



БОЛЬНИЦА НА КАШИРИНА

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



ноябрь 2013 выпуск №13

Читайте в номере:

- | | | |
|-----|------------------------------------|---------|
| 1. | Наш анонс | стр. 2 |
| 2. | «Обучение через всю жизнь» | стр.3 |
| 3. | Актуальный репортаж | стр.6 |
| 4. | Остеопороз | стр. 8 |
| 5. | Интересный человек | стр. 10 |
| 6. | Мы и наши пациентки | стр. 12 |
| 7. | Венценосное акушерство России | стр. 14 |
| 8. | Тромбофилии и беременность | стр. 18 |
| 9. | Партнёрские роды | стр.20 |
| 10. | Скопин | стр. 22 |
| 11. | «А у нас в Рязани грибы с глазами» | стр 27 |
| 12. | Юмор | стр. 28 |

Реализация парадигмы «обучение через всю жизнь» в учреждении здравоохранения.

Главный врач ГБУ РО «ГКБ №8» Мирон А.И.

Начальник отдела кадров Скворцова Е.Е.

Врачи акушеры-гинекологи Маркин А.В., Александрова М.А.

Учиться — всё равно, что грести против течения: только перестанешь — и тебя гонит назад.

Китайская поговорка.

В повседневную практику врача приходят новые высокие технологии, требующие для их эффективного использования новых знаний и навыков. Поток медицинской информации напоминает лавину. В настоящее время число издаваемых медицинских журналов достигает около 2000. Компьютер и интернет в руках врача стали необходимыми инструментами в повседневной практике. Медицинский мир повседневно использует язык и принципы доказательной медицины. В этих условиях работы становится очевидным, что современному врачу уже недостаточно знаний усвоенных на студенческой скамье, знаний полученных в ординатуре или аспирантуре. Появляется необходимость не просто в новых знаниях, а знания в новых технологиях. Подготовка врача должна быть непрерывной и соответствовать запросам здравоохранения. Сегодня мировое научное сообщество предложило новые, эффективные методы обучения. В настоящее время общество интересуют не только часы и время, но и доступные для всех, приобретенные профессиональные навыки и знания, которые должны быть качественными, разносторонними, основанные на современных технологиях непрерывного последипломного обучения, активными в применении и соответствующими нуждами здравоохранения.

В июне 1997 года в итальянском городе Болонье была подписана декларация, названная впоследствии Болонской. Она предусматривает создание к 2010 году гармонизированного общеевропейского образовательного пространства. В 2009 году на конференции

министров высшего образования европейских стран в Берлине, Россия присоединена к Болонской декларации.

Болонская декларация предусматривает решение нескольких задач:

- Формирование системы зачетных единиц (кредитов)
- Создание единой системы, контролирующей качество образования
- Введение единого общеевропейского приложения к диплому
- Обеспечение конкурентоспособности европейских вузов с другими системами образования в борьбе за студентов, деньги, влияние; достижение большей совместимости и сравнимости национальных систем высшего образования; повышение качества образования;
- Возможность перехода на двухступенчатую модель обучения в вузах, бакалавр- магистр.

Медицинское последипломное образование превратилось в единую государственную систему в нашей стране в 1964 году. В 1965 году все институты усовершенствования врачей были переданы Минздраву СССР, а в 1968 году была введена интернатура.

Поиск оптимальной модели врачебной подготовки привёл в конце 90-х годов XX века к признанию необходимости непрерывного медицинского последипломного образования, что выразилось в изменении парадигмы от «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь».

Медицинское последипломное образование можно разделить на несколько видов:

1. Получение основной специальности (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура).
2. Повышение квалификации (усовершенствование).
3. Профессиональная переподготовка.
4. Самообразование.

Критериями обучения персонала ГБУ РО «ГКБ № 8» являются требования, предъявляемые Министерством здравоохранения и социального развития и Федеральным агентством по здравоохранению. Согласно существующей законодательной базе повышения квалификации специалистов должно осуществляться не реже 1 раза в 5 лет. Кроме того, для самореализации и раскрытия своего творческого потенциала каждый имеет право на обучение, по собственному желанию, по интересующей его тематике.

Такие инициативы у нас всегда приветствуются. В ГБУ РО «ГКБ № 8» большое внимание уделяется непрерывному последипломному образованию, которое является рекомендательным для врачей-специалистов и среднего медицинского персонала больницы.

Инициатором обучения в нашей больнице выступает администрация. Это обусловлено необходимостью повышения профессионального уровня сотрудников и в связи с введением новых технологий для диагностики и лечения гинекологических заболеваний.

С 01.01.2011г. разработана и введена система образовательных кредитов. Цель данной системы: повышение качества профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала после получения первичной специализации; повышение качества обучения; повышение интереса врачей и среднего медицинского персонала к получению непрерывного образования. Сотрудники с каждым годом всё чаще посещают семинары, тренинги, форумы, конференции и конгрессы, как на региональном, так и на международном уровнях. В течение года ведётся учёт получаемых зачётных единиц. 3 врача и 3 сотрудника среднего медицинского персонала, набравших в течение года наибольшее количество образовательных кредитов, получают премию. Кроме обязательного обучения, в 2012 году участие в 35 краткосрочных образовательных программах и мероприятиях общероссийского и международного уровня

приняли 277 сотрудников. 2 раза в месяц проводятся телеконференции с центральными научными базами. На базе больницы регулярно проводятся городские научно-практические конференции акушеров-гинекологов.

Обучение проводится в лучших учебных заведениях страны, лучшими преподавателями, часто создателями новых направлений в науке и врачебной практике. Для оплаты обучающихся курсов используются все административные возможности: привлекаются спонсоры, а также используются бюджетные и внебюджетные средства. С целью скорейшей интеграции в профессиональную жизнь, продолжения обучения, профессионального командообразования в больнице в августе 2009 года была создана Школа молодого специалиста. Она принимает в свой круг врачей и медицинских сестёр, стаж работы которых не превышает 7-и и 3-х лет соответственно, и является факультативным образовательным проектом, осуществляющим свою деятельность на общественных началах.

Основными функциями Школы являются:

1. Организация и проведение: кратких лекционных курсов по избранным темам, теоретических тематических семинаров в рамках специальности, разбор клинических случаев и случаев сестринской практики с обсуждением ошибок, методических сопровождений презентаций, мастер-классов.
2. Привлечение высококвалифицированных кадров больницы и специалистов, как лечебных учреждений, так и учебных заведений к участию в работе ШМС по предварительному согласованию.
3. Обучение молодых врачей навыкам диагностики, лечения, реабилитации, а медицинских сестёр навыкам манипуляционной сестринской техники в соответствии с современными достижениями медицинской науки.
4. Консультирование по правовым вопросам.
5. Обучение навыкам работы в функциональной команде (бригаде)

Непосредственным организатором работы Школы является старший координатор, избираемый из состава участников проекта (на данный момент в нее входит 8 врачей и 5

медицинских сестер). Методическое руководство осуществляется Медицинским Советом больницы, членом которого является старший координатор.

На протяжении нескольких лет работы Школы рассматривались актуальные аспекты профессиональной деятельности (история развития акушерства и гинекологии, сестринского дела; этика и деонтология медицинского работника; структура здравоохранения и организация работы хирургического стационара; порядок оформления документов для правового обеспечения лечебно - диагностического процесса; асептика и антисептика; анатомия и топография малого таза, передней брюшной стенки; оперативные доступы, дренирование ран, разновидности шовного материала; виды хирургических энергий; истмико-цервикальная недостаточность).

Практические навыки приобретались на тренингах и мастер-классах с использованием современного оборудования, инструмента, медицинских тренажеров и симуляторов.

Обучение проводится не только на территории больницы, врачи и медицинские сестры Школы молодого специалиста регулярно посещают медицинские конференции, симпозиумы, форумы, конгрессы в Москве и других городах России (на некоторых из них выступали с докладами). Участники проекта являются соавторами публикаций в печатных медицинских изданиях, активно сотрудничают с Комитетом по этике, Советом по медицинской профилактике, Советом по научно-медицинской информации, Советом молодых врачей, работают в Школе беременных, кабинете послеабортного консультирования, официальном печатном издании «Больница на Каширина», принимают активное участие в жизни профсоюзной организации больницы и спорте, оказывают помощь в работе Совету ветеранов. Участники ШМС реализуют социальный проект «Зеленая ленточка – линия жизни», образовательные проекты «Православные Святые – Целители», «Чистота речи медицинского работника» и другие.

Важной вехой в работе проекта стало участие врачей в разработке медицинских технологий: «Подготовка шейки матки при антенатальной гибели плода, при неразвивающейся беременности II триместра, при искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям к индуцированному позднему выкидышу»; учрежденных стандартов реабилитации после потери беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза, гинекологических заболеваний, при нарушениях менструального цикла. На протяжении 2012г врачи Школы принимают непосредственное участие в качестве уже врачей-экспертов в формировании Формуляра ГБУ РО «Городская клиническая больница №8».

Необходимым и важным в этом образовательном проекте является и то, что те специалисты, которые участвуют в обучении молодых сотрудников, учатся и сами, постоянно узнавая что-то новое от своих молодых коллег. А значит, совершенствуются и сами в избранной специальности, проходя обучение через всю жизнь.

Список литературы:

1. Вялков А. И. Проблемы и перспективы развития системы стандартизации в здравоохранении РФ. 2000 № 2- с. 5-10.
2. Кислицын К. Н. Болонский процесс как проект для Европы и для России // Электронный журнал «Знание. Понимание. Умение». — 2010. — № 11 - Высшее образование для XXI века.
3. Резников Д.А. Организация медицинской помощи в Германии. Принципы и основы страховой медицины. Вестник современной клинической медицины 2010, Том 3, выпуск 2, стр. 66.

Олимпийский огонь в Рязани!

Олимпийский огонь продолжает свое беспрецедентное по количеству рекордов шествие по России. За всю историю Олимпийских зимних игр эстафета олимпийского огня «Сочи 2014» станет самой продолжительной, она охватит все субъекты нашей страны, почти 3000 населенных пунктов. Еще один рекорд – 90% населения страны окажут в часовой доступности от маршрута эстафеты. На 8-ой день от начала движения огня, олимпийский факел из Тулы прибыл в Рязанскую область.



Подготовка к эстафете в Рязани длилась не один месяц, организаторы постарались установить в Рязани свой маленький рекорд по зрелищности и массовости. Все центральные улицы Рязани в этот день перекрыли, заранее проинформировав горожан. Перед стартом эстафеты для факелистов провели инструктаж, подробно рассказав, как правильно нести олимпийское знамя. Самая ответственная часть – зажжение огня и первый этап эстафеты – выпала на долю известного рязанского спортсмена Кирилла Сосунова – мастера спорта международного класса по бобслею. К ответственности спортсменам не привыкать, и волнение побороть чемпионы умеют.

Кирилл Сосунов – первый факелоносец, мастер спорта международного класса по бобслею, заслуженный мастер спорта по прыжкам в длину: «Первым всегда тяжело начинать, потому что ты не знаешь, как все это пройдет, как все это начинается. Но здесь

настолько организация хорошая, все прописано. Я думаю, что сбоев не будет, поэтому предстартовое волнение потихоньку уходит. Все объяснили, все рассказали, так что я думаю, что все будет отлично. Принципиальных правил передачи факела нет. Если несется в правой руке, то передается человеку, который держит его в левой. Это как делается в легкой атлетике при передаче эстафетной палочки. Но я думаю, что ничего сложного».

130 факелоносцев, 25 из которых – рязанцы, пронесли олимпийский огонь по всем главным улицам. Это выдающиеся спортсмены, тренеры, ветераны спорта, а также общественные деятели.

Александр Дружинин – факелоносец, полковник, начальник кафедры физической подготовки Рязанского десантного командного училища: «Мне очень приятно, что доверили честь нести факел по городу Рязани, т.к. всю жизнь сознательную мы прожили в Рязани. Это большая честь».

Андрей Караулов – телеведущий: «Я говорю о том, что сейчас такое ощущение, что нация, наконец-то объединяется, наконец-то, становится единой. И совершенно не важно, вокруг чего нация объединяется: олимпийский огонь, еще ли какой-то символ, главное, что сейчас все заодно. И мысли у всех похожие, и общая гордость, и любовь к стране – она



сегодня одна. Гордость за то, что олимпиада у нас, а не в Зальцбурге или Южной Корее».

Сотни рязанцев смогли увидеть историческое событие своими глазами, сделать снимки на память.



Виталий Артемов – мэр Рязани: «Сейчас мы видим, что настроение у людей очень хорошее. И все мы прекрасно понимаем, что такое событие бывает только раз в жизни, а в Рязани за ее более, чем 900-летнюю историю – это вообще первый раз».

Рязанских факелистов сопровождали триста пятьдесят волонтеров, которые для участия в эстафете прошли специальный обучающий курс. Весь день для зрителей праздника работали развлекательные площадки в разных частях города. А завершилась эстафета в 7 часов вечера лазерным шоу и, конечно, кульминацией всего мероприятия - торжественным зажжением чаши олимпийского огня. Ее передали правительству области накануне. Герои итогового действия – призер олимпийских игр 2012, рязанец Иван Нифонтов и вице-

губернатор Рязанской области Сергей Филимонов. Чаша олимпийского огня выполнена в красном и серебряном цвете, как и факел. Сделана она из термостойкого и морозоустойчивого полимера. Она останется в Рязани и станет частью истории города. Вместе с Олимпийским огнем загорелось и небо над площадью – праздник завершился грандиозным салютом.

И конечно же пламя олимпийского огня является символом, объединяющим нацию, поднимающим дух патриотизма и спортивного движения Россиян, который (хочется надеется) приведёт к победе Российской сборной на зимних Олимпийских играх 2014 года.



Татьяна Мухамедова

Фотоматериалы использованы с ресурса
WWW.mediaryazan.ru

Остеопороз.

Остеопороз (ОП) – это заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности кости и качества кости (архитектоника, обмен, накопление повреждений, минерализация) [NIH Consensus Development Conference on Osteoporosis: Prevention, Diagnosis and Therapy // JAMA. – 2000. – № 287. – Р. 785–795].

ОП в России, как и во всем мире, представляет собой большую проблему. У каждой второй женщины в возрасте 50 лет и старше возникает остеопоротический перелом в течение жизни (Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Healthcare guideline: diagnosis and treatment of osteoporosis, 4th edition, Sep 2005). В среднем ОП в России выявляется у 30,5–33,1% женщин и у 22,8–24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн человек [Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Мылов Н.М. Распространенность переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше // Вестник травматологии и ортопедии. – 1997. – № 3. – С. 20–27].

Последствия развившегося ОП страшны: это компрессионные переломы позвонков, приводящие к уменьшению роста и выраженному болевому синдрому.

Другое, не менее грозное осложнение ОП, приводящее к глубокой инвалидизации и смерти в 50% случаев в 1-й год, а также к огромным социальным и экономическим потерям во всех странах мира – перелом шейки бедра. Так, в Европе количество инвалидизаций в результате осложнений ОП больше, чем при онкологических заболеваниях (исключение составляет рак легкого), и сравнимо с таковым при гипертонической болезни, бронхиальной астме и ревматоидном артрите [Kanis J.A., Borgstrom F., Zethraeus N. et al. Intervention thresholds for osteoporosis in the UK. – Bone, 2005. 36; 22]. Несмотря на эти данные, в России ОП не признан социально значимым заболеванием.

Соответственно, не выделены врачебные специальности, в рамках которых рекомендовано заниматься данной проблемой. Вследствие этого отсутствуют скрининг и ранняя денситометрическая диагностика ОП как в группах риска, так и у подавляющего числа больных с уже имеющимся ОП, большинство из

которых – женщины в постменопаузе (следует помнить). В этих случаях диагноз ОП ставится уже на стадии осложнений, т.е. низкоэнергетических переломов.

Факторы риска:

- Кавказская или азиатская раса.
- Хрупкое телосложение (масса тела менее 58 кг, или ИМТ менее 20 кг/м²).
- Наследственность (наличие компрессионных переломов позвонков и/или шейки бедра у ближайших родственников).
- Курение.
- Чрезмерное употребление алкоголя.
- Диеты с низким содержанием кальция.
- Плохое питание и плохое общее состояние здоровья.
- Мальабсорбция – синдром нарушенного всасывания.
- Аменорея (отсутствие менструации) у молодых женщин, связанная с низким уровнем эстрогенов.
- Длительное (более 3-х мес.) употребление глюкокортикоидов (преднизолон, кортизон, дексаметазон).
- Малоактивный образ жизни.

Для оценки состояния костной ткани в настоящее время используются следующие технологии: двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual-energy X-ray absorptiometry – DXA), количественная компьютерная томография (ККТ). Наиболее широкое признание в диагностике ОП получила технология DXA, т.к. на основании многочисленных методов оценки было показано, что распространенность переломов коррелирует с показателями минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в аксиальном скелете: в поясничном отделе позвоночника и проксимальных отделах бедренных костей (уровень доказательности А). DXA аксиального скелета проводится с использованием веерной или пучковой технологии, а также пучка в виде узкого веера.

Трехпространственное измерение МПКТ, производимое при ККТ, определяет количество минерализованной костной ткани на объем кости (г/см³) и теоретически должно быть лучше двухпространственного определения МПКТ, однако, согласно клиническим данным, его преимущества незначительны. Имеет значение и большая лучевая нагрузка, получаемая при ККТ,

по сравнению с технологией DXA. Наиболее приемлемые для клинической практики показатели основываются на двухпространственном определении МПКТ (bonnemineraldensity – BMD, г/м³), проводимой при DXA.

В современной клинической практике индивидуальная МПКТ сравнивается с референсной базой данных. Из-за различных методов измерения в зависимости от различной аппаратуры наиболее приемлемый способ оценки МПКТ – оценка с использованием T- и Z-критериев.

Применение ультразвуковых приборов для диагностики ОП. Костная ультрасонометрия (КУС) имеет ряд особенностей, обусловленных физической сущностью метода. В частности, с помощью КУС выполняют измерения на костях периферического скелета (фаланги пальцев, кости предплечья, передняя поверхность большеберцовой кости и пяточная кость), где представлена в основном компактная костная ткань (за исключением пяточной кости), в то время как в большинстве случаев при ОП в первую очередь страдают участки с губчатой костной структурой. Основные показатели, принимаемые в расчет при работе КУС, – скорость ультразвука (SOS) и широкополостное затухание ультразвука (BUA).

На качество исследования с помощью КУС влияет значительно больше субъективных факторов, чем при DXA-денситометрии. Качество акустического контакта – основной источник ошибок при использовании КУС. Так, усилие прижатия ультразвуковых датчиков в области измерения меняет не только толщину подлежащих мягких тканей, которая может быть

учтена прибором, но и качество акустического контакта. Состояние кожи в области измерения (влажная, жирная или сухая), несмотря на использование специальных гелей и детергентов, невозможно стандартизировать, что отрицательно влияет на воспроизводимость метода. Кроме того, метод крайне чувствителен к температуре. Установление участка измерения или области интереса для КУС в ручном или автоматическом режиме связано с большими погрешностями, чем при DXA. Так, чувствительность метода КУС относительно центральной DXA для пяточной кости составляет 0,34, а для пальца – 0,23. ОП, диагностируемый при помощи КУС, определяется при других значениях T- и Z-критериев, нежели при DXA.

Помимо DXA пациенткам проводили исследование биохимических и специфических маркеров ОП. В большинстве случаев перед началом антирезорбтивной терапии требовалась коррекция витамина D, после чего больным был предоставлен выбор препаратов из группы бисфосфонатов, являющейся в настоящее время основной группой для лечения ОП. Заключение. Учитывая низкую осведомленность населения о факторах риска и возможных осложнениях ОП, при обращении к врачу любого профиля необходим тщательный сбор анамнез для их выявления. После установления диагноза ОП или остеопении, но при наличии высокого риска низкоэнергетических переломов необходимо дать полную информацию пациентке для аргументирования начала антирезорбтивной терапии.

Обзор подготовила Н. В. Прудан
по материалам сайта www.rmj.ru

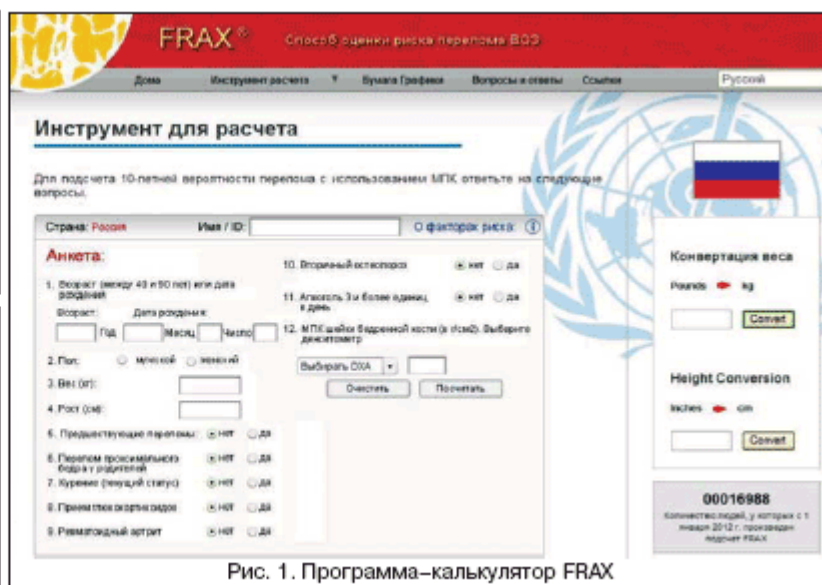


Рис. 1. Программа-калькулятор FRAX

Профессии прекрасней нет на свете...



Едва ли найдётся среди нас человек, не читавший повести К.И. Чуковского о добром докторе Айболите, прототипом современности по праву может стать заслуженный врач России, уроженец села Мордово Сараевского района Рязанской

области **Александр Филиппович Клишин.**

Родился Александр Филиппович 27 декабря 1928 года в селе Мордово, его родители были потомственными крестьянами, мать Агафья Карповна 1903 г.р. стала для А.Ф. Клишина примером невероятного трудолюбия. Почти 40 лет она проработала в колхозе им. Энгельса, в основном в полеводческой бригаде, на её плечи легли все этапы работы на селе - приходилось и работать в поле и на зернотоке, и подвозить корм на лошадях колхозному скоту. Особенно тяжело пришлось в годы Великой отечественной войны, когда все посевные и уборочные работы легли на плечи женщин, вместе с тем, выполняя государственный план хлебозаготовок, женщины вручную разгружали 50-ти килограммовые мешки пшеницы с подвод на станции Ягодное. Но, несмотря на такой тяжёлый труд, Агафья Карповна успевала всё, и залатать одежду, и приготовить пищу, и навести порядок. Она была очень жизнерадостной и весёлой женщиной, замечательно пела и была хорошей плясуньей. Александр Филиппович очень тепло отзывался о матери и всегда восхищался её жизнелюбием и потрясающей работоспособностью, она любила порядок во всём, к чему с детства приучила и сына.

Отец Александра Филипповича участвовал в Первой мировой войне, во время одного из боёв он попал в облако отравляющих веществ, из-за чего в последующем сильно страдал приступами лёгочной недостаточности. Также пришлось поучаствовать Филиппу Григорьевичу и в Гражданской войне, по её окончании, вернувшись в родное село, он встретил свою будущую супругу Агафью.

Семья Клишиных жила очень бедно, на первых парах жили в амбаре у соседей, где не было даже печки, затем удалось приобрести разваливающуюся избу в Ендове, позже дом в Бычовке. Чтобы держаться на плаву, родители

сеяли много конопли, которая пользовалась спросом – из неё делали пряжу, вязали верёвки, плели канаты и сдавали государству за хорошую цену, а также не давала умереть с голоду – из семян варили конопляную кашу, конопляное масло использовали в пищу для заправки и жарки овощей. Через несколько лет им удалось купить домик получше, в Запруде. И в 1928 году, поднакопив ещё денег, сломали старый дом и построили новую пятистенную избу. В этом доме, родители и прожили всю свою оставшуюся жизнь.

Филипп Григорьевич в связи с болезнью работать в колхозе не смог и с 1941 года до ухода на пенсию в 1953 году работал налоговым агентом, так как был весьма грамотным человеком и обладал хорошей памятью. Умер Филипп Григорьевич в 1978 году. Агафья Карповна скончалась в возрасте 90 лет в 1993 году.

Учёбу свою Александр Филиппович начал в Мордовской семилетней школе в 1934 году. С большой теплотой и благодарностью к своим учителям он отзывался в последующем. Огромную роль сыграет в его жизни учительница немецкого языка, привившая ему любовь к языку и давая основательные знания, которые помогут ему почти без подготовки сдать вступительные экзамены в Военный институт иностранных языков.

Шла война, возможности учиться больше не было. Тяжело пришлось Александру Филипповичу в те времена, 14-15 летнему пареньку приходилось помогать матери и принимать участие во всех полевых работах, с раннего утра и до позднего вечера он работал в колхозе, на равне со взрослыми. Именно тогда, заботясь о матери, он перенимает от неё самое ценное, что пронесит через всю свою дальнейшую жизнь – её любовь к жизни, к работе, к детям, редкое благородство души.

Служба в армии была полна интересными впечатлениями и новыми событиями – так, он исколесил почти всю Прибалтику, сумел тайком закончить вечернюю школу, и получить аттестат о среднем образовании, блистательно сдать вступительные экзамены в Военный институт иностранных языков в Риге и вернуться в Москву для продолжения образования. Но окончить институт ему было не суждено, во время занятий по физкультуре, он сорвался с турника и получил серьёзную травму колена,

после долгого лечения Александр Филиппович принимает решение оставить учёбу. Природная тяга к медицине берёт верх и весной 1954 года А.Ф. Клишин становится студентом Рязанского медицинского института. Учёба для него очень увлекательна, но наряду с тем, студент Клишин испытывает серьёзные материальные трудности и вынужден подрабатывать по ночам – дежурить в больнице. Уже с третьего курса, он дежурил в хирургических отделениях и тогда решил – хирургия его призвание. Начиная с четвёртого курса, студент-медик начинает самостоятельно оперировать, опыт приходил с аппендицитов, грыж и других несложных операций. Таким образом складывалась его медицинская практика, и в 1960 году Александр Филиппович Клишин с отличием заканчивает медицинский институт.

По окончании мединститута, ему поступает множество заманчивых предложений стать главврачом в Захаровской районной больнице, акушером-гинекологом в одной из клиник в Москве, но Александр Филиппович видел себя только в хирургии.

Александр Филиппович стоял у истоков становления травматологической и ортопедической службы в Рязанской области, сначала как заведующий отделением травматологии во второй городской больнице, затем в третьей областной больнице. Так как в те годы не уделялось должного внимания больным с ортопедической патологией и последствиям травм, Александр Филиппович вышел к главному хирургу областного отдела здравоохранения Ю.А. Гольдину с предложением открытия под Рязанью реабилитационных центров, где осуществлялось бы их долечивание в послеоперационный период. Один такой центр был организован в с. Пощупово, а другой в Солотче.

Помимо третьей областной больницы, Александр Филиппович оперировал и в районных больницах, в шутку своё детище он называл «СССР по ортопедии», имея в виду, Сасовский, Сараевский, Спасский и Ряжский районы, где он проводил операции. Дольше всех он оперировал в Сараях. Много времени А.Ф. Клишин оперировал в детском санатории в Кирицах, возвращая к нормальной жизни, казалось бы, безнадежных детей. В основном это были операции по исправлению врождённого вывиха бедра и с сильно выраженного сколиоза.

За 43 года врачебной деятельности А.Ф. Клишина, выполнено огромное количество оперативных вмешательств, предложено множество новых методик, изобретены инструменты для последующих операций. Мастера рязанских заводов «Красное знамя», «Приборный завод», «Рязсельмаш» выполняли самые сложные заказы по изготовлению медицинского инструмента разработанного и сконструированного этим неутомимым человеком. Изобретёнными в те времена инструментами пользуются хирурги в наши дни.

Пациенты с благодарностью вспоминают А.Ф. Клишина за дарованную им возможность быть избавленными от тяжких пороков, лично доктор Клишин проводил до 700 операций в год, а всё ортопедическое отделение под его руководством – более тысячи.

В 1972 году, после защиты диссертации, кандидат медицинских наук Клишин назначается ассистентом кафедры детской хирургии в Рязанском медицинском институте – «кузнице медицинских кадров» Рязанской области. Александр Филиппович 21 год отработал в стенах Рязанского мединститута, передавая свои знания и бесценный опыт студентам-медикам.

Александр Филиппович очень разносторонний человек, наряду с трудом на медицинском поприще, он также находил время на занятие и общественной деятельностью – одновременно избирался депутатом Железнодорожного района города Рязани, а затем и горсовета. Как человек ответственный, не смотря на свою занятость, депутат Клишин с большим вниманием относился к наказам своих избирателей и всегда старался их выполнять.

Александр Филиппович Клишин до настоящей поры занимает достойное место среди примеров человеческого трудолюбия и чистоты души современности. Не смотря на почтенный возраст, он работает детским ортопедом в первой детской поликлинике г. Рязани. Те неоценимые научные труды, изданные им, являются руководством настоящим и будущим хирургам-ортопедам не только нашей страны, но и далеко за её пределами. Медики, кому ранее и сейчас, посчастливилось работать рядом с А.Ф. Клишиным, могут по праву считать себя прикоснувшимися к истории.

Внештатный корреспондент
Екатерина Кожевникова

Мы и наши пациентки – «Мы вместе»!

29 сентября 2011 года в г. Рязани на базе нашей клиники создан благотворительный фонд охраны женского здоровья. Он объединил женщин-пациенток и медицинских работников, сохраняющих то самое женское здоровье, а потому и название фонда возникло не случайно - «Мы вместе». Идея создания фонда возникла после участия сотрудников больницы во Всероссийском форуме «Святость материнства», проходившего в ноябре 2010 года в г. Москве. Основной задачей фонда является осуществление благотворительной деятельности, направленной на сохранение здоровья российских женщин, а так же на поддержку женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Основными целями фонда являются:

- содействие деятельности в сфере профилактики и охраны женского здоровья;
- содействие защите материнства и детства;
- содействие деятельности в сфере здравоохранения;
- содействие добровольческой деятельности.

В соответствии с основными целями фонд осуществляет следующие виды деятельности:

- привлекает добровольные пожертвования, поступление от отдельных граждан, трудовых коллективов, юридических лиц, общественных объединений и иных формирований граждан для реализации собственных благотворительных программ;
- финансирует программы и мероприятия, направленные на защиту здоровья женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, женщин с осложненным течением беременности и послеродового периода;
- реализует и поддерживает программы, направленные на оказание благотворительной, материальной, гуманитарной, психологической и иной помощи беременным женщинам, и женщинам, воспитывающим ребенка по достижении им 1,5 лет, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;
- содействует развитию методов лечения и профилактики заболеваний, участвует в защите репродуктивных прав женщины;
- оказывает психологическую и иную помощь женщинам – пациентам;
- содействует охране здоровья и защите женщин от медицинских услуг ненадлежащего качества, недобросовестной рекламы, применения некачественных медицинских препаратов, средств и оборудования;

- оказывает содействие укреплению материально технической базы специализированных лечебных учреждений г. Рязани;

- в целях обеспечения поставленных задач организует добровольческое движение.

