

ются также в виде утолщения стенок бронхов и сближения их между собой.

Пройодимость трахеобронхиального дерева не нарушена. Стенки бронхов уплотнены.

Определяются единичные увеличения до 10,0 мм аортпульмональный лимфоузел.

Определяется акцент верхних отделов междолевой плевры слева. В плевральных полостях жидкости не выявлено.

Имеются плевродиафрагмальные и плевроркардиальные спайки.

СРКТ-заключение: «Хронические дегенеративно-диструктивные изменения обоих легких со смешанного типа эмфиземой верхних долей обоих легких – обострение». **Функция внешнего дыхания, 07/05/2009:** «Вентиляционные нарушения обструктивно-рестриктивного типа, 3 (третьей) степени».

Изменения ФВД имеют ту же характеристику, как в выше приводимом реферате – (*нарушения функции внешнего дыхания преимущественно рестриктивного характера, уменьшение диффузионной способности легких*).

Вследствии недиагностики радиационного пневмонита, больной А.С., в Чернобыле, на первом этапе заболевания, не получил этиопатогенетического лечения. Более того, больной продолжал находиться в зоне радиации, не знал о своем заболевании, что способствовало формированию радиационного хронического пневмонита.

Впоследствии в истории течения болезни, больного А.С., пошли непростительные ошибки, по принципу «*снежного кома*». Каждый последующий врач к изначальному диагнозу добавлял свой диагноз – выявленный тот или другой синдром пневмонита, наблюдаемый на этом этапе развития болезни. Рентгенологический диагноз «пневмония», и «*бронхопневмония*» врачами воспринимался как «*эффект ранней фокусировки*», обострения пневмонита, возможно и по причине вторичного инфицирования, и, воспринималась, как самостоятельная патология – пневмония (в правом легком, а затем в левом). Даже в клинике, как в отделении терапии, так и в отделении аллергологии были «*подставки*» – извращение, передергивание, искажение, переименование, пневмонита в долгий, сложный диагноз – «*Бронхопневмония, хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочное сердце*», тогда как это синдромы осложнения хронического пневмонита. Лечение отдельных синдромов обусловленных пневмонитом изначально неэффективны или малоэффективны. Прием жаропонижающих антибиотиков, и др. препаратов лечения инфекционной пневмонии, привело к усилению тяжести пневмонита и способствовало формированию пневмофиброза.

Больной А.С., в 2009 году, прошел полный курс медикаментозного лечения с последующей

спелеотерапевтической рекреацией; выписался со значительным улучшением.

Больной А.С. находился на медицинском контроле в центре «Бнабужутюн» в течении последующих трех лет. С хорошим результатом лечения, в 2010, 2011, 2012 годах, больной повторил системное лечение, в том числе спелеотерапевтическую рекреацию. Продолжал медикаментозный контроль, принимал антиоксиданты и общеукрепляющие препараты.

В связи с достигнутым успехом и стойкой стабилизацией состояния, больной был выписан из центра Бнабужутюн и, направлен на медицинский контроль по месту жительства.

25/04/2014 году больной поступил в состоянии обострения пневмонита. Причиной обострения пневмонита стали сеансы радиационной терапии рака простаты.

При поступлении – картина фиброзирующего альвеолита: крепитация над нижними полями обоих легких; нарастающая одышка физического напряжения; резкое ухудшение общего состояния. Медикаментозное лечение, пульс-терапия стероидами оказали не выраженный положительный эффект. На фоне планового медикаментозного лечения, по просьбе больного, была разрешена спелеотерапия. Больной находится под контролем врачей МЦ «Бнабужутюн»...

ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА. СООБЩЕНИЕ VIII. СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОАНАТОМИЯ БИОФИЛЬТРОВ В РАЗНЫХ ОРГАНАХ

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Печень и селезенка имеют общее с лимфоузлом (ЛУ) в функциональной морфологии – представляют собой биофильтры на путях оттока венозной крови / лимфы. Паренхима печени и селезенки в разной степени контактирует с венозными синусоидами: печеночные балки или тяжи гепатоцитов перемежаются с печеночными синусоидами в печеночных дольках, мнимые селезеночные тяжи Бильрота – с венозными синусоидами в красной пульпе селезенки. Микроциркуляторное русло печеночных долек и красной пульпы селезенки имеет органности строения в его афферентном звене: кровь поступает в печеночные синусоиды по ветвям печеночной артерии и воротной вены, а в селезеночные синусоиды – только по ветвям селезеночной артерии. Афферентное звено устроено однотипно в обоих органах – собирательная вена, в печеночных дольках она получила название центральной вены. Также по разному устроены и функционируют как биофильтр паренхима печени и красная пульпа селезенки, которые

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,