препятствуют непосредственной аускультации сердцебиений плода или использования слишком коротких стетоскопов. Линия выслушивания сердцебиения плода по Хоупу - от пупка по направлению к нижней передней ости подвздошной кости или центрально. При наличии двойни сердцебиение плодов выслушивается с разных сторон.



Д.Фергюсон (John Greery Ferguson, 1802-1865) из Дублина в 1829 г. провел эксперименты с аускультацией сердцебиений 7-недельного плода козы, сердце которого было размером с грецкий орех! Причем в этих экспериментах принимал

участие выдающийся британский врач Д.Корриган! Любопытно, что выявление аускультацией сердцебиения плода иногда были сюрпризом (и не всегда приятным!) в то время для женщин, безуспешно лечившихся по поводу болезней желудка или «асцита». В первых работах выслушивание сердцебиения плода рассматривалась как несомненный признак беременности, но после выхода в 1833г. работы **Е.Кеннеди** из Дублина «Observation on obstetric auscultation», где рассматривалось диагностическое и прогностическое значение «шума пуповины», аускультацию сердцебиения плода начали использовать для оценки его состояния.

Большое внимание уделяли этому выдающийся немецкий акушер-гинеколог, директор клиники **К.Клюге (Carl Alexander Ferdinand Kluge (1782-1844))** и его ученики **Josef Servaz d'Outrepoint (1773-1845)**, **Adam Ulsamer (1795- после 1840)**, **С. J. Haus (1799-после 1830)**, **Carl August Ferdinand Lau (1799-?)**, **Ludwig Heinrich Sophus Christian Karl Wilhelm Winckel (1809-1892)**, причем двое последних использовали результаты аускультации плода в своих докторских диссертациях, а сам Кюге изучал изменения сердцебиения плода во время родовых схваток. Таким образом, уже в начале 30-х гг. XIX века европейские врачи имели достаточно полное представление о

возможностях аускультации в акушерстве.

Г.Негеле (Hermann Frantz Joseph Naegele, 1810-1851), немецкий акушер-гинеколог, сын знаменитого **Franz Karl Naegele (1778-1851)**, предложившего метод вычисления даты родов -«кривая Негеле», перфоратор, щипцы и кривые ножницы Негеле и описавший «кососуженный таз Негеле», в 1838 году опубликовал 140- страничную монографию по акушерской аускультации.

Позже в России ее применяли П. Гальтер (1845), **Иван Павлович Лазаревич (1829-1902)**,



профессор акушерства Харьковского университета, изобретатель одной из моделей акушерских щипцов, «*приват-доцент с правом чтения лекций по теоретическому акушерству и женским болезням Медико-хирургической академии*»

Василий Маркович Флоринский (1834-1899), П.И.Кубасов (1879) и др.

Но прошло еще много лет, прежде чем выслушивание сердцебиения плода не стало рутинной процедурой, а парижский профессор-акушер **А. Пинар (Adolphe Pinard, 1844-1934)**, разработавший метод пальпации плода, не предложил в 1895 г. свой знаменитый стетоскоп, которым по сей день пользуются акушеры всего мира.



Н. Ларинский

Поездка в Остафьево.

По инициативе и при поддержке профсоюзного комитета ГБУ РО «ГКБ №8», 7 июля сотрудники больницы посетили знаменитую историческую и культурную ценность России - Усадьбу Остафьево.

Усадьба Остафьево расположена в 30 км южнее Москвы, поблизости от Подольска, и принадлежит к числу самых знаменитых подмосковных усадеб. В 1792 году её купил Андрей Иванович Вяземский.

Интересным оказалось происхождение названия усадьбы. Ее хозяин, поэт Петр Вяземский, хотел назвать ее первым словом, которое произнесет, приехавший к нему в гости А. С. Пушкин. Когда Александр Сергеевич вышел из экипажа, слуга спросил его, что делать с багажом. И первое, что ответил на это поэт: "Оставь его"! Усадьбу Остафьево с легкой руки Пушкина начали именовать русским Парнасом. Дело в том, что сына хозяина поместья – П. А. Вяземского – не раз навещал великий русский поэт. Сама атмосфера этого поместья была наполнена литературными идеями, интересами и стремлениями. В усадьбе Остафьево проходили собрания широко известного литературного общества «Арзамас», где часто рождались перлы русской поэзии.



Но более серьезные источники говорят о том, что название усадьба так называлась уже в XVII веке. Когда существовали помещичьи имения и крепостные люди на Руси, усадьбы принадлежали знатным людям дворянского сословия. Одним из таких дворянских гнезд была усадьба, которой владели помещики Остафьевы. Постепенно разрушилась усадьба, прошли времена, когда существовало крепостное право, да и сами помещики канули в

небытие. А название осталось. Остафьево – значит принадлежащее Остафьевым.

В Остафьево, у князя А. И. Вяземского и его сына поэта Петра Андреевича бывали многие выдающиеся деятели русской культуры: К. Н. Батюшков, В. А. Жуковский, В. Л. Пушкин (дядя знаменитого поэта)...



Начиная с 1804 года в этой усадьбе 12 лет жил и работал выдающийся русский писатель и историк Н. М. Карамзин, женатый на дочери А. И. Вяземского. Здесь он писал свою знаменитую "Историю Государства Российского".

В 20-е годы XIX века сюда приезжали В. К. Кюхельбекер, Д. В. Давыдов, А. С. Грибоедов. Желанными гостями в начале 30-ых годов здесь были Е. А. Боратынский, А. С. Пушкин.

Уже из приведённого списка явствует, сколь памятным местом для отечественной истории и культуры стала эта усадьба. Карамзинская комната в Остафьево стала мемориальной. Князь Пётр Андреевич Вяземский и его наследники хранили в ней бесценные реликвии. Но расходы, связанные с приобретением коллекции и фактическим созданием музея поглощали значительную часть средств Вяземских. Положение счастливо изменилось в 1868 году, когда граф С. Д. Шереметев женился на дочери Павла Петровича Вяземского, Екатерине Павловне, единственным приданным которой было Остафьево, почти не приносившее дохода. Сергей Дмитриевич Шереметев вполне осознавал значение этой усадьбы и многое сделал для её сохранения. В 1899 году, в столетний юбилей со дня рождения Пушкина, Шереметев объявил Остафьево общедоступным музеем, а в 1903 году - заповедником.



После октября 1917 года музей в Остафьево был сохранен. Директором и хранителем остафьевских коллекций стал сын С. Д. Шереметева граф П. С. Шереметев (1871-1943). Историк по образованию, по поручению отца он разбирал и описывал коллекции, изучал материалы по истории усадьбы. В марте 1918 г. на музей была выдана охранная грамота в соответствии с решением, принятым на заседании Комиссии по охране памятников старины под председательством Наркома просвещения А.В.Луначарского.

23 марта 1923 года Остафьево было объявлено Наркомпросом неприкосновенным памятником «садово-парковой культуры Музейно-академического значения». В августе 1923 г. оно зачисляется в музейную сеть как музей быта первой половины XIX в. Однако Постановлением Президиума Московского областного исполкома и Московского Совета от 6 марта 1930 г. музей был ликвидирован. Большинство произведений искусства и уникальный Остафьевский архив, содержащий не только исторический материал и документы нескольких поколений Вяземских, но и уникальное эпистолярное наследие выдающихся литераторов и деятелей русской культуры, были рассредоточены по различным музеям и учреждениям культуры страны, частично распроданы.

После ликвидации музея в усадьбе размещались различные учреждения, а с 1947 года – дом отдыха Совета министров СССР. В 1950-е гг. усадебный дом подвергся частичной перепланировке в связи с приспособлением для нужд дома отдыха. Дом и флигели подверглись перестройке, колоннады застеклили.

Спустя 60 лет после ликвидации остафьевского музея, 5 декабря 1988 года Советом Министров СССР было принято Постановление за № 1383 «Об организации мемориального историко-литературного музея-усадьбы Остафьево» на правах филиала Государственного музея А. С. Пушкина. Усадьба Вяземских – Шереметевых вновь приобрела статус музея.

В 1994 году музей-усадьба «Остафьево» стал федеральным музеем. В 1995 году Указом Президента Российской Федерации музей-усадьбу «Остафьево» – «Русский Парнас» был включен в «Перечень объектов исторического и культурного наследия федерального (общероссийского) значения», а в 1996 году зарегистрирован во Всероссийском Реестре музеев.

Становление музея проходило в трудных социально-экономических условиях. На основе федеральных документов по вопросам музейной деятельности, государственной политики развития культуры были разработаны и утверждены Генеральный план развития и Зоны охраны памятника истории и культуры, Концепция развития музея и Концепция комплектования фондов.

Сегодня музей стал комплексным экологическим, нравственным и эстетическим центром Русской национальной культуры.



Экскурсию по усадьбе Остафьево провела для Вас Наталья Брума.

Новые компоненты КОК – новые преимущества.

Предотвращение нежелательной беременности и, как следствие, аборта является фактором сохранения репродуктивного здоровья женщины.

Проблема нежелательного зачатия в наши дни принимает глобальный характер: в среднем только 59% беременностей в мире запланированы заранее. Остальные 41% либо заканчиваются рождением нежеланного ребенка, либо выкидышами, но большинство (ежегодно это 46 млн, по данным ВОЗ) – искусственными абортами.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) остаются самым распространенным методом предохранения от нежелательной беременности в мире, например, в США их используют 11,6 млн женщин, что составляет примерно одну треть от всех использующих контрацепцию. Эра гормональной контрацепции началась 50 лет назад. За этот период в данной группе препаратов, как ни в какой другой, наблюдается значительный прогресс, что требует постоянного внимания к новым разработкам. Стало очевидным, что для надежной контрацепции нет необходимости в использовании высоких доз стероидных компонентов, а метаболические и другие неблагоприятные влияния на функциональное состояние различных органов и систем женского организма значительно уменьшаются при снижении дозы стероидов в гормональных контрацептивах, введении новых прогестинов, разработке различных эстроген–прогестиновых схем применения и альтернативных путей введения.

Известно, что прогестины подавляют овуляцию, действуя путем угнетения овуляционного выброса лютеинизирующего гормона, и, таким образом, обеспечивают контрацептивный эффект. Эстрогенный компонент необходим для контроля цикла, имитации менструаций в виде менструальноподобных реакций. Первоначальные наблюдения, показавшие, что применение эстрогена уменьшает межменструальное кровотечение, легли в основу разработки состава всех последующих противозачаточных таблеток, а именно – применения комбинации эстрогенного и прогестинового компонентов.

Кроме относительного пролиферативного эффекта на эндометрий и сами эстрогены имеют антиовуляторный эффект. Они угнетают повышение фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), и в результате – рост фолликула. Неслучайно эстрогенным долгожителем, по сей день применяемым в составе препаратов комбинированной гормональной контрацепции, является этинилэстрадиол (ЕЕ). В его структуру включена этинильная группа, и за счет нее пероральная биологическая усвояемость ЕЕ на 90% выше, чем у эстрадиола. Кроме того, за счет этинильной группы ЕЕ медленно метаболизируется, обеспечивая необходимую длительность действия, и не превращается в эстрадиол и эстрон. Однако этот довольно ценный эффект имеет и свои внецелевые минусы – в частности, он обуславливает негативное влияние на липидный профиль: возрастает содержание триглицеридов в крови; стимулируется гемокоагуляция; могут возникать желудочно–кишечные и психоэмоциональные побочные эффекты.

С целью снижения выраженности побочных явлений высоких доз ЕЕ (в 60–х гг. XX века) исследователям постепенно к настоящему времени удалось уменьшить дозу эстрогенного компонента со 150 до 10 мкг/сут. и даже до 0 только в прогестинсодержащих контрацептивах и увеличить селективность гестагенов. Однако дальнейшее снижение уровня ЕЕ (ниже 15 мкг/сут.) связано с большей вероятностью (в 2,59 раза чаще) появления прорывного кровотечения или мажущих кровянистых выделений. Поэтому в настоящее время, по существу, достигнут предельно низкий уровень ЕЕ в составе комбинированных гормональных контрацептивов.

Казалось бы, дальнейшему развитию мог подвергаться только гестаген в составе КОК. До сих пор используемые для контрацепции прогестины по строению относятся или к тестостерону (производные 19–нортестостерона, включающие эстраны и гонаны), или к прогестерону (производные 17–ОН прогестерона или прегнаны и производные 19–норпрогестерона или норпрегнаны). Синтезированные за последние 20 лет новые гестагены разрабатывались с целью создания «идеального», который сочетал бы в себе преимущества прогестерона с более эффективным

прогестагенным и антиэстрогенным воздействием на эндометрий вместе с выраженным антигонадотропным влиянием и без какого-либо взаимодействия с андрогенными, эстрогенными или глюкокортикоидными рецепторами для предотвращения нежелательных побочных эффектов.

Номегэстрола ацетат (NOMAC) представляет собой прогестаген, который по своей структуре подобен прогестерону; он не имеет эстрогенного, андрогенного, глюкокортикоидного и минералокортикоидного действия, однако проявляет антиэстрогенное действие на слизистую оболочку матки и умеренное антиандрогенное действие. При дозе 1,5 мг/сут. и более NOMAC успешно подавляет гонадотропную активность и овуляцию у женщин репродуктивного возраста. Благодаря выраженному действию на эндометрий, высокой антигонадотропной активности и длительному периоду полувыведения (46 ч) контрацептивная эффективность сохраняется даже в случае пропуска очередного приема препарата. Рядом исследований было доказано, что пероральный прием NOMAC в дозах до 5 мг/сут. существенно не влияет на параметры обмена и гомеостаза и не оказывает заметного прямого действия на сосуды.

A. Basdevant и соавт. сообщили, что NOMAC в дозе 5 мг/сут. не оказывает значимого влияния на уровень глюкозы крови натощак или уровень инсулина, а также на уровни общего холестерина, ЛПВП или липопротеидов низкой плотности, фибриногена или плазминогена у женщин в пременопаузе после шести циклов применения. Кроме того, NOMAC не оказывает влияния на выработку оксида азота (NO), вазопротективного или антитромботического фактора, либо это влияние минимально.