Фонд осуществляет свою деятельность в виде благотворительных программ, а также в виде отдельных акций. На сегодняшний день Фонд реализует ряд следующих программ.

Программа Фонда «Стань матерью, будь счастлива!» - направлена на поддержку женщин в период беременности и воспитания ребенка до достижения им 3-х лет. Основной контингент этой программы – женщины, пришедшие в медицинские учреждения записаться на аборт. Очень часто делают они это отнюдь не по своей воле, а под давлением ближайшего окружения. Порой одной-двух консультаций семейного психолога бывает достаточно, чтобы женщина научилась отстаивать независимость своих решений. Очень вероятно, что у этих женщин никогда бы не было детей, если вовремя им не была оказана психологическая поддержка. Кроме того, Фонд оказывает материальную, гуманитарную и иную помощь беременным женщинам, и женщинам, воспитывающим ребенка по достижении им 3-х лет, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Программа Фонда «Сохрани здоровье» - программа направлена на поддержку женщин оказавшихся в трудной жизненной ситуации, страдающих гинекологическими заболеваниями, женщин с осложненным течением беременности и послеродового периода, нуждающимся в помощи. В некоторых случаях процесс лечения связан с материальными затратами, порой непосильными для отдельных пациенток. В этих случаях женщина предпочитает отказаться от предлагаемых процедур, надеясь на самолечение. В результате болезнь может быть запущена. Фонд финансирует мероприятия (диагностику, профилактическое и реабилитационное лечение), направленные на защиту здоровья женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Программа «Самая лучшая больница» - разработана в целях создания более комфортных условий для пациентов и медицинского персонала, а также в целях повышения уровня оказания медицинской помощи пациентам.

В настоящее время в системе профессионального последипломного обучения врачей имеется ряд нерешенных проблем: это недостаточный контроль за качеством образования, высокая стоимость и длительные сроки курсов повышения квалификации. Сегодня российский врач, особенно в глубинке, не имеет доступа к качественной и актуальной медицинской информации и не может позволить себе стажироваться в более продвинутых клиниках, общаться с коллегами в других странах, посещать международные профессиональные конференции. В итоге многие врачи работают в информационном вакууме, что, конечно, недопустимо. Мы хотим, чтобы наша больница отвечала всем требованиям современной клиники европейского уровня по качеству оказания медицинской помощи и условиям пребывания пациентов. Программа «Самая лучшая больница» направлена на повышение квалификации специалистов и укрепление материально технической базы специализированной гинекологической больницы МУЗ «Городская клиническая больница № 8»

Программа Фонда «Помощь многодетным» - программа направлена на поддержку многодетных семей, попавших в трудную жизненную ситуацию. Это потеря кормильца, тяжелые заболевания детей или матери, потеря жилья и пр. Фонд по мере возможности содействует в поиске благотворителей, которые могли оказать адресную поддержку таким семьям. Кроме того, Фонд оказывает периодическую помощь указанным семьям.

Немаловажной частью деятельности Фонда является участие в различных конкурсах на получение грантов для осуществления своей работы. По результатам участия в конкурсе, проведенным Правительством Рязанской области (Постановление 119 от 18.05.2013г) между социально ориентированными некоммерческими организациями Благотворительный фонд охраны женского здоровья "Мы вместе" получил грант в размере 50 тысяч рублей за счет средств областного бюджета.

Помимо участия в указанных программах Фонд организует и проводит различные благотворительные акции и мероприятия. С 2011г стало традицией проведение акции «Подари мне жизнь!» (неделя против аборт), которая направлена на укрепление семьи, сохранение семейных ценностей и традиций. В последнее

ноябрьское воскресенье проводится праздник «День матери», цель которого — поддержать традиции бережного отношения к женщине, закрепить семейные устои, особо отметить значение в нашей жизни главного человека — Матери. Доброй традицией стало проведение детской благотворительной елки. Участниками праздника становятся детишки из многодетных семей и их родители. В программе праздника - развлекательная программа с Дедом Морозом и Снегурочкой, конкурсы и, конечно же, раздача сладких подарков всем ребятам.

Уже ставшая традиционной акция "Зеленая ленточка" проходит на базе нашей городской клинической больницы №8. Проекта направлен на привлечение внимания общества к проблемам защиты жизни детей, необходимости отказа от абортов, формированию положительного отношения к многодетным семьям, деторождению. Результатом этой акции стало рождение нового проекта – «Аллея сохраненных жизней». Специальная аллея существует с 2011 года на территории ГБУ РО «Городская клиническая больница №8». Раз в год на ней появляются декоративные растения, каждое из которых символизирует новую жизнь. Посадка Аллеи сохраненных жизней стала общим и уже традиционным праздником для взрослых и детей. Десять детей появились на свет в этом году у женщин, которые пришли в эту больницу с первоначальным намерением сделать хирургический аборт. Отказавшись от аборта после общения с психологами, врачами, социальными работниками и представителями общественных организаций, женщины сохранили жизнь своим малышам. Что может быть важнее? В 2013г мероприятие продолжилось в актовом зале учреждения, где учащиеся коррекционной школы №10 устроили для собравшихся концерт, на котором исполнили песни о любви к матерям и прочитали стихи Сергея Есенина. Закончился праздник чаепитием с участием психологов, членов благотворительного фонда «Мы вместе» и священнослужителей.

Продолжая активно работать и развиваться наш благотворительный Фонд открыт для сотрудничества и всегда готов поддержать единомышленников. А как вы относитесь к благотворительности?

Председатель комитета по этике Алексей Маркин

Венценосное акушерство России XVI-XX вв.

Парадокс: «простых» гражданок РФ проблемы акушерства, оказываются, начинают волновать не меньше, чем высоких профессионалов (это их работа) и журналистов, не обязательно «желтых» (это тоже их работа). И понятно почему - материнская смертность в России превышает развитые страны в 3,5 раза, а младенческая – в три раза! (В. Е. Радзинский 2011). Ну, сейчас понятно, страна в кризисе (во всех смыслах), а как было раньше, в благословенные времена патриархальной Руси, когда молочные реки текли в кисельных берегах? Что бы ситуация выглядела уж совсем хорошо, поговорим о «царском» акушерстве («кремлевскую» медицину нам постоянно приводят в качестве идеала, к которому нужно стремиться!). Посмотрим, как она справлялась с «вызовами времени».

Часть I. От Рюриковичей до XIX века.

Ранний период истории акушерской помощи представительницам царствующих династий в России покрыт «неизвестным мраком». Ясно одно, замуж будущие царицы выходили рано (в среднем, в 16 лет, Анастасию Романову выдали за Ивана IV в 14 лет), и их соматический и гинекологический анамнез был совершенно неизвестен.



Никакого «профотбора» на роль императрицы, кроме родовитости, внешней привлекательности и

способности не храпеть во сне (И.С.Кузнецова, 2003) не проводилось. Но, все-таки, кое-какие сведения сохранились. Первая жена Ивана Грозного, соединившая династии Рюриковичей и Романовых, в течение двух лет брака не могла забеременеть. Потом у нее родились три дочери, умершие в младенчестве (1549-1555; 1551-1551; 1556-58) и три сына (1552-1553; 1554-?; 1557-1598). По преданию, старшего из них, Анастасия родила в том месте, где сейчас находится Иоанно-Богословский монастырь (с. Пощупово). Там Анастасия ждала возвращавшегося из Казанского похода царя Ивана Васильевича. Дмитрий младенцем утонул в Плещеевом озере, куда его уронила нянька. Печальной была судьба и другого Дмитрия – сына И.Грозного и Марии Нагой. Его то ли убили по приказу Б.Ф.Годунова, то ли он сам, в эпилептическом приступе упал на нож и получил смертельное ранение яремной вены! Очевидно, что царица Анастасия рожала практически каждый год! «Звонком» (которого никто не услышал!) для династии Романовых было и то, что при родах сына Федора (Патриарх Московский Филарет, отец царя Михаила Федоровича) умерла Дарья Ивановна Романова (в 1554 г.). Сыну и всем последующим потомкам она передала некрепкое здоровье. Едва ли слабое здоровье цариц – И.Годуновой, Е.Глинской, А.Романовой можно объяснить интоксикацией металлическими ядами: ртутью, свинцом и мышьяком, как это делает А. И. Танаков (2007). Известно, что в 1559 году А.Романова перенесла какую-то тяжкую болезнь, но поправилась, а в 1560 году, когда разразился большой пожар в Москве, заболела снова и, несмотря на усилия доктора А.Линдсея, 7 августа 1560 г. умерла в возрасте 25-26 лет, как установила экспертиза 1995 года. В ее волосах эксперт обнаружил 4,8 мг ртути на 100 г. навески, но в XV-XVI в. ртуть применялась для лечения, а не только для отравления! Кстати говоря, мышьяка и сурьмы, как в случае Д.Шемяки, например, в волосах и тлене А.Романовой эксперты не нашли... Надо сказать, что высокой витальностью российские цари, императоры и члены их семей, за редким исключением, не отличались, как Людовик XV во Франции или королева Виктория в Англии.

Достаточно сказать, что изобретатель перкуссии Л. Ауэнбруггер (1722-1809) был современником 11 российских императоров и десятих из них пережил! Первый царь из династии Романовых, Михаил Федорович до 29 лет не имел детей



(его первую невесту Марию-Анастасию Хлопову погубила своими интригами мать царя, первая жена, Мария Тимофеевна Долгорукая на другой день после свадьбы (сентябрь 1624 года) слегла и 6 января 1625 года умерла), и только княжна

Евдокия Стрешнева, ставшая его женой в 1624 году родила ему трех сыновей и семь дочерей. Дочери Ирина и Пелагея умерли младенцами, Евдокия и сын Василий в три года. Примечательны горестные слова первого царя – Романова: «Я определен к одним бедствиям!». Похоже, что Романовы навлекли бедствия на всю Россию и они до сих пор не прекращаются... Никто из потомков Михаила Федоровича, включая Петра I, не был долгожителем. Алексей Михайлович Романов имел от первой жены, Марии Милославской 5 сыновей и восемь дочерей. Старший сын Дмитрий умер в 1651 году в «раннем возрасте», умный и талантливый Алексей, которого все и считали наследником, умер в январе 1670 года. После очередных родов ребенок (дочь Евдокия) умер через три дня после рождения, а спустя шесть дней и мать, а через три месяца после смерти матери умер сын – царевич Симеон. Лишь два сына от Милославской, Федор (1661-1682) и Иван (1666-1696) пережили Алексея Михайловича, **но ведь они не перешагнули порога тридцатилетия!** Дети Ивана не дожили до пятидесяти лет. В 1672 году Алексей Михайлович Романов женился на Наталье Кирилловне Нарышкиной, от которой родились Петр I (роды шли трое суток) и две дочери, одна из которых умерла в младенчестве, и царевна Наталья Алексеевна. Алексей Михайлович прожил 47 лет, Наталья Кирилловна – 42 года, Петр – 53 года, чуть за сорок умерла Наталья Алексеевна. В первом



браке, с Евдокией Лопухиной, у Петра Алексеевича было три сына, Павел Петрович умер при рождении, Александр Петрович в возрасте одного года, Алексей Петрович был казнен по приказу

Петра. Второй брак, с Екатериной Скавронской был формально заключен в 1712 году.

