

однако функционально тесно взаимосвязаны: билирубин, образующийся при распаде эритроцитов в селезенке, переводится гепатоцитами в желчные пигменты. Паренхимы как таковой в красной пульпе селезенки нет: эритроциты выходят из венозных синусоидов и заполняют тканевые щели окружающей стромы, составляя красную пульпу. Эритроциты «протискиваются» сквозь решетку ретикулярных клеток и старые клетки при этом разрушаются. Биофильтры всех трех органов содержат макрофаги. Они входят в состав эндотелия печеночных синусоидов (купферовские клетки) и макрофагальных муфт вокруг эндотелия «кисточковых артериол», приносящих кровь в красную пульпу селезенки. Ее белая пульпа «разбросана» в обширной красной пульпе в виде мелких очагов-вкраплений вокруг пульпарных артерий и их ветвей. Сходно устроена паренхима ЛУ: его лимфоидная ткань также окружает ветви трабекулярных артерий, но, в отличие от селезенки, окружена и пронизана лимфатическими синусами. Получается, что роль гепатоцитов в биофильтрах селезенки и ЛУ исполняют лимфоциты, хотя и в разных, органоспецифических структурах. Макрофаги во всех этих трех органах в той или иной мере оказываются посредниками или промежуточными звеньями в структурно-функциональной организации биофильтра.

ОТКРЫТОСТЬ КАК НОРМА ЖИЗНИ: ПРИМЕНИМО ЛИ ЭТО ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ?

Фаршатов Р.С.

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Уфа, e-mail: rasulanesth03@mail.ru*

Изменения, которые произошли во многих сферах общественной жизни, привели к существенному пересмотру ряда ранее казавшихся неизбежными постулатов. Среди пошатнувшихся под влиянием перемен «столпов» можно назвать свойственную ранее многим государственным институтам закрытость. Провозглашенные в последние годы руководством нашей страны принципы открытости государственных структур были подхвачены многими общественными и политическими институтами, возникшие при этом существенные изменения в общественном сознании продолжают по сей день, делая с каждым днем открытость нормой жизни [1].

Тем не менее остается одним из самых консервативных институтов общества и по-прежнему продолжает оставаться здравоохранение. Не подлежит сомнению факт определенной обоснованности консерватизма медицины и здравоохранения, в частности, многие принципы и правила которой написаны, как это принято говорить, «кровью», тем не менее в услови-

ях меняющейся общественной формации система здравоохранения должна реагировать на различные вызовы, должна быть «гибкой».

Одна из самых высоких степеней закрытости характерна для реанимационных отделений, в которых пациенты изолированы от своего близкого окружения. «Закрытость» всегда порождает различные мифы, несказанное и неуиденное домысливается. В «Независимой газете» от 2008 года Елизавета Алексеева в статье «Человек в реанимации» рассказывает о том, как изолированы пациенты в реанимации, не забывая про долг журналиста поведать, что информацию о состоянии больного можно получить только за «материальную подпитку» врачей или медицинских сестер. Автор статьи с достаточной точностью описывает отношения определенной части наших коллег к посетителям в реанимационном отделении: «только мешают, да и заразу приносят». В публикации также указывается, что решение вопроса с посещением больного в реанимации сводится чаще к принципу «проще не пускать, чем каждый раз готовить больного к визиту близких» [2]. Кроме того, автор приходит к заключению, что имеет место ограничение прав и свобод гражданина в период нахождения в отделении реанимации.

В другой публикации (газета «АиФ Здоровье») приводится более взвешенный подход к анализу рассматриваемой проблемы, приводятся аргументы «за» и «против» [3]. Пациенты отделения реанимации находятся в одной большой палате, без разделения по половому признаку и без одежды, родственникам других больных будет весьма неприятно, если их близкие предстанут в таком виде перед посторонними людьми. Там же отмечается, что ограничение посещения больных связано не только с защитой больного от возможного заноса инфекции посетителями, но и с целью защитить самого посетителя. Действительно, психика обычного среднестатистического посетителя не всегда готова к восприятию такого вида близкого человека – с шестью дренажами, торчащими из живота, желудочным зондом, катетером в мочевом пузыре, да еще и с интубационной трубкой в горле. Кроме того, пациент и его окружение нередко колонизированы или инфицированы опасными микроорганизмами с высокой степенью устойчивости к антимикробным средствам, что создает угрозу не только для посетителей, но и их домочадцев, особенно пожилых и детей.

Следует заметить, что в зарубежной практике на самых различных уровнях активно обсуждается открытость реанимаций для посетителей и активное участие близких в принятии решений, касающихся пациента. Имеются научные исследования описательного характера, научные обзоры, мнения экспертов, и даже рекомендации научно-практических сообществ, таких как American College of Critical Care Medicine,

свидетельствующие о пользе открытости отделений реанимации. Справедливости ради, однако, следует заметить, что среди зарубежных авторов помимо сторонников посещения больных в реанимации, имеются и противники такого подхода. Сторонники «открытости» считают полезным для пациентов получение психологической поддержки от близких им людей. Для членов семьи больного, в свою очередь, важно иметь полноценную и актуальную информацию о состоянии близкого человека и иметь возможность воочию убедиться в состоянии дел. Порою визит родственников может быть полезен медицинским работникам, поскольку родственники пациентов способны предоставить ценную дополнительную информацию о состоянии больного, что может быть полезно для диагностики и лечения (например, непереносимость лекарственных средств). Присутствие близких также требуется для совершения ряда юридических процедур, таких, как получение добровольного информированного согласия на вмешательство.

Опросы пациентов и их близких свидетельствуют о положительном отношении к посещению больных в реанимации. В одном зарубежном рандомизированном контролируемом исследовании, посвященном исходам и безопасности лечения больных получены данные, свидетельствующие в пользу открытой стратегии, поскольку при этом снижался уровень тревожности больных, становился оптимальным гормональный ответ на стресс – и, как следствие, авторы отмечали снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и летальности больных.

Таким образом, имеется серьезный общественный посыл для изменения отношения к вопросу посещения больных в отделениях реанимации. Становится очевидным, что информационный вакуум вокруг медицины критических состояний и отчетливое желание журналистов найти «оборотней в белых халатах» будут только способствовать формированию негативного имиджа ответственного здравоохранения. Вместе с тем, не следует слепо копировать состояние дел за рубежом в отечественную действительность. Необходимо принимать во внимание отечественный менталитет, индивидуально подходить к каждому конкретному случаю исходя из медицинских и социальных позиций. Вполне очевидно, что изменения назрели, но они должны происходить обдуманно, чтобы не получилось наше фирменное «хотели как лучше, а получилось как всегда».

Список литературы

1. Белов С. Чтобы люди власть понимали [Электронный ресурс]: Российская газета. № 5950 от 30 ноября 2012 г. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/11/30/rabota.html>, свободный. Загл. с экрана. Дата обращения 05.06.2014 г.
2. Алексеева Е. Человек в реанимации [Электронный ресурс]: Независимая газета. Режим доступа: http://www.ng.ru/health/2008-05-22/12_reanimatsia.html, свободный. Загл. с экрана. Дата обращения 05.06.2014 г.

ng.ru/health/2008-05-22/12_reanimatsia.html, свободный. Загл. с экрана. Дата обращения 05.06.2014 г.

3. Отделение реанимации, или Почему нельзя навещать тяжелобольных? [Электронный ресурс]: АиФ Здоровье. 07 февраля 2013 г. Режим доступа: <http://www.aif.ru/health/life/40298>, свободный. Загл. с экрана. Дата обращения 05.06.2014 г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хворостухина Н.Ф., Новичков Д.А., Столярова У.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов, e-mail: khvorostukhina-nf@ya.ru

Распространенность панкреатита у беременных колеблется от 1:1000 до 1:12000, увеличиваясь со сроком гестации и числом родов в анамнезе. Развитие данной патологии при беременности осложняется в 58% наблюдений преждевременными родами, что непосредственно отражается на показателях перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель: Провести анализ особенностей клинического течения острого панкреатита при беременности.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 43 беременных с диагнозом: острый панкреатит (основная группа). Группу сравнения (n = 35) составили небеременные женщины с панкреатитом. Всем женщинам проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, в том числе УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования: Возраст больных варьировал от 22 до 35 лет. Срок гестации при поступлении беременных в стационар находился в пределах от 4 до 37 недель. Во второй половине беременности диагноз панкреатита устанавливался в 7-10 раз чаще, по сравнению с первым триместром беременности: при сроках гестации 22-31 неделя заболевание диагностировано у 32,1% больных; а в интервале 32-37 недель – у 44,1% беременных.

Детальное изучение анамнеза беременных не позволило выявить возможные причины развития заболевания почти у половины обследуемых. В связи с этим, у 48,9% больных основной группы случаи заболевания панкреатитом классифицировали как идиопатические. В большинстве наблюдений (37,2%) беременные связывали появление симптомов заболевания с погрешностью питания. У 5 женщин основной группы (11,6%) острый панкреатит развивался на фоне ОРВИ. И только у 3 беременных установлена связь заболевания с приемом алкоголя (2,3%). Совершенно иная структура причин острого панкреатита прослежена в группе сравнения. Нарушения диеты отмечали более половины больных (51,4%), в 13 раз чаще по сравнению с группой беременных констатировано злоупотребление алкоголем (31,4%), у 3 женщин