До сих пор отсутствует однозначная информация о наличии связи между риском возникновения рака молочной железы (РМЖ) и оральной контрацепцией. Эта проблема является важной еще и потому, что в настоящее время РМЖ относится к числу наиболее распространенных злокачественных заболеваний у женщин и является основной причиной смерти женского населения. Особый интерес здесь представляет сравнение NOMAC с теми прогестагенами, воздействие которых на развитие РМЖ уже было доказано, такими как медроксипрогестерона ацетат, который применялся в ходе исследования «Инициатива во имя здоровья женщин», или

норэтистерон, который использовался в ходе нескольких неэкспериментальных исследований. Мембранный компонент прогестеронового рецептора 1 (PGRMC1) выделяется в большой степени в тканях людей, больных РМЖ, и является прогностическим показателем риска развития прогестеронзависимого рака. Клетки MCF-7 (клетки первичного РМЖ) были трансфицированы с помощью PGRMC1-экспрессирующей плазмиды и стимулировались эстрадиолом. Кроме этого, к ним последовательно или одновременно были добавлены NOMAC, прогестерон, медроксипрогестерона ацетат и норэтистерон. Результаты исследований показали, что женщины, у которых в организме есть клетки РМЖ с повышенной активностью PGRMC1, могут быть подвержены его развитию в большей степени в случае прохождения лечения с применением эстрогена в сочетании с некоторыми видами синтетических прогестагенов. В лабораторном исследовании NOMAC не оказывал пролиферативного действия на клетки MCF-7 и более соответствовал натуральному прогестерону, чем другие гестагены, используемые для гормональной контрацепции и гормональной терапии. NOMAC также способен изменять метаболизм эстрогенов через угнетение сульфатазы, 17 β -гидроксистероиддегидрогеназы и ароматазы как в нормальных, так и в раковых клетках молочной железы, таким образом, уменьшая поступление эстрадиола к этим клеткам.

Таким образом, NOMAC с высокой селективностью и активностью эндогенного прогестерона, обладая сильным антигонадотропным действием, торможением роста фолликулов, изменением физико-химических свойств цервикальной слизи, ингибированием колонизации сперматозоидов, периодом полувыведения 46 ч, является новым прогестагенным компонентом КОК с высочайшей контрацептивной надежностью. При этом препарат не обладает глюкокортикоидной, минералокортикоидной, эстрогенной и андрогенной активностью, не влияет пролиферативно на молочные железы, метаболически нейтрален.

Возвращаясь к эстрогенному компоненту КОК, необходимому для контроля циклических менструальноподобных реакций, еще раз подчеркнем, что применение ЕЕ на протяжении 50 лет в основном было обусловлено в 200 раз

более высокой пероральной биодоступностью, чем E2. Но современный синтез эстрадиола из сои (неквинное происхождение) с дальнейшим получением 17 β -эстрадиола, соответствующего эндогенному E2 женщин, имеет ряд преимуществ. После орального применения 17 β -эстрадиол быстро трансформируется в неактивные эстрон и эстрон-сульфат, связывается с белками, и его концентрация в плазме крови становится крайне низкой. При этом не повышается уровень кардиолипидов, триглицеридов и углеводов. Однако, помимо контроля цикла свою роль в усилении контрацептивного эффекта такой эстрогенный компонент КОК вносит за счет снижения выработки ФСГ и подавления фолликулогенеза, а также сгущения цервикальной слизи.

В последние десятилетия разрабатывались КОК, содержащие эстрадиол (E2) вместо EE. Было отмечено, что содержащие E2 таблетки могут иначе влиять на уровни гормонов и метаболические показатели, чем препараты, содержащие EE [Mashchak и соавт., 1982]. Однако ранние E2-содержащие КОК были изначально ассоциированы с плохим контролем цикла и тенденцией к длительному и частому кровотечению [Astedt и соавт., 1979; Serup и соавт., 1981; Wenzl и соавт., 1993; Hirvonen и соавт., 1995; Csemiczky и соавт., 1996]. Недавно E2 был успешно применен в форме эстрадиола валерата (E2V), прием таблеток осуществляется по непростой для женщины четырехфазной 26-дневной схеме [Endrikat и соавт., 2008]. Монофазным эстрадиолсодержащим комбинированным оральным контрацептивом является Zoely®.

В России этот препарат зарегистрирован под торговым названием Зоэли® компании «МСД Фармасьютикалс». Зоэли® содержит номегэстрола ацетат (NOMAC) 2,5 мг в сочетании с 17 β -эстрадиолом 1,5 мг.

Препарат Зоэли® (номегэстрола ацетат/эстрадиол) представляет собой высокоэффективный инновационный КОК, содержащий гормоны, аналогичные тем, которые естественным образом вырабатываются в организме женщины.

Традиционно наиболее распространенным режимом дозирования КОК является прием препарата в течение 21 дня, затем следует 7-дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция. Однако в

последнее время все более популярным становится режим 24/4. При проведении двойного слепого рандомизированного исследования, направленного на сравнение схем 24- и 21-дневного режима приема перорального контрацептива номегэстрола ацетата и 17 β -эстрадиола (NOMAC/E2), схема 24/4 была признана более эффективной, чем схема приема NOMAC/E2 в течение 21-го дня, в отношении подавления функции яичников и ингибирования роста фолликулов. Кроме того, 24-дневный режим был ассоциирован с меньшей длительностью кровотечения, чем 21-дневный режим.

Впервые при использовании Зоэли® удалось достичь надежной циклической стабильности при монофазном режиме 24/4 (NOMAC/E2) в сравнении с результатами, получаемыми при использовании препаратов, содержащих EE и такие прогестины, как левоноргестрел или дроспиренон.

В открытом сравнительном рандомизированном исследовании по изучению влияния на овариальную функцию введение NOMAC 2,5 мг/E2 1,5 мг в рамках режима 24/4 дня обеспечивало неуклонное и надежное подавление овуляции с более выраженным подавляющим влиянием на диаметр фолликулов, чем применение дроспиренона 3 мг/EE 30 мкг, вводимых в рамках режима 21/7 дней. Наличие в составе Зоэли® NOMAC уменьшает активность E2, что в сочетании с выраженной гестагенной активностью NOMAC позволяет ожидать, что эндометрий будет относительно тонким. Благодаря длительному периоду полувыведения это состояние стабильно поддерживается без возникновения промежуточных кровотечений – пока препарат принимается, с последующими короткими кровотечениями отмены. Действительно, по данным большого рандомизированного исследования приема с целью контрацепции таблеток NOMAC/E2 (n=1591), в течение 13 циклов кровотечения отмены были более короткими, чем при использовании таблеток дроспиренон/EE (3 мг/30 мкг) (n=535), (3–4 дня против 4–5 дней). Благодаря улучшенному профилю селективности NOMAC КОК Зоэли® может обеспечивать приемлемый уровень контроля при наличии предполагаемого нейтрального действия на риск появления сердечно-сосудистых или метаболических

нарушений. Механизмы увеличения риска венозной тромбоэмболии при применении КОК до конца не изучены, однако полагают, что они связаны с влиянием последних на гемокоагуляцию и фибринолиз. Кроме того, КОК могут влиять на функцию тромбоцитов, хотя полученные к настоящему времени данные довольно противоречивы и основываются в основном на результатах наблюдательных и открытых исследований. В ходе рандомизированного двойного слепого исследования здоровые женщины (в возрасте от 18 до 38 лет) принимали контрацептивный препарат в режиме 1 раз в сутки на протяжении 3-х последовательных 28-дневных циклов: либо NOMAC/E2 в течение 24 дней с последующим приемом плацебо в течение 4 дней (n=45), либо левоноргестрел/этинилэстрадиол (LNG/EE) в течение 21 дня с последующим приемом плацебо в течение 7 дней (n=45) в каждом цикле. Анализировали средние значения изменения содержания маркеров коагуляции к концу периода приема препарата по отношению к исходным значениям, включая фрагмент протромбина 1+2 (основной анализируемый параметр), маркеры фибринолиза и функции тромбоцитов. При применении NOMAC/E2 побочные эффекты в отношении маркеров гемокоагуляции и фибринолиза регистрировались реже, чем при применении LNG/EE. Полученные данные свидетельствуют о том, что NOMAC/E2 может характеризоваться менее выраженным риском венозного тромбоэмболизма по сравнению с LNG/EE.

Монофазный КОК NOMAC/E2 в меньшей степени влияет на концентрацию суррогатных показателей функции надпочечников и щитовидной железы, андрогенов и

предшественников андрогенов, чем LNG/EE.

Принимая во внимание приведенные выше данные, можно сделать вывод, что препарат Зоэли® является высокоэффективным контрацептивом у женщин раннего, среднего и позднего репродуктивного возраста, обеспечивает приемлемый контроль цикла, удобен в применении, имеет благоприятный профиль безопасности и переносимости.

Обзор подготовил А. В. Маркин по материалам статьи Тихомирова А.Л., Леденковой А.А. «Новые компоненты – новый КОК – новые преимущества».

«Физиотерапия вчера, сегодня, завтра».

18-19 октября в Санкт Петербурге состоялся международный юбилейный конгресс «Физиотерапия вчера, сегодня, завтра», посвященный 125-летию медицинской академии им. Мечникова. Питер встретил участников небывалым теплом и ясной погодой. Летний сад наслаждался солнцем... Липы сияли золотом, в вазонах нежно пахли чайные розы, а кустики брусники на бордюрах пестрели сочными ягодами и трогательными бледными бутончиками. В пруду безмятежно плавали лебеди и утки.



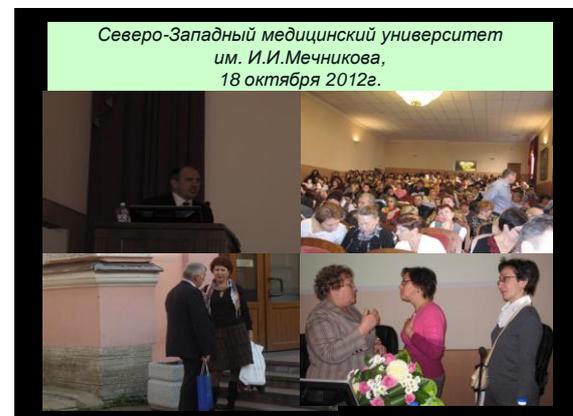
Словом, прощальная осенняя идиллия.

А на конгрессе - бурлили эмоции. Поздравления, выступления, обсуждения, споры. Освещались почти все направления применения физических факторов - терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия. Особое место было отведено организационным и терминологическим вопросам медицинской реабилитации, инновационным технологиям. Многие основополагающие документы находятся в стадии разработки. Практикующие врачи с нетерпением ждут их выхода. Несмотря на разногласия все сходились в одном - физиотерапия занимает ведущее место в решении проблем реабилитации и переживает настоящий бум. Будущее не только за лечением, но и за профилактикой преморбидных состояний. Важное значение придается диагностическому и динамическому функциональному анализу состояния организма в процессе использования физических факторов лечения. Особую роль играет современный дизайн помещений и медицинской техники для проведения процедур.

В кулуарах была развернута выставка аппаратуры для физиотерапии и реабилитации. Приятно было увидеть на ней инновационное

оборудование, которое успешно используется в нашей больнице уже не первый год. Это и абдоминальная декомпрессия, и транскраниальная электростимуляция, и общая магнитотерапия, и местная фотохромотерапия. Жизнь не стоит на месте - появляются новые энергии и методологии. Это например, гравитационная терапия, которая успешно разрабатывается на базе Самарского НИИ восстановительной медицины и реабилитации, новые формы управляемого бесконтактного гидромассажа, приборы компании «Медиум Плюс».

Особый интерес, применительно к решению гинекологических проблем, вызывает метод общей криотерапии, который только начинает завоевывать заслуженное место в Российских клиниках. Новые подходы к магнитной стимуляции органов малого таза воплощены в аппарате «Авантрон» Нижегородской фирмы «Мадин», с которой нашу больницу связывает плодотворное профессиональное сотрудничество.



Новая информация и впечатления, общение с коллегами, осознание своего места в этом важном процессе физиореабилитации женщин: вот то, что наполняет смыслом наш каждодневный труд и дает стимул к дальнейшему развитию.

Конгресс освещала И. В. Чулкова.

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

Миров А. И., Маркин А. В., Александрова М. А.

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

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

Больная К. 25 лет находилась на лечении в акушерском стационаре с диагнозом: беременность 1, роды 1, срочные патологические, амниотомия, слабость родовой деятельности, клинически узкий таз. В 1 периоде родов развилось массивное маточное кровотечение, расцененное как гипотоническое,

выполнено экстренное оперативное вмешательство. Путем операции кесарева сечения извлечен живой мальчик весом 3850гр, длиной 55см. Несмотря на проводимый гемостаз, массивное кровотечение продолжалось со снижением уровня гемоглобина до 38 г/л, интраоперационно проводилась трансфузия компонентов крови, поэтапная борьба с развившимся кровотечением. Общая кровопотеря составила 2000 мл, в связи с чем, выполнено наложение компрессионных швов на матку по В.Linch. В результате гемостаз был достигнут, и матку удалось сохранить.

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

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

иммуноглобулинотерапия, проводился уход за раной.

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

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

В послеоперационном периоде продолжена антибактериальная терапия с

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

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

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

Сестринское дело – теория и практика управления.



Роль медицинских сестер в современной клинике повышается – повышаются и профессиональные требования: необходимы навыки работы с высокотехнологичным оборудованием, знания в сфере психологии и этики.

В связи с чем специалисты ЦНТИ «Прогресс» решили провести семинар, который призван помочь руководителям оптимизировать работу медицинских сестер, чтобы в условиях повышенной нагрузки рационально расходовать силы и время.

Мне посчастливилось быть участницей семинара «Управление сестринским персоналом. Нормативно-правовое обеспечение и практические вопросы», который проходил 15 – 19 октября 2012 г. в Санкт – Петербурге.

Организаторы сумели таким образом построить работу семинара, что при плотном графике, большой информативности было очень комфортно себя чувствовать.

Программа семинара:

1. Нормативная база деятельности руководителя по сестринскому персоналу в свете новых законодательных актов. Права обязанности, полномочия и ответственность руководителя. Новое в законодательстве по обеспечению санитарно-эпидемиологических требований.
2. Сестринские стандарты медицинской помощи. Оценка качества сестринской помощи, как основной части медицинской помощи.
3. Планирование деятельности главных, старших медицинских сестер.
4. Организация эффективного документооборота. Рабочая документация главной медицинской сестры. Ведение медицинской документации.
5. Организация учета и контроля.