В этом браке было 12 детей. Двое умерли сразу после рождения, трое – до года, пятеро – до семи лет. Весьма вероятно, что гинекологический анамнез будущей Екатерины II был осложненным: в 1714 году у нее по какой-то причине прекратились менструации. Проблема существовала около двух лет, потом император отвез жену на курорт и хворь сняло, как по мановению волшебной палочки – Екатерина родила еще пятерых детей! Правда, династию это



не спасло, после смерти Екатерины и Петра II трон оказался в руках случайных людей, к России отношения почти не имевших! Примечательно, что проблемы с женским здоровьем у Екатерины и с «мужским» у

Петра I отнюдь не мешали им развиваться на стороне: Петр имел в подружках Анну Монс (умерла от туберкулеза в 1714 году), а Екатерина утешалась с ее братом, мздоимцем и лихоимцем В. Монсом, которого Петр за коррупцию казнил в 1725 году. По преданию, отрубленную голову бой-френда жены заспиртовал и заставлял ее смотреть на сей страшный «сувенир»! Династическая хилость (ну и, конечно, непобедимая коррупция!) привела к тому,

что мы сейчас живем так «весело»! Невезение, если так можно выразиться, распространялось и на представительниц европейских династий, как только они попадали в Россию: принцесса Шарлотта-Христина-София Брауншвейг-



Вольфенбютельская, ставшая женой сына Петра I, Алексея, в 1714 году родила дочь Наталью (1714-1728), а в следующем году сына Петра (1715-1730), после рождения которого умерла. Находясь на седьмом месяце беременности, принцесса упала и

ощутило ударились «левым боком» о ступеньку лестницы. Через несколько дней боль в боку стала сильной и постоянной. Потом появились слабость, лихорадка, потеря аппетита и жажда.

Теоретически ситуация повторяется как в случае с Вильгельмом II: принцесса доносила плод и родила живого ребенка. Второй версией является предположение о наличии у нее «родовой горячки», родового сепсиса, ведь понятие асептики и антисептики появились спустя полтора столетия! Если Анна Иоанновна и Елизавета Петровна детей не имели, хотя, никто не запрещал им страдать женскими болезнями, то абсолютно



случайная гостя на российском престоле (внучка Ивана V, брата Петра Великого), Анна Леопольдовна, была необыкновенно плодотворной: пятеро детей за шесть лет брака! Ее и арестовали беременной! Примечательно, что на роды сына

(будущий Иоанн VI Антонович) по совету Л.Л.Блюментроста, пригласили повивальную

бабку, некую Энгельбрехт. Повод для волнения был – ребенок был крупным и переносным, а роды продолжались десять часов. Это, вероятно, первым случаем ведения родов у российских императриц специалистом! Примечательно, что дети Анны Леопольдовны, несмотря на тюрьмы и ссылки, кроме убитого (по приказу Екатерины II, кстати говоря) Чекиным и Власьевым Ивана Антоновича, жили долго, а сама Анна Леопольдовна умерла на пятый день после рождения сына Алексея от той же «родильной горячки». Когда мы восхищаемся талантами Екатерины «Великой», необходимо помнить, что она узурпировала престол, царствовать после Елизаветы Петровны по праву должна была Анна Леопольдовна и ее дети. Конечно, этот «хрен» был не слаще екатерининской «редьки»!

«Лечение царей из рода Романовых проходило по тем же правилам, что и лечение их предшественников на московском троне. Хотя в распоряжении Аптекарского приказа было уже много врачей, всё же царь пробовал обыкновенно сначала, а царица с детьми — всегда лечиться домашними средствами, и докторов призывали только тогда, когда приходилось лечь в постель и болезнь большей частью была уже определена. В особенности женская половина царского дворца всячески отгораживалась от рациональной западной медицины и её представителей. Докторов призывали к царицам и царевнам лишь в самых крайних случаях, да и то они не видали самой больной, а слушали да расспрашивали мамок боярынь и давали советы особым бабкам — лекаркам. При царице состояла, кроме того, особая бабка-акушерка. Постепенно влияние времени открыло двери царицыных теремов. Первым царям из дома Романовых пришлось практически заново набирать врачей из-за границы». При царе Михаиле Фёдоровиче (годы правления: 1613–1645) придворными врачами были: Бильс (годы работы: 1615–1633) и Полиданус (1616–1621) из Голландии, английский лейб-медик Дий (1621–1634), снова голландцы Венделинус Сибелист (1633–1645), Пау (1638–1643), Г. Граман (1639–1658) и доктор Белау (1643–1652) из Мекленбурга. Царь особенно доверял доктору Бильсу, оклад которого был равен первым лицам боярской Думы. Бильс лечил царя 18 лет, вплоть до своей смерти в 1633 году. Вот по таланту «самым выдающимся врачом при Михаиле Фёдоровиче был англичанин Артемий

Дий — сын известного математика и врача, любимца королевы Елизаветы, доктора Джона Дия. Артемий Дий изучал медицину в



Оксфордском университете. В 1606 г. начал медицинскую практику в Лондоне. По просьбе царя Михаила Фёдоровича английский король в 1621 г. отпустил доктора Дия в Москву. В Москве ему назначили большое, а вскоре в Москве у доктора

Дия уже был большой каменный дом близ Никитских ворот; на несколько лет он получил в пользование расположенное под Москвою поместье князя Юрия Хворостинина.... В течение 12 с лишним лет доктор Дий, оставаясь в высокой чести у царя, лечил его и его отца — патриарха Филарета. В 1634 г. доктор Дий возвратился на родину, где он удостоился похвалы короля Карла I и стал одним из его лейб-медиков. Умер доктор Дий в 1651 г. При царе Алексее Михайловиче (1645–1676) были приглашены: Энгельгардт (1656–1666 и 1676–1682) из Любека, англичанин Личифинус (1656–1658), английский еврей Коллинс (1659–1667), Томас Вильсон (1666–1668), М. Граман — племянник Г. Грамана (1667–1677), любечане И. Костер фон Розенбург (1667–1676) и сын его Б. фон Розенбург (1673–1675), Л.А. Блюментрост (1668–1677) и польский еврей Гаден (1657–1682). В правление царя Фёдора Алексеевича (1676–1682) при царском дворе служили: прусский уроженец Г. Келлерман (1678–1683), Гутмени — из аптекарей (1669–1682), силезский еврей Зоммер (1653–1684)».

Как видно, врачи прибывали в Россию из разных стран Европы, что зависело от состояния медицинской науки в той или иной стране. «Первенствует медицина в Италии — наши придворные врачи оттуда, растёт наука в Англии — наш лейб-медик из Лондона, догоняет Голландия — наши первые врачи — голландцы. Но постепенно ведущее место в придворной, как и вообще во всей российской медицине, заняли немцы. Врачи немецкого происхождения в очень

короткое время так прочно утвердились в России, что конкуренция с ними сделалась невозможной даже англичанам и голландцам, появившимся в России раньше их», — говорит историк медицины. Однако, врачей приглашали лишь для мужских представителей династии, но уже при Михаиле Фёдоровиче и женские



представители династии становятся доступными для иноземных докторов, особенно для излюбленного лечебного действия — «бросания крови». «Известно, например, что царица Евдокия Лукьяновна (вторая жена

Михаила Фёдоровича) в важных случаях «отворяла жилую кровь» при помощи немецких докторов.

Однако при царице Марье Ильиничне Милославской (первая жена Алексея Михайловича) врач ещё не мог видеть своих пациенток — плотно занавешивали окна, руку больной окутывали кисейей, дабы медик не мог коснуться тела. Но вот 18 февраля 1676 г. царь и Великий князь Фёдор Алексеевич указал «дохтуру» Степану Фунгадину «ходить к хоромам благоверной государыни царицы и Великой княгини Наталии Кирилловны». Вообще, Наталья Кирилловна Нарышкина (вторая жена Алексея Михайловича, мать Петра I) была, по современной терминологии, «продвинутой» пациенткой: она первая начала при болезнях впускать врача «на свои очи», но и то чаще всего это были «узкие» специалисты, такие, например, как Ивашка Губин — «гортанный мастер» (Б.А.Нахапетов, 2005). Однако, прошло ещё много лет, пока дипломированные акушерки и врачи начали оказывать акушерско-гинекологическую помощь «женам русской короны» по всем правилам.

(Продолжение следует)
Н.Ларинский, 2013

Наследственная тромбофилия и беременность: взгляды на профилактику акушерских осложнений.

Репродуктивное здоровье женщин с неблагоприятными исходами беременности в анамнезе определяется множественными факторами, предрасполагающими к развитию осложнений при последующей беременности. Поиск этих факторов с целью их коррекции при планировании беременности включает в себя следующее: обследование на инфекции урогенитального тракта, эндокринное, иммунологическое обследование, выявление пороков развития полового аппарата, исключение хромосомных аномалий. В свете последних исследований в протокол обследования пациенток с отягощенным акушерским анамнезом многие центры в нашей стране и за рубежом включают выявление наследственной тромбофилии. Связь мутации фактора V Leiden, мутации 20210 G→A в гене протромбина, полиморфизма 677C→T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) с осложненным течением и неблагоприятными исходами беременности наиболее активно изучалась в ходе исследований, проведенных за последнее десятилетие.

Успехи молекулярной генетики, достигнутые в течение последних десятилетий, позволили по новому оценить многие факты, связанные с патологией системы гемостаза, включая наследственную предрасположенность к кровотечениям или тромбозам. В 1965 году в медицинскую практику вошло понятие «тромбофилии», т. е. предрасположенности к тромботическим осложнениям. Это понятие было введено О. Egeberg'ом, впервые описавшим наследственный дефицит антикоагулянтного белка антитромбина. В дальнейшем были открыты многие другие мутации в генах, кодирующих факторы системы гемостаза и фибринолиза, и была найдена связь этих мутаций с высоким риском развития тромбозов.

Наиболее выражены изменения в свертывающей системе крови в третьем триместре беременности, когда выявляется повышение VII, X, VIII факторов, фибриногена V, фактора Виллебранда. Наряду с активацией коагуляционного потенциала наблюдается подавление функционирования антикоагулянтной системы крови, в частности

развивается резистентность к протеину С и снижение активности протеина S. В исследовании Donohoe S. и соавт. помимо значительного повышения уровня ф. XIIa, VIIa при нормальной беременности выявлялось повышение комплекса тромбин–антитромбин, фрагментов протромбина F1+2, Д-димера. [6]. В результате в II и III триместрах беременности наблюдается незначительная активация внутрисосудистого свертывания крови. Однако полиморфизмы, предрасполагающие к тромбофилии, обнаруживаются и у здоровых женщин, соматический и акушерский анамнез которых не отягощен. С другой стороны, при наличии отягощенного акушерского анамнеза, в том числе преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, привычного невынашивания, тяжелого гестоза, задержки внутриутробного развития плода не всегда выявляется генетическая предрасположенность к тромбофилии. В связи с этим возникает вопрос — какие патофизиологические механизмы лежат в основе срыва физиологического адаптивного режима функционирования системы гемостаза и переход его к избыточной активации, что влечет за собой нарушения микроциркуляции в различных регионах кровообращения в организме беременной и предрасполагает к развитию акушерских осложнений?

Привычное невынашивание определяется как 2 или более спонтанных выкидышей и встречается с частотой около 5 % у женщин репродуктивного возраста. После исключения всех возможных причин до 20 % повторных выкидышей остаются необъяснимыми.

Эпидемиологические исследования говорят о том, что наследственная тромбофилия матери предрасполагает к развитию патогенетических механизмов этого состояния.

У женщин с наследственной тромбофилией и невынашиванием частым осложнением беременности является отслойка плодного яйца.

В метаанализе данных о тромбофилии и потери беременности сообщается о связи наличия двух или более случаев потери беременности и носительства фактора V Leiden, гомозиготный полиморфизм гена *MTHFR* 677 C/T не подтвержден как фактор риска [3].

Однако есть и противоположное мнение. В ходе двух популяционных исследований, включавших 3020 женщин, у носителей фактора V Leiden не выявлено повышенной частоты невынашивания во II триместре, а также гестоза и задержки внутриутробного развития плода [8].

Неоднозначность результатов наводит на мысль о том, что для оценки степени риска тромбофилии информации только о генотипе недостаточно. Риск, по всей видимости, может быть адекватно оценен только с учетом фенотипических проявлений генетических дефектов, которые проявляются клиническими симптомами тромбофилии и могут быть выявлены при коагулологическом исследовании. Такой подход к оценке риска тромбофилии подтверждается в работе Rai R. и соавторов, где была показана большая связь привычного невынашивания с наличием приобретенной резистентности к протеину С, чем с наличием мутации фактора V Leiden при обследовании 1000 женщин [5]. По мнению Greer I. A., неблагоприятное течение беременности — это проявление материнского фенотипа, которое, как и коагулологические изменения, отражает протромботическую тенденцию при беременности, приводящую к повреждению плаценты [4], что требует обязательного рассмотрения вопроса о предгравидарной подготовке и ведения последующей беременности с применением антиагрегантов и антикоагулянтов.

Необходимо отметить, что антикоагулянтная терапия НМГ должна занять должное место в практике амбулаторного лечения беременных. Эффективность и безопасность данного режима длительного лечения подтверждается как данными отечественных и зарубежных исследователей [7].

Принципиальное значение имеет ранняя коррекция нарушений гемостаза на этапе формирования плаценты, когда закладываются условия для физиологического протекания беременности. Эффективность данного подхода показывают результаты нашего исследования. При применении своевременной коррекции нарушений гемостаза у беременных с невынашиванием в анамнезе беременность достоверно чаще завершается срочными родами, чем при отсутствии данного лечения (91,07 и 72 % соответственно, $p < 0,05$). Патогенетическое обоснование эффективности данной терапии, по-

видимому, состоит в предотвращении тромбоза в плаценте. Интерес представляет тот факт, что тромбозы в плацентарной ткани обнаруживались у женщин с невынашиванием неясного генеза независимо от наличия тромбофилии. Более того, провоспалительные изменения, такие как изменение соотношения цитокинов Т-хелперов 1 и Т-хелперов 2, активация системы комплемента, также выявляются у данной группы пациенток. В связи с этим, Monien S. и соавторы связывают положительный эффект терапии низкомолекулярными гепаринами для профилактики неблагоприятных исходов беременности у женщин с привычным невынашиванием неясного генеза не только с антикоагулянтным, но и с противовоспалительным действием.

Таким образом, коррекция нарушений в системе гемостаза у беременных с тромбофилией в период формирования плаценты до завершения инвазии трофобласта необходима для пролонгирования беременности и профилактики таких отдаленных осложнений, как тяжелые формы гестоза, плацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Литература.

- Зайнуллина М.С. Современные подходы к диагностике, медикаментозной терапии и профилактике акушерских осложнений у женщин с тромбофилией / М.С.Зайнуллина и соавт.// журнал акушерства и женских болезней. — Вып 4. — 2010. — с. 90-96.
- Репина М.А. Особенности течения беременности у женщин с наследственными формами тромбофилии /М.А. Репина и соавт.// Журнал акушерства и женских болезней. — Вып.2. — 2006. — с.3-9.
- Attia J., Dudding T., Infante-Rivard C. Addendum to: The association between adverse pregnancy outcomes and maternal factor V Leiden genotype. A meta-analysis // *Thromb. Haemost.*— 2004. — Vol. 92, N 2. — P. 434.
- Greer I. A. Low molecular weight heparin for pregnancy complications?// *Thromb. Res.* — 2009. — Vol. 123, suppl. 3. —P. 22–25. (25)
- Обзор подготовила ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФДПО Ряз. ГМУ им ак И П Павлова Е. М. Приступа

Партнерские роды. Роль отца.



«Хочу, чтобы он увидел, как я мучаюсь!» - далеко не самый правильный мотив женщины, принявшей решение о партнерских родах. Желание быть вместе в столь ответственный момент, стремление мужчины помочь жене, подкрепленное активным обучением во время дородовой подготовки, – конструктивны и не могут вызывать возражений.

Сегодня партнерские роды – это не только дань моде. Это – потребность, которую испытывают любящие люди, стремящиеся поддерживать друг друга каждую минуту и в любой ситуации.

Конечно, партнерские – это вовсе не значит, что присутствовать при родах должен только муж. На самом деле, это может быть мама, лучшая подруга или другой близкий роженице человек. Задача помощника – помогать роженице в течение всего родового процесса, начиная периодом схваток и заканчивая изгнанием малыша. Партнерские роды с папой – это не только западный подход. История открывает нам роды с отцом в нашей стране еще со времен древних славян. Отец не просто участвовал в родах, а сам принимал ребенка в наш мир.

Считалось, что это завершение создания ребенка. Предки вкладывали в такие роды, в такой

приход ребенка символический смысл. Знали они и о важности присутствия папы для установления связи ребенка с отцом.

Но отец был защитой для ребенка еще и до рождения. Будущая мама укрывалась ночью плащом отца, охраняя ребенка. А днем беременная женщина для защиты надевала пояс мужа. Также для защиты малыша уже после рождения сына пеленали в рубашу отца для того, чтобы ребенок рос здоровым, сильным. Девочку после родов отцовской рубашкой обтирали для обретения не только здоровья и выносливости, но и добра. Папа вместе с мамой общались с ребенком, который пока еще находился в утробе матери, как с уже рожденным.

После родов обрезание пуповины начиналось с перевязывания ее льняной нитью, которая была переплетена с волосами не только матери, но и отца. Одним из послеродовых обрядов было представление ребенка 3-м стихиям природы. И совершал этот обряд именно отец. Он поднимал ребенка в воздух – показывал его Ветру. Он клал малыша на землю – показывал его Земле. Зимой он окунал его в прорубь или омывал водой летом – показывал младенца Воде. Так отец помогал ребенку обрести здоровье. Папа первым вносил ребенка в дом, представляя ребенка домовым и домашнему очагу. Представлял его родным тоже именно папа.

Был исторический период, когда роль отца выпала из самых первых ступеней жизни ребенка. Сегодня важность, необходимость отца с самого начала переживает возрождение. Мужчина должен понимать всю серьезность дела. Для него должно быть понятно, что роды – тяжелый физический труд, сопровождаемый болью, иногда страхом, кровью и т.д. Если он был на седьмом небе от счастья, узнав, что жена беременна, если все 9 месяцев он жил с животом «в обнимку», если каждый вечер выслушивал сердцебиение и радовался, как ребенок, видя, что его малыш шевелится, можно не волноваться – все пройдет хорошо. И если мужчина вместе с женой посещал курсы

подготовки к родам то за такого «отца» можно не переживать.

Находящийся постоянно рядом с женой в первом периоде родов родной человек может очень помочь женщине успешно справиться со всеми трудностями в минуты и часы томительного, полного тревоги ожидания.

В перерывах между схватками женщине надо расслабиться и отдохнуть. Присутствие рядом мужа, который уверен в своей жене, не суетится может быть как нельзя кстати. Его задача – развлечь роженицу разговором, пошутить, подбодрить. Пока схватки еще не очень часты, с разрешения врача можно походить с женой по коридору, помочь ей принять душ.

Мужчина вместе с женщиной считает частоту дыхания, отмечает время схватки, делает массаж, охраняет ее покой во время релаксации. Томительные часы ожидания появления ребенка при этом не кажутся такими бесконечными. Во время второго периода – периода изгнания, продолжающегося от двадцати минут в случае повторных родов до двух часов, если женщина рождает впервые, начинается активная работа роженицы. Томительное ожидание закончилось.

Возможность мужчины в этом периоде родов быть полезным минимальна. Предпочтительнее чтобы он стоял у головы роженицы, говорил ласковые слова, гладил, поддерживал за плечи. Лучше, если женщина при этом не будет видеть его лица, на котором отражается очень сложная гамма чувств, часто негативных (волнение, тревога, страх и т. п.). Иногда сильные, волевые мужчины приходят в отчаяние из-за того, что помощь их так пассивна.

В третьей стадии родов происходит рождение плаценты, однако мать уже все внимание сосредоточила на ребенке. Очень важно, чтобы ее радость уже в самые первые мгновения общения с младенцем разделял муж.

Присутствие отца при рождении его ребенка – это некое экзистенциальное потрясение, воздействующее на все сферы личности человека: эмоциональную, когнитивную, поведенческую. Когда мужчина через глубокое сопереживание жене становится причастным к факту рождения, проживает происходящее вместе с ней – в это время рождается не только ребенок, в этот момент, в психологическом смысле, рождается Отец.



Какое б решение вы не приняли, собираясь рожать, помните, что оно должно быть обдуманым и обоюдным. Только в таком случае возможно хорошее течение родов и счастливая семейная жизнь в будущем. Легких вам родов, мамы и папы!



Лузгина Юлия
Студентка 5 курса факультета клинической
психологии Ряз ГМУ им. И.П.Павлова

«Культурный центр Рязанской области» – г.Скопин.



«Культурный центр Рязанской области» - так называют скопинский край. Музеи, известный на всю страну молодежный театр, гончарный промысел – гордость скопинцев, красивейшие храмы и монастыри – здесь действительно есть, что посмотреть и есть о чем рассказать.

Легенд о происхождении Скопина несколько. И вот самые интересные... Согласно одной из них, свое название город получил от птицы Скопы, которая вила гнездо на вершине сухого исполинского дуба, торчавшего возле оврага. Овраг тянулся с востока на запад вдоль будущей южной окраины Скопина. По преданию, скопа имела такую громадную силу, что одним взмахом крыла могла убить человека, после чего с жадностью пила его дымящую кровь. Эта птица теперь является символом города и изображена на гербе Скопина.

По другой легенде название своё селение получило от скопа разбойников, обитавших в этих местах. Ещё одну версию происхождения названия города выдвинул известный ученый-географ П. П. Семенов-Тянь-Шанский. По его предположению сюда бежали и здесь скапливались жители разоренных татарами русских колоний на Дону.

Последнее предположение как-то лежит на поверхности и безвестный автор описания города в 1826 году, не удержавшись, написал, что «по изысканиям департамента о вотчинах, он принадлежал прежде как степь или как поле, дикое пастбище князьям Скопиным ...», но

достаточных аргументов к этому приведено не было.

Лично мне, коренной жительнице этого города, больше нравится первая легенда. И именно о ней нам в свое время рассказывали в школе. Кстати, скопы до сих пор обитают на рязанщине, на территории мещерского заповедника, и входят в список охраняемых птиц.



Город Скопин в письменных источниках (платежных книгах города Рязьска по Пехлецкому стану) впервые упоминается в 1597 году - это и принято теперь за формальную дату основания города. Однако, в "Списке Русских городов дальних и ближних", созданный между 1387-1392 годами, среди городов Рязанской Земли рядом с городками Вердерев, Дубок, упоминается и городок Ломихвост (птицу скопу, от которой происходит название города, иначе диалектно называли ломихвостом за то, что при атаке на рыбу над водой она резко тормозит и ее хвост при торможении визуально "ломается"). Так что весьма вероятно, в этом списке идет речь именно о Скопине. В этом случае город Скопин на самом деле значительно старше, чем принято считать. А вообще, как свидетельствуют археологические исследования, укрепленное поселение ("Лихарево городище") близ города существовало уже в XII веке (5 км выше по реке Верде, на ее левом берегу). Чуть дальше, на реке Проне, существуют Маклаковские курганы со славянскими захоронениями IX века. Там же располагалось и укрепленное валами, окруженное с трех сторон рекой Проней, городище славян (это место сейчас называется "Журавлиный Луг" - там и по сию пору останавливаются журавли). В летописях сохранились упоминания о старинных городах Печерники и Вердерев, которые сейчас являются сравнительно близкими к Скопину селами. Под Печерниками было крупное сражение с татарами.

Владельцами с. Вердерево был известный род дворян Вердеревских. Рядом с г. Скопин расположены старинные села - Секирино, Побединка, Чулково, Вослебово, Дмитриево, Княжое, Князево, названия которых напоминают о древних сечах, известных в русской истории витязях и князьях.



На территории района обнаружены и стоянки доисторических охотников каменного века, найдены их каменные топоры, скребки, наконечники стрел. Все эти находки можно увидеть своими глазами в Скопинском краеведческом музее. Он работает в городе с начала прошлого века!

Южная часть территории района лежит в местности, известной в XII веке как Половецкое Поле. Город Скопин был заложен как укрепленный форпост перед Степью для обороны от нашествий кочевников и как опорная крепость, "острожок". В свое время он входил в состав Рязско-Рановской засеки, которая тянулась далее вплоть до г. Шацка и составляла в длину более 300 км.

Дмитриевский монастырь был одним из важных ее опорных пунктов. Близ города засечная черта проходила по Козьему болоту, рекам Верда, Быстрик, Песоченка, по балкам у села Вослебово (или, как раньше писали, Вослеба). Засечных черт на Руси было несколько. Это были сложные сооружения, по линии которых создавались завалы в лесах, на безлесных участках, - устраивали валы, рвы, палисады; мастерски использовались и природные препятствия - реки, балки, болота. Эти препятствия задерживали отряды степняков, часто нападавших внезапно, "изгоном", и пограбив, также молниеносно с пленниками и добычей утекавших в Степь. В ключевых местах засечных черт обычно ставили города и "острожки" с конными гарнизонами порубежников, охранявших границу.

Для охраны русских рубежей в окрестности города Скопина переселялись стрельцы, что отразилось в названиях близлежащих сел: Стрелецкая Дубрава, Стрелецкое и др. Многочисленным в Скопинском районе еще и в XIX веке было сословие однодворцев, - потомков военного сословия порубежников, основным занятием которых была защита границы Руси. В годы Отечественной войны 1812 года в Скопинском уезде был создан третий пеший казачий полк (2400 человек) и ополчение (655 человек). Возглавлял ополчение уездный предводитель дворян Михаил Лихарев и подпоручик Воинов. В составе Рязанского ополчения скопинцы прошли всю Европу. В 1914-1918 гг. только призыв запасных и ратников по Скопинскому уезду составил девять тысяч человек.

В 1917 г. в городе Скопине была установлена Советская власть. Начало тридцатых годов стало поворотным этапом в развитии всего сельского хозяйства. Он связан с созданием новых форм собственности - колхозов и совхозов.

С началом Великой Отечественной войны сельскохозяйственное производство района полностью подчинилось требованиям военного времени. С 25 по 28 ноября 1941 года был оккупирован немецко-фашистскими войсками.



26518 скопинцев и жителей района (практически каждый взрослый мужчина) воевали на фронтах Великой Отечественной. И нет в городе семьи, в которой не было бы своей Военной Истории. Еще в детстве моя бабушка рассказывала о том, как город жил в

войну, как они, тогда еще подростки, пекли хлеб из лебеды (сорная трава, растущая в полях), как прятались по кустам от немцев, разъезжающих по городу на мотоциклах. И долгие годы спустя после войны бабушка имела привычку всегда держать мешки с мукой и крупами (на черный день),



готовила много и никогда не разрешала оставлять на тарелке даже крошку хлеба, ругала нас, внуков, за легкомысленное отношение к еде. Мой дед прошел всю войну и встречал ее окончание в Берлине. И он всегда плакал, если по телевизору показывали военные фильмы или парад Победы. Всегда. И вместе с ним слезы лились и у всех остальных членов семьи. Подлинный патриотизм проявил в борьбе с врагом скопинец Федор Полетаев. Он родился в с. Катино Скопинского уезда Рязанской губернии (ныне Скопинский район) в бедной крестьянской семье. Рано осиротел. Учился в церковноприходской школе. Юношей работал на торфоразработках близ Павловского Посада Московской области. Служил в Красной Армии. После армии работал кузнецом в родном селе. Перед войной Федор Полетаев с семьей жил в деревне Петрушино неподалеку от районного центра Горлова и был призван на фронт в августе 1941 г.

Летом 1942 г. в боях на среднем Дону он попал в плен. Был в фашистских лагерях Польши, Югославии, Италии. В 1944 г. вместе с двумя военнопленными совершил побег из лагеря и присоединился к итальянским партизанам. Сражаясь под именем Федора Поетана, являет пример мужества и отваги. В отряде партизан его называли русским богатырем, «Гарибальди нашей эпохи». 2 февраля 1945 г. во время одной из карательных операций фашистов у поселка Канталупе разгорелся ожесточенный бой. Партизаны оказывали упорное сопротивление, но силы были неравными. Тогда Полетаев поднялся во весь рост и, стреляя на ходу из

автомата, бросился вперед, вызывая огонь на себя. Ошеломленные каратели остановились, но этого было достаточно, чтобы партизаны, вдохновленные подвигом русского богатыря, ринулись в атаку. Враг был изгнан. В этом бою, спасая жизнь своим товарищам, погиб Ф.А. Полетаев. Герой был похоронен со всеми почестями на кладбище в местечке Рокетта, позже его прах был торжественно перенесен на генуэзское кладбище «Стальено».

16 марта 1947 г. Ф. Полетаев был удостоен высшей награды Италии – Золотой медали «За воинскую доблесть» и медали Гарибальди – Национальный Герой Италии. Долгое время Ф. Полетаев оставался неизвестным героем, т.к. его фамилия была искажена партизанским писарем и записана на «итальянский манер» - «Поетан». Только в 60-е годы по найденным фотографиям и документам было доказано, что национальным героем Италии является не кто иной, как рязанский колхозный кузнец и советский воин-гвардеец Федор Андрианович Полетаев. Звание Героя Советского Союза ему было присвоено 26 декабря 1962 г. посмертно.

24 декабря 1970 г. в Рязани, на улице, носящей имя героя, открыт памятник Ф.А. Полетаеву. В Италии ему также установлены памятники и построено нефтеналивное судно «Федор Полетаев».

14 тысяч скопинцев остались на полях сражений. 29 скопинцев стали Героями Советского Союза (в том числе женщина-летчик А.Ф. Акимова – уроженка с. Петрушино Скопинского района), 6 – полными кавалерами ордена Славы.



Противотанковые рвы, в огромном количестве появившиеся в годы войны, вы можете увидеть в Скопине и по сей день в микрорайоне АЗМР. Мой дом находится недалеко от них и в детстве мы часто в них играли и бегали среди

образовавшихся многочисленных оврагов. Сейчас здесь, у противотанковых рвов, стоит памятник, посвященный освободителям города от немецко-фашистских захватчиков. Ведь именно Скопин был первым городом, освобожденным нашими войсками в ходе наступления под Москвой в 1941 году. Скопин также является первым советским городом, который был освобожден и уже не был более



отдан врагу. Надо сказать, что скопинцы очень чтят своих освободителей: встречи с ветеранами 84-ой Отдельной морской стрелковой бригады (ОМСБ) Амурской флотилии (именно они очистили город от немцев) в годовщины

освобождения города проводились 50 лет (!), вплоть до середины 1990-х годов. Большую организаторскую роль в этом играл руководитель местного совета ветеранов войны и труда М.Е.Селезнев.

В ноябре 2001 года, в честь 60-летия освобождения нашего города от оккупантов, у здания железнодорожного вокзала был возведен памятник из белого мрамора воинам 84-ой ОМСБ - освободителям г. Скопина.

После окончания войны скопинцы приступили к мирному труду. В то время неуклонно росла промышленность, набирало силу сельское хозяйство, в районе развернулось крупное строительство. К концу 50-х годов Скопинский

район становится важным промышленным центром Рязанской области. В районе действует стекольный, машиностроительный, асфальтовый и кирпичный заводы. Сейчас главный работодатель в городе – это скопинский автоагрегатный завод «САЗ» - крупнейший российский производитель оригинальных стоек, амортизаторов и газовых упоров в России. По статистике, более 70% амортизаторов, эксплуатирующихся на отечественных легковых автомобилях в России и странах СНГ сегодня, произведены скопинцами.



В последние годы город сильно изменился, расстроился. Люди, не бывавшие здесь несколько лет, с трудом узнают его. Разве что дороги по-прежнему ужасные. Очень насыщенную культурную жизнь ведет город, отмечает праздники, юбилеи на главной площади города у Дворца культуры. На подобные мероприятия обычно собираются все скопинцы семьями, гуляют до ночи, танцуют и веселятся, радуясь традиционному салюту. А так как в городе все друг друга знают, то праздники проходят еще веселее.



Процветает самодеятельность, есть несколько музыкальных групп, танцевальная школа радует своими шикарными концертами (на них ежегодно собирается весь город),

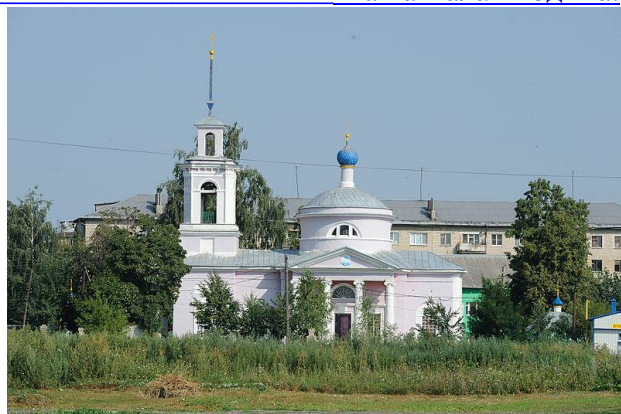
а народный театр «Предел» известен не только в России, но и за рубежом.



Режиссер театра Владимир Дель часто ездит со своими потрясающими спектаклями в Европу, не говоря уже о нашей стране. Не каждый уездный театр может похвастаться таким количеством достижений, премий и наград, как скопинский.



Ну и, конечно, гончарный промысел до сих пор процветает. Скопинская художественная керамика – уникальный и очень своеобразный народный промысел, история которого насчитывает около 400 лет. Своим возникновением промысел обязан глине, залегающей в больших количествах в окрестностях города Скопина. Глиняная посуда в местах, где позднее появился город Скопин, делалась еще во времена Киевской Руси. Образцы скопинской керамики можно встретить и в Русском музее, и в столичных салонах, многократно и с успехом они экспонировались за границей: в Париже и др. На сайтах фабрики Скопинской художественной керамики (www.skopinker.narod.ru, www.skopin-keramika.ru) можно познакомиться с лучшими произведениями современных авторов.



Приезжайте в Скопин летом! Обязательно побывайте на российских соревнованиях по мотокроссу, которые ежегодно проходят в Скопине в июле.



Посетите красивейшие местные монастыри и храмы, в том числе Церковь Николая Чудотворца, объект культурного наследия, построенную еще в 19 веке, Церковь Георгия Победоносца в Старых Кельцах, возрожденную Церковь Сретения Господня, построенную в 18 веке (объект культурного наследия федерального значения), Свято-Дмитриевский Скопинский мужской монастырь и др.



Внештатный корреспондент Татьяна Мухамедова.

Памятник в Рязани - «Грибы с глазами».



«У нас в Рязани грибы с глазами, их едят, а они глядят». Наряду с Кремлем и Есениным эта поговорка давно стала символом города, чем и воспользовались рязанские власти, сделав из поговорки брэнд. В честь дня рождения Рязани, ей исполнилось 918 лет, в городском парке установили памятник знаменитым глазастым грибам. Отлитая в бронзе композиция включает в себя похожего на лешего боровика с бородой, рядом грибочки поменьше, компанию им составляют небольшие животные и насекомые, которые водятся в рязанских лесах. Кроме того, на «Грибах с глазами» можно и отдохнуть, так как композиция совмещена со скамейкой.

Авторы скульптуры: Горбунов В. Б. и Горбунова П. Б. расположена она в городском парке, в просторечье «Наташкин парк» за филармонией.



Идея увековечить "грибы с глазами" возникла у рязанских властей несколько лет назад. В 2011 году выбрали победителей конкурса на лучший проект скульптуры. Ими стали супруги Василий и Полина Горбуновы, которые и изваяли необычный "символ города". Власти не исключают, что скоро парк пополнится и другими «грибно-глазастыми» композициями.

Кстати, мало, кто знает, откуда пошла известная поговорка. А одна из легенд гласит следующее...

В 14 веке монах Русской церкви преподобный Сергей Радонежский приехал в Рязань уговаривать местных князей объединиться с московскими. Проезжая Рязанские ворота в город (сейчас Троицкий монастырь напротив ТЦ «Барс»), он увидел монахов с повозкой. «Куда путь держите, братья, и что в повозке у вас?» - спросил преподобный Сергей. «А мы в монастырь едем, грибы везем» - отвечают монахи. Приподнял подол накидки у повозки – а там девушки спрятаны, только лежат глазами моргают. «А у вас в Рязани-то, я посмотрю, грибы с глазами. Их едят, а они глядят» - усмехнулся преподобный Сергей.

Насколько история имеет правдивые корни, сейчас не выяснить. Однако поговорка в нашем краю имеет небывалую популярность. Предприимчивые торговцы продают наклейки, майки и сувениры с этой надписью. А вот гости Рязани могут теперь сделать совершенно бесплатные фотографии рядом с памятником глазастым грибам.

Т Мухамедова

ВЫШЕЛ **НОВЫЙ** ЙОГУРТ
СО ВКУСОМ ЙОГУРТА И
С КУСОЧКАМИ КУСОЧКОВ

В кинотеатре.

— *Врач! В зале есть врач?*

— *Я врач!*

— *Что за фигню нам показывают, коллега?*



Реаниматолог — это врач, который расклеивает ласты...



- **Я должен вас предупредить, что чрезмерная активность в постели может иметь смертельный исход!**

- **Пусть умирает, ещё раз женюсь!**

Психолог:

— **А Вы попробуйте разнообразить вашу с@ксу@льную жизнь с мужем. Например переоденьтесь в любимого им персонажа из онлайн игр.**

Пациентка:

— **Ну, и где я возьму костюм танка?!**



Фраза доктора: "До свадьбы заживет!"

- сильно удивила 80-летнюю старушку, но зажгла блеск в её глазах!



- **Доктор, вы, наверное, мне эти таблетки прописали для того, чтобы я сильнее стал, не так ли?**

- **Да, а в чем дело?**

- **Я пузырек никак открыть не могу!**



- Доктор, как моё состояние?
- Будем закапывать...
- В могилу?
- Нет, пока капли в уши!...

Самый
страшный зверь
- женщина,
сидящая на
диете, в
критические
дни и
бросающая
курить...



10 отличий врача:

1. К нам на шею вешаются не женщины/мужчины, а стетоскопы...
2. Мы что-то обещали Гиппократу...
3. Мы первыми узнаем о новых тенденциях в женском белье (да и в мужском тоже)...
4. Все вокруг в дерьме, а мы в белом...
5. Мы регулярно кого-то теряем...
6. Мы умеем выписывать то, что в аптеке прочитать не могут...
7. Спирт мы не только пьем, но и протираем им ягодицы других людей...
8. На Западе мы бы получали в 100 раз больше
9. Как может нам о многом рассказать...
10. Если мы заболеем, то к таким как мы обращаться не станем...

- Тужьтесь, больная, тужьтесь!

- Послушайте, доктор - а вы уверены, что аппендицит так выйдет?



Врач: - Прочтите нижнюю строчку...

Мужик:

- Не могу! .

Врач:

- Э, батенька, да у вас близорукость...

Мужик:

- Зашибись! Всю жизнь был неграмотный, а теперь еще и близорукость.



Психиатр поздравляет своего пациента с прогрессом в лечении.

- И это вы называете прогрессом???

Шесть месяцев назад я был

Наполеоном, а сейчас - никто...

С сайта www.inpearls.ru

Номер подготовили:

**Главный редактор, а также художественное оформление Николаев С. Н.,
технический редактор Решетилова А. В.**

Редакционная коллегия: А. В. Маркин, Е. М. Приступа, Н. В. Прудан, В. В. Сидоренко.

**Отдельно редакционная коллегия благодарит за предоставленные материалы
главного врача санатория «Солотча» Николая Ларинского, внешних
корреспондентов Татьяну Мухамедову и Екатерину Кожевникову.**

Фотоматериалы подготовлены: Николаев С. Н., Т. А. Мухамедова

В номере так же использованы материалы интернет сайтов www.rmj.ru www.mediaryazan.ru, www.inpearls.ru,

Спонсорами данного выпуска являются:

заведующие отделениями ГБУ РО «Городская клиническая больница №8»

**С. В. Бондаренко, В. П. Ананьина, С. Н. Николаев, С. Н. Каминская, Д. И. Исаев,
и заместитель главного врача В. В. Громова.**

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