

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

(8,6%) причиной развития панкреатита послужило отравление лекарственными веществами.

При сочетании беременности и панкреатита длительность заболевания до госпитализации в стационар чаще всего превышала 12 часов. В основной группе 60,5% беременных обратились за медицинской помощью спустя 13-24 часа от начала заболевания. Необходимо отметить, что 35 женщин основной группы (81,4%) после обращения к врачу женской консультации или вызова «Скорой помощи» были госпитализированы в акушерско-гинекологические или инфекционные отделения больниц с направительными диагнозами: «Угроза прерывания беременности»; «Токсикоз I половины беременности»; «През-клампсия»; «Кишечная токсикоинфекция».

При поступлении в стационар во всех случаях больные с острым панкреатитом предъявляли жалобы тошноту и рвоту. Боль в эпигастральной области, а также типичную иррадиацию боли всегда отмечали лишь пациентки группы сравнения. При сочетании панкреатита и беременности в каждом четвертом случае (25,6%) болевой синдром был либо невыраженный, без четкой лока-

лизации, либо отсутствовал вовсе. На «опоясывающий» характер боли указывали только 9,3% беременных. Вздутие живота в основной группе выявлялось в 3,5 раза реже в сравнении с небеременными женщинами, при этом данный симптом был характерен лишь для I половины гестации. Диарея прослежена у половины беременных с острым панкреатитом (48,9%) и у 26 больных группы сравнения (74,3%).

Заключение: Таким образом, анализ особенностей течения острого панкреатита в сочетании с беременностью и при отсутствии ее свидетельствует о схожести симптомов заболевания в группах. Однако, сам факт беременности, варибельность симптоматики, идентичность ее другим острым хирургическим нозологиям и акушерской патологии, довольно высокий процент безболевого форм панкреатита (25,6%), несвоевременность обращения беременных за медицинской помощью и зачастую непрофильная госпитализация создают определенные сложности в постановке правильного диагноза, удлиняя время начала патогенетической терапии.

Материалы конференции

«Проблемы безопасности, моделирование и прогнозирование экономических процессов» ИЗРАИЛЬ 25 апреля - 2 мая 2014 г.

Химические науки

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ Г. ОРЕНБУРГА ПО НЕКОТОРЫМ ХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

¹Шабанова С.В., ¹Баширов В.Д., ²Сагитов Р.Ф.,
¹Смирнов В.Г., ¹Голофаева А., ¹Сердюкова Е.,
¹Угленков А.

¹ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», Оренбург,
e-mail: daskina@bk.ru

²ОАО «Научно-исследовательский и проектный институт экологических проблем», Оренбург,
e-mail: rsagitov@mail.ru

Вода жизненно необходима людям. Суточная потребность взрослого человека составляет около 2,5 л. Организму очень важно получать чистую воду со сбалансированным минеральным составом. Существуют основные показатели качества питьевой воды. Их условно можно разделить на группы [1, 4, 5]:

1. Органолептические показатели (запах, привкус, цветность, мутность).

2. Токсикологические показатели (алюминий, свинец, мышьяк, фенолы, пестициды).

3. Показатели, влияющие на органолептические свойства воды (рН, жесткость общая, нефтепродукты, железо, марганец, нитраты, кальций, магний, окисляемость перманганатная, сульфиды).

4. Химические вещества, образующиеся при обработке воды (хлор остаточный свободный, хлороформ, серебро).

5. Микробиологические показатели.

Территория г. Оренбург административно разделена на четыре района: Дзержинский, Ленинский, Промышленный и Центральный. Питьевой водой жителей города снабжают следующие водозаборы [2]:

– Новосакмарский водозабор – обеспечивает 50% подачи воды в город – в основном этой водой пользуется Дзержинский р-он города. Эту воду можно назвать одной из лучших в Оренбурге, соответствующей санитарным нормам и правилам (по данным ООО «Оренбург Водоканал»).

Вторую половину города обеспечивают остальные шесть водозаборов, качество воды которых вызывает очень большое число жалоб:

- «Нефтемаслозавод»;
- «РТИ»;
- «Бёрды»;
- «Уральский открытый»;
- «Оренбург-1»;
- «Южно-Уральский».

В 2012 году водоканал закрыл водозабор «Оренбург-2» и перебросил в его прежнюю зону работы воду с Новосакмарского водозабора.

– Южно-Уральский водозабор – обеспечивает потребности жителей центральной и вос-