- Контроль за расходными материалами.
Ведение учета и организация контроля.
6. Анализ и отчетность руководителя, отвечающего за работу сестринского персонала.
 7. Организация эффективного взаимодействия с руководителями других подразделений. Взаимодействие с врачебным персоналом. Участие медицинской сестры в постановке диагноза.
Участие в организации лечебного процесса.
 8. Оплата труда сестринского персонала. Как мотивировать подчиненных денежными и неденежными инструментами.
 9. Особенности работы в условиях коммерческой медицины. Организация занятий в сестринском коллективе своими силами.

В отдельный блок программы **«Организация работы с пациентами»** были включены психологические тренинги **«Коммуникативные навыки»** и **«Управление конфликтами»**. Эти тренинги позволили увидеть персонал с другой стороны, определить уровень его развития, наметить планы работ.

Семинар проводился в очень удобной форме живого диалога. Всегда была возможность задать практический вопрос и получить профессиональный ответ. Общение с коллегами из разных регионов страны, позволило поделиться опытом работы и расширить базу своих знаний.

Хочется отметить высокий организационный уровень семинара, доброжелательность сотрудников, комфортность пребывания на семинаре ЦНТИ "Прогресс". Очень актуальная тематика, лекторы - профессионалы в своем направлении!

Сожалею, что курс нашего семинара окончен, а так хочется еще слушать лекторов.



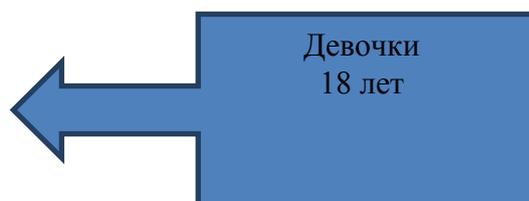
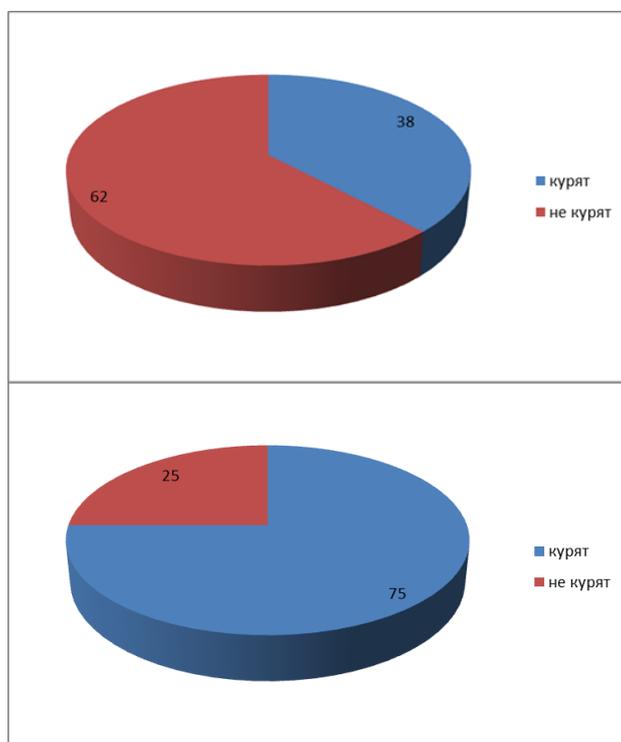
Работу семинара освещала О. В. Кузнецова

Дымные сказки.

Сказки известны нам с детства. Сначала нам читали их старшие, затем первые свои страницы по слогам осваивали мы сами. Есть в народных сказках хорошие герои и злыдни, но всегда наступает позитивная развязка. И став взрослыми мы и читаем и слушаем сказки и привычно им верим в несомненной надежде на хороший конец. В распространенных «сказках» на тему курения говорится, что «мой дедушка (папа, дядя, знакомый и т.д.) курил с детства и дожил до «сталет», «моя подруга курила всю беременность и родила нормального ребенка», «не надо бросать курить во время беременности, нужно только уменьшить количество сигарет – так врачи советуют». Прочитав эти строки те, кто верят этим сказкам, скорее всего, перевернут страницу. Мы же с Вами попробуем из сказки вернуться в реальность.

Реальность же такова: по данным ВОЗ, в мире в среднем каждые шесть секунд умирает один человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают пять миллионов человек. «Если тенденции нарастания распространённости

курения не будут снижаться, то, по прогнозам, к 2020 году ежегодно будут преждевременно умирать 10 млн человек, а к 2030 году курение табака станет одним из самых сильных факторов, приводящих к преждевременной смерти». В 80-х годах прошлого века в США курило до 90% женщин детородного возраста. При анализе заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин на первое место вышел рак легкого вместо «привычной четверки» раков (матка, шейка матки, яичник, молочная железа). Связь с курением была несомненной. Потребовалось 10 лет активной работы социальных институтов, здравоохранения, огромных финансовых затрат, суровых ограничительных мероприятий, чтобы ликвидировать эту проблему. В России, стране с населением несколько менее 150 млн человек проживает около 20 млн курящих мужчин и 5 млн курящих женщин. Табакокурение приобрело в нашей стране характер пандемии (глобальной эпидемии). В приобщении к курению активно участвует будущее России (с 14 до 18 лет доля курящих девочек возрастает с 38 до 75%):



Получается, что по мере взросления и приобретает жизненный опыт вредных привычек. И даже наступление беременности у многих не формирует доминанты

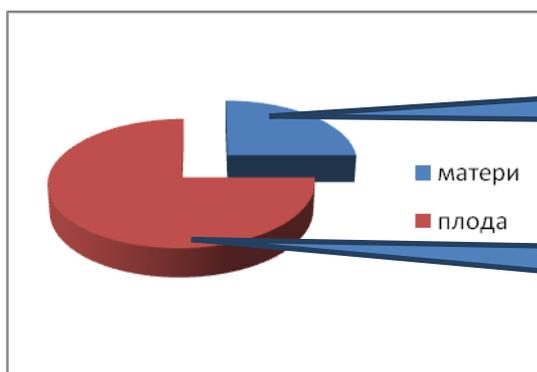
ответственности за свое потомство. Доля курящих среди беременных в нашей стране катастрофически велика (23%):

Табачный дым содержит азот, метан, водород, аргон и цианистый водород (полный список всех веществ, находящихся в табачном дыме, образующихся в процессе горения табака занимает 3 страницы формата А4 с шрифтом 8). Большинство компонентов являются фармакологически активными, токсичными, мутагенными и канцерогенными (т.е. накапливаются в организме).



I триместр беременности продолжается до 14 недель ее развития и называется эмбриональным. Еще он называется периодом органогенеза. Совершенно непостижимым образом каждый день, час, минуту

в жизни эмбриона происходят удивительные события: появляются новые органы, ткани, они перемещаются, растут, преобразуются. Воздействие любого химического фактора, проникшего из крови матери может привести к нарушению этого процесса и тогда возникнет если не уродство, то отклонение в развитии. Во II триместре, плодом происходит рост органов и тканей и образование их функциональных связей. Воздействие вредного фактора уже не приведет к анатомическому дефекту, но взаимосвязи будут нарушены. Курение сопровождается проникновением в организм матери оксида углерода (CO). При взаимодействии его с гемоглобином образуется карбоксигемоглобин, что приводит к циркуляторной гипоксии. В результате этого развивается повреждение эндотелия сосудов, микроангиопатия, вазоконстрикция, подавление синтеза простагландинов в сосудах плаценты. Кроме того, органом с самым высоким уровнем кровоснабжения в организме матери является плацента, а

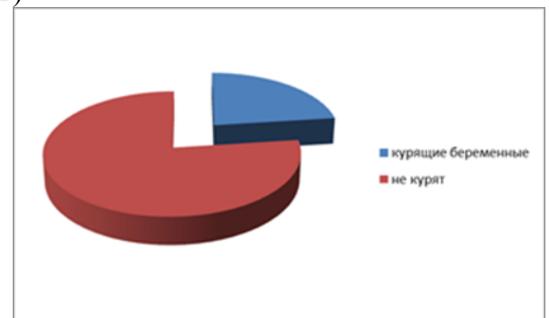


никотин и другие продукты табачного дыма – мощные сосудосуживающие агенты. Все это приводит к нарушению формирования плацентарного ложа с последующим развитием плацентарной недостаточности, задержки развития плода.



