

## ХРОНИЧЕСКИЕ ОБСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

*Бобоерова Хайитой Учқуновна*

*Термезский филиал Ташкентской медицинской академии*

**Резюме:** Ряд заболеваний легких характеризуются нарушением функции легких, нарушением проходимости дыхательных путей, затруднением выдоха. Среди этих заболеваний легких особое место занимают хронический бронхит, особенно бронхиолит, эмфизема легких, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь и вызывают весьма специфические анатомические изменения. В этой статье представлена информация о заболеваниях хронической обструктивной болезни легких.

**Ключевые слова:** обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, кашель, периацинар, эмфизема.

Распространенность хронической обструктивной болезни легких растет во всем мире. В том числе в 1995 году в США эмфиземой болели 12,5 миллионов детей и 1,65 миллиона человек. По мере взросления человека риск развития этого заболевания увеличивается. В том числе в Узбекистане им затронуто 3-6% лиц в возрасте до 10 лет и 24,1% в возрасте до 70 лет. Это свидетельствует об актуальности заболевания. В Узбекистане по количеству заболеваний органов дыхания населения занимает первое место. За последние 10 лет уровень заболеваемости неспецифическими заболеваниями легких увеличился в 2,5 раза. Число госпитализированных больных с пульмонологическими заболеваниями превысило количество госпитализированных больных с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями. 52% обращений амбулаторно, 63% обращений за неотложной медицинской помощью, 33% госпитализаций.

Хронический бронхит – хроническое воспаление стенки бронхов, которое обычно начинается в крупных бронхах или мелких бронхах диаметром не менее 2 мм. Основным признаком бронхиолита в хронических бронхах является гиперсекреция слизи. Этиология и патогенез. Курение сигарет, загрязнение воздуха диоксидом азота, диоксидом серы и частицами пыли играют роль в возникновении хронического бронхита. На них можно повлиять прямо или косвенно. При опосредованном воздействии яда они слепят слизистые железы нейрогуморальным путем, вызывая гиперсекрецию слизи. В основе гиперсекреции слизи лежит гиперплазия слизистых желез и

превращение эпителиальных клеток воздухоносных путей в бокаловидные клетки. В месте гиперсекреции слизи появляются слизистые пробки, закупоривающие дыхательные пути. Слизь в мелких бронхах может привести к их полной закупорке, и из-за развития эмфиземы они становятся еще более закупоренными. Меньшую роль в развитии хронического бронхита играют микробная инфекция и аденовирусы. Клинические проявления заболевания зависят от обструкции дыхательных путей. Характерен кашель с выделением большого количества мокроты. На начальных стадиях заболевания вентиляционная функция легких не нарушается. Однако по мере усугубления процесса начинается одышка, возