

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БРОНХОЭКТАЗА ЛЕГКИХ

Шералиев К.С.

Доц. Университет Алфраганус Кафедра “Медицина” модул анатомия.

E-mail: kambaralisheratiev@gmail.com

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15203184>

Ключевые слова: легкие, бронхоэктаз, гладкая мускулатура, обструкция, бронх, цилиндрический, варикозный, китозный, дыхательный путь, фиброз, артерия, панбронхит, хронический.

Актуальность: Среди патологии дыхательной системы существенное значения имеет бронхоэктатические болезни легких. Бронхоэктазы лёгких чаще всего рассматриваются при оценке общих окончательных точек различных заболеваний, что могут привести к хроническому воспалению лёгких.

Цель работы: Изучить особенности, а также дать морфологическую оценку патологическому расширению бронхов. Провести сравнительную оценку видов данной патологии.

Материалы и методы исследования: Бронхоэктазы- стойкая патологическая дилатация одного или нескольких бронхов, содержащих хрящевые пластинки и слизистые железы, с разрушением эластического и мышечного слоев бронхиальной стенки. Данный процесс происходит во время хронической инфекции и воспаления дыхательных путей. Бронхоэктазы также характеризуются легкой или умеренной обструкцией дыхательных путей. Бронхоэктазы могут быть **врожденными** (2-3% в всех диффузных заболеваниях легких) и **приобретенными**. Приобретенные бронхоэктазы развиваются при бронхоэктатической болезни и хроническом бронхите. Различия между двумя легочными заболеваниями определяются по характерному для бронхоэктатической болезни внелегочному симптомокомплексу и степени выраженности дилатации бронхов.

По морфологическим характеристикам бронхоэктазы бывают 3 видов: цилиндрические, варикозные, кистозные. При цилиндрической или тубулярной форме просвет бронхов расширен по всей длине и по отношению к легочной артерии, создавая симптом перстня с печаткой. В бронхах мелкого калибра при данной патологии наблюдается панбронхиолит. Морфологически расширенные бронхи сближены друг с другом, во многих случаях может наблюдаться большое количество мутного секрета. Микроскопический в полости бронхоэктаза обнаруживается гнойный экссудат, содержащий микробные тела и слущенный эпителий. Покровный эпителий представлен базальными клетками, очагами полипоза и плоскоклеточной метаплазии. Базальная мембрана гиалинизирована, имеет гофрированный вид. Обнаруживаются дистрофия и разрушение хрящевой пластинки бронха, атрофия и разрушения мышечного и эластического слоев, склероз и диффузная гистиолимфоцитарная воспалительная инфильтрация всех слоев стенки бронхоэктаза с примесью полиморфно-ядерных лейкоцитов. В прилежащей легочной паренхиме обнаруживаются поля фиброза, очаги обструктивной эмфиземы легких. Наблюдаются очаговые утолщения и истончение стенок бронха. Варикозные или веретенообразные бронхоэктазы имеют неровные контуры стенки, чередующиеся расширением и

сужением просвета бронхов, как и при варикозном расширении вен, что в конечном итоге приводит к деформации луковичеобразной формы. Варикозная бронхоэктазия — промежуточным этапом перед развитием сильно расширенных кистозных дыхательных путей. Данный морфологический подтип в чистом виде является довольно редким, всего около 10 % всех бронхоэктазов. При кистозных или мешотчатых бронхоэктазах бронхи постепенно увеличиваются в диаметре, пока не переходят в крупные кистоподобные мешочки в паренхиме легких. Эта форма бронхоэктазов вызывает наибольшее поражение трахеобронхиального дерева. Внутрибронхиальное давление, повышающееся во время кашлевых толчков, воздействуя на измененную при хроническом воспалении бронхиальную стенку, ведет к ее выбуханию в сторону наименьшего сопротивления, просвет бронха расширяется и образует данный подтип патологии. Стенки бронхов состоят только из фиброзной ткани — хрящ, эластичная ткань и гладкая мускулатура отсутствуют. Кистозные бронхоэктазы нередко можно спутать с пузырьками эмфиземы, однако различием является то, что бронхоэктазы имеют более толстую стенку и сопровождаются аномалиями в проксимальных отделах дыхательных путей. При всех видах бронхоэктазов увеличивается число бронхиальных артерий, что способствует поддержанию воспаления, развитию грануляционной ткани и фиброзу. Увеличение просветов бронхиальных вен приводит к увеличению шунта слева направо. Описывается также увеличение числа анастомозов между бронхиальными артериями и ветвями легочной артерии с развитием ретроградного кровотока.

Вывод: Таким образом важно различать подтипы бронхоэктаз, для лучшего и правильного постановления диагноза, а также знать морфологические проявления, и свойства каждого вида данной патологии. Осложнения бронхоэктатической болезни может стать причиной смерти больного.

Foydalanilgan adabiyotlar /Используемая литература/References:

1. Патологическая анатомия. Пауков В.С. ГЭОТАР –Медиа 2020 г. 665 стр.
2. Патологическая анатомия. Струков А.И. Серов В.В. ГЭОТАР –Медиа 2015 г. 880 стр.