В III триместре плод интенсивно растет и набирается сил для внеутробной жизни. Хроническое нарушение его питания, газообмена, кровотока кроменарушения роста приводит снижению адаптационных способностей перенести родовой стресс. Также курение во время беременности способствует:

1. Активации проканцерогенов, увеличивая тем самым риск онкологических заболеваний у детей;
2. Увеличению числа делеций в некоторых генах клеток крови плода;
3. Накопления в организме плода таких токсических веществ как кадмий, марганец и снижению необходимых минералов (цинк, медь)

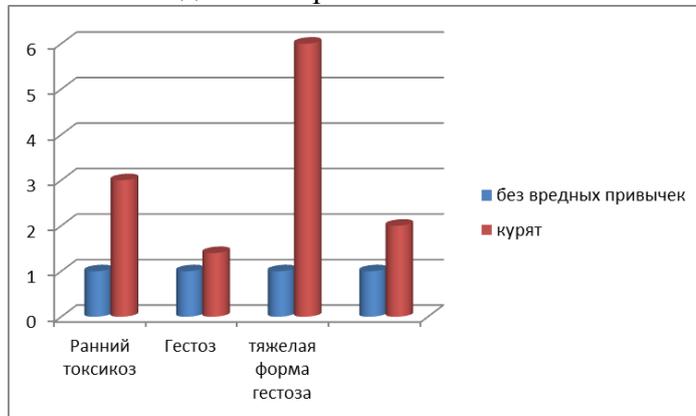


Во время курения концентрация карбоксигемоглобина в крови плода превышает такую в крови матери в 2-3 раза, что приводит к его тяжелой гипоксии.



У курящих возрастает частота осложнений беременности:

1. Ранних токсикозов в 3 раза
2. Гестозов в 1.4 раза (в том числе тяжелых форм в 6 раз)
3. Угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, рождения маловесных детей в 2 раза.



Когда любой из нас излагает мнение по любому вопросу – это всего лишь наше личное мнение, основанное на нашем личном опыте. В медицине, уважая личное мнение экспертов, принято основываться на исследованиях статистически достоверных. Так, в качестве исследования с уровнем доказательности 1 категории (самой высшей) можно привести работу LumleyJ, OliverSS, ChamberlainC, OakleyL, CD001055, которая включила в себя результаты 51 рандомизированного контролируемого исследования (20931 женщина) и 6 кластерных рандомизированных исследований (7500 женщин): сделан вывод, что курение – один из **немногих предотвратимых факторов**, обуславливающих рождение детей с низкой массой тела, преждевременные роды и перинатальную смертность.

Вернемся к нашим сказкам: у них нет счастливого конца. Женщина в благородном положении (так называют беременных в

Венгрии) взяв в руки сигарету должна четко понимать, что только за счет курения у нее значительно больше шансов потерять беременность, родить раньше срока (значит незрелого ребенка), потерять ребенка в родах, а если роды наступят в срок - родить маловесного ребенка. А у рожденного ребенка - значительно больше шансов отставать в физическом и умственном развитии, чаще болеть, уметь с раннего детства набор хронических заболеваний, девиантное (отклоняющееся от нормы) поведение, нарушение репродуктивной функции в будущем и многое другое.

Ребенок должен быть желанным, любимым, окруженным теплом и заботой близких с самых ранних этапов внутриутробного развития. Плод не может быть представлен врачу акушер-гинекологу как пациент, не может пожаловаться, не может быть отделен от матери, которая и должна выражать его интересы. Курящая беременная имеет низкую ответственность пред своим еще нерожденным ребенком. Систематически устраивая ему кислородное голодание и отравляя токсинами она проводит затянувшуюся на 9 месяцев пытку. Вряд ли можно после этого рассчитывать на ответную любовь. И можно бесконечно рассуждать в кругу своих курящих подруг и друзей о болезненности молодого поколения, безобразном поведении, неуважении к старшим.

В цивилизованном мире принято прекращать курение обоим супругам за **3 месяца до отмены контрацепции.**

Создавая нас, Господь дал человеку воля и право выбора. Может пора этим воспользоваться на благо своих детей?

Миров А.И., врач акушер-гинеколог





Муж и жена отмечают два совпавших по времени юбилея: 50 лет (возраст) и 30 лет совместной жизни. Им является

Господь: "Редко, кто сейчас проживет столько лет в любви и согласии. Просите что хотите, я исполню ваши желания".

Жена: "Да, жизнь пройти - не поле перейти. Растили детей, работали, в общем все как у всех.

Вот не было свадебного путешествия, да и потом все не до этого: мир и не видели совсем. Если можно, Господи, то устрой нам свадебное путешествие вдвоем..."

Господь: "Хорошо. Пусть будет так".

Муж, вздыхая: "Да, Господи, моя жена, конечно хорошая и добрая женщина. Она много вытерпела и стала мне близким человеком. Но, понимаешь, мне все равно хочется, чтобы у меня была жена лет на 30 моложе..."

Господь: "Не проблема. Теперь тебе восемьдесят!"

Один приятель звонит другому:
- У меня юбилей. Какого мне купить вина - белого или красного?
- Да кто будет пить твое вино? Купи лучше водки, да побольше.
- Ну вот. Ты хочешь сделать из великого события рядовую пьянку.
- Что ты. Как раз наоборот - я хочу сделать из рядового события великую пьянку.

Учитель:

- Сколько тебе было лет в твой прошлый день рождения?

Ученик:

- Семь.

Учитель:

- А сколько лет тебе будет в твой следующий день рождения?

Ученик:

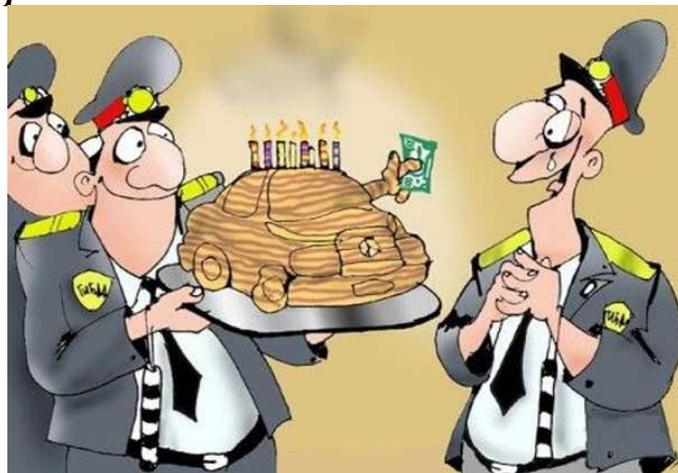
- Девять!

Учитель:

- Садись! Два тебе за неправильный ответ!

Ученик:

- А вот и фигушки! У меня сегодня день рождения!



Когда будет твой День рождения?

- Второго сентября.
- Не может быть!
- Что не может быть?
- Чтобы в году было два сентября.



Игроки сборной России по хоккею поздравляют своего тренера с днем рождения.

- Лучшим подарком для меня будут ваши победы.
- Поздно. Мы уже купили вам галстук.

В театре торжество - очередной юбилей. Приглашены все артисты, кроме двоих - трагика и комика. Сидят они оба в гримерной... Трагик (с надрывом): - Не пригласили... Не помнят... Комик (радостно): - Не пригласили!! По-о-омнят!!!

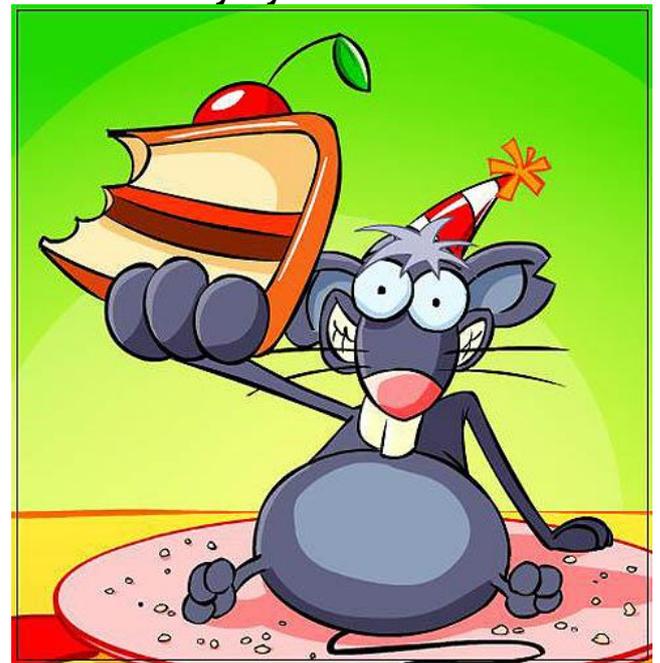
Теще на юбилей мусорное ведро подарил... Обиделась!

- А-а-а, это пустое - пообижается

По материалам сайтов www.vampodarok.com, www.caricatura.ru
Сидоренко В. В.
Николаев С. Н.

и простит...

- Почему пустое?! Полное...



У окулиста юбилей - 50 лет. Друзья подарили ему драгоценный глаз: глазное яблоко - жемчужина, зрачок - золото, роговица - платина и пр. Окулист разглядывает свой подарок и говорит: - Ох, хорошо, что я не гинеколог!



Елец – «золотое наследие наших предков».

Тысячу лет стоит Елец на берегах реки Быстрая Сосна. Основанный предположительно в 986 году при киевском князе Владимире Святославовиче, город как существующий впервые упомянут в Никоновской летописи за 1146 год: “Князь же Святослав Ольговичиде в Резань и быв во Мченске, и в Туле, и в Ельце, и в Пронске и приде в Резань на Оку.”

С середины XVII века Елец развивался как город ремесленников и торговцев. Обозы с хлебом, гурты скота, подводы с кожевенными и шорными товарами направляются к Туле и Москве, на далекую Нижегородскую ярмарку. Особую славу ему принесло неувядаемое мастерство елецких кружевниц. Елец – единственный город Липецкой области, включенный в список городов Российской Федерации, которые располагают ценными памятниками культуры, истории и архитектуры. Здесь на перекрестке автомобильных и железных дорог есть для того все условия: отличный краеведческий музей, знаменитый кружевной промысел, великолепный ландшафт, интересные уголки природы. Архитектурное наследие Ельца насчитывает несколько десятков замечательных памятников. Невольно привлекает внимание громада Вознесенского собора архитектора К.А. Тона в историческом центре на Красной площади. Запоминаются стены Знаменского монастыря, ритм куполов и колоколен в силуэте города.

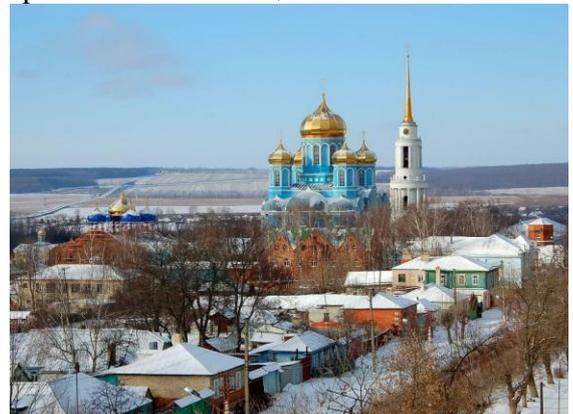


Теплое чувство вызывают чудесные домики с деревянным кружевом карнизов и наличников на уютных улочках городского ядра, имеющего уникальную планировку XVIII века, куда, по счастью, не дошел бульдозер реконструкции.



Историческая часть Ельца – своеобразный архитектурный заповедник. Елец, как и другие старые русские города, страдал от пожаров.

Елецкий архитектор и краевед А.В.Новосельцев установил, что пожары 1764 и 1769 годов уничтожили большую часть его деревянных строений. Именно это обстоятельство явилось причиной кардинальной перепланировки города. Созданная в 1762 году государственная Комиссия о каменном строении ставила задачей перестройку всех русских городов. В 1770 году этой комиссией был разработан и регулярный план Ельца, подписал его известный архитектор Алексей Квасов. Застройка городских кварталов должна была вестись строго по плану, при этом предпочтение отдавалось каменным зданиям. Некоторые из них сохранились до наших дней. Именно они вместе с деревянными домами мещан более позднего времени создают сегодня неповторимый облик Ельца.



Развитие города как административного центра было тесно связано с изменениями административно-территориального деления края. До 1928 года просуществовали губернии и уезды. Елец оставался уездным административным центром. В 1928 году была образована Центрально-Черноземная область, в которую вошли Воронежская, Курская, Орловская и Тамбовская губернии. Область была поделена на 11 округов, Елец стал центром округа, в него вошли Липецкий, Ливенский, Лебедянский, Задонский уезды. Одиннадцать созданных округов делились в свою очередь на 178 районов. Именно в этот период Елецкий окружком принял решение о строительстве Новолипецкого металлургического завода (преобразованного впоследствии в Новолипецкий металлургический комбинат (НЛМК)), давшего громадный толчок к развитию города Липецка в важный промышленный и административный центр. Трехступенчатое управление просуществовало недолго. В 1930 году округа были упразднены, восстановлена двухступенчатая структура - область, район. В 1934 и 1937 годах ЦЧО была разукрупнена. Из нее выделена сначала Курская, а затем образованы Тамбовская, Рязанская и Орловская области. Елец стал районным центром последней.

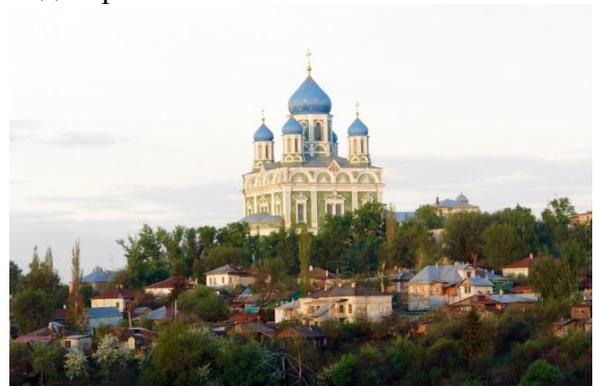
В Великую Отечественную войну Елец и железнодорожный узел длительное время являлись важной базой фронта в районе Орловского плацдарма и Курско-Белгородской дуги. Кроме того, два полевых аэродрома постоянно поддерживали связь с партизанами в брянских лесах и в Белоруссии. За время войны городу был причинен громадный ущерб, в период с 3 по 9 декабря 1941 года Елец был оккупирован фашистами, бомбардировки города продолжались вплоть до 5 августа 1943 г. Тысячи ельчан участвовали в боевых действиях, свыше 8 тысяч награждены орденами и медалями, несколько ельчан были удостоены звания Героя Советского Союза. Наши земляки прошли с боями по всем фронтовым дорогам до Кенингсберга, Праги, Вены, Варшавы, Берлина и на колонне рейхстага оставили надпись: "Мы из Ельца!". Город располагает значительным количеством памятников историко-культурного наследия (более 200).

Неповторимый колорит в городе создают 13 храмов (10 из которых - действующие), два монастыря, почти каждое второе здание в центре города - памятники истории и архитектуры.

Главная достопримечательность, гордость и визитная карточка города Ельца - величественный Вознесенский собор. Это крупнейшее здание города, расположенное в самом его центре на Красной площади. Своими величественными формами собор играет важнейшую роль в силуэте города, подчеркивая его центр. Собор построен по проекту академика архитектуры Константина Андреевича Тона, автора проекта



большого Кремлевского Дворца. Здание подавляет колоссальностью своих размеров, высота собора вместе с крестом составляет 74 метра, длина 84 метра, ширина 34 метра. По утверждению специалистов, это второй по величине после Исаакиевского собора в России. Строился он 44 года, с 1845 по 1889 год, но так и остался неоконченным. Колокольня, запроектированная на 10 метров выше основного купола, осталась недостроенной.



Собор, стоящий на высоком крутом берегу реки Быстрой Сосны, открывается при подъезде к Ельцу с очень больших расстояний и особенно

внушительно смотрится из-за реки, со стороны Засосенской части города. Ещё во второй половине прошлого века Елец имел широкую известность красивого города. Мощные, разнообразные по форме и величине вертикали церквей и колоколен, накладываясь зрительно друг на друга, создавали впечатляющую панораму города. Особенно выразительна эта панорама со стороны реки Сосны, высокие, крутые берега которой приподнимали весь город и отражали в своих водах... Новое неизбежно и закономерно вытесняет старое. На местах обветшавших домишек вырастают современные благоустроенные дома, и город меняет свое лицо. Но — удивительное дело! — Елец в центральной своей части устойчиво сохраняет свой былой облик и архитектурную среду, сформировавшуюся до середины XIX века. Этот исторический фон придает городу особую эмоциональную окраску. Елец — это своеобразная и полная особой прелести частица нашей Родины, город, донесший до нас тонкий аромат истории. Когда находишься в Ельце, как бы погружаешься в русскую старину. Центр города - улицы Торговая, Соборная, Орловская - это естественно сложившиеся ансамбли, образованные и построенные в разное время - от конца XVIII до конца XIX века. Они хорошо гармонируют друг с другом, с улицами и даже в целом с городом. Здесь уживаются одновременно простота, интимность, уют, которые придают Ельцу неповторимый облик.

Подлинным украшением города является Введенская церковь, наиболее древняя из ныне действующих. Недалеко от этой церкви стоял дом родителей гениального русского духовного деятеля, писателя и проповедника Иннокентия Херсонского, причисленного к лику святых.

Ждет своего восстановления и знаменитая церковь Михаила Архангела, о которой нобелевский лауреат Иван Алексеевич Бунин вспоминал в своем автобиографическом романе «Жизнь Арсеньева» как о настоящем чуде, «возвышавшемся над всем в таком величии, в такой роскоши, какие и не снились римскому храму Петра...».

Сакральным местом по праву считается Каменная гора, где расположен женский Знаменский монастырь. Заложенный в начале XVII века и просуществовавший три столетия. Этот монастырь очень ценил святитель Тихон Задонский.

Восстанавливается территория и храм Троицкого мужского монастыря. История возникновения монастырей на Елецкой земле богата легендарными событиями. Так, в городских легендах говорится о том, что вся Каменная гора, впрочем, как и весь Елец, пронизаны тайными подземными ходами. Существует также предание, что изначально древний Елец строился именно на Каменной горе, окруженный с двух сторон Ельчиком и глубоким оврагом.



Великокняжеская церковь, построенная в 1909-1911 гг купцом Заусайловым к 300 летию дома Романовых... Церковь поражала необыкновенной красотой, на ней было два больших купола. Главный купол увенчан большим крестом из зеркального стекла. Внутри его по ночам горела сильная электрическая лампа, отчего в темные ночи зрелище было очень эффектно. Купола были густо вызолочены.



Елецкая земля - родина многих выдающихся людей. Это знаменитый писатель Михаил Михайлович Пришвин, композитор Тихон Николаевич Хренников. Также первый нарком здравоохранения РСФСР Николай Александрович Семашко и известный политический деятель советского времени Михаил Сергеевич Соломенцев. С именем города Ельца неразрывно связаны жизнь и творчество Ивана Алексеевича Бунина.

Культурные традиции города поддерживают многочисленные культурные учреждения: драматический театр «Бенефис» продолжает историю Елецких театров, которым полтора века, и связаны они с именами драматурга А. Н. Островского, актера П. М. Садовского; художественная галерея краеведческого музея, которая содержит редкие живописные работы западноевропейских и русских мастеров XVIII и XIX вв., в том числе И. Айвазовского, П. Федотова, В. Поленова, В. Верещагина, несколько частных картинных галерей и выставочных залов.

ЕЛЕЦ - город областного значения, имеет статус городского округа Липецкой области. Елец - город, который имеет право гордиться своей историей. Находясь на окраине земли русской, он отслужил своему Отечеству долгую и трудную службу, полную бесчисленных и дорогих жертв. Он хранит в своей памяти грозные шаги

истории, слышит пульс времени, удары, отбиваемые судьбой.



Экскурсию по городу провела Оксана Алёшкина.

Номер подготовили:

**Гл. и технический редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н.,
Редакционная коллегия: А. И. Миров, А. В. Маркин, О. В. Кузнецова, Н. А. Брума,
О. С. Алёшкина, И. В. Чулкова, В. В. Сидоренко, М. А. Александрова.**

**Отдельно редакционная коллегия благодарит за предоставленные материалы
главного врача санатория «Солотча» Николая Ларинского.**

**Фотоматериалы подготовлены: Брума Н. А., Николаев С. Н., Голофаст О. Е.,
Гамаюнова Т. В., Алёшкина О. С., Чулкова И. В.**

**В номере так же использованы материалы интернет сайтов www.Gynecologia.ru,
www.mbrsm.ru, www.anekdotov.net, www.vampodarok.com**

**Спонсором данного выпуска является: главный врач ГБУ РО «Городская
клиническая больница №8» А. И. Миров.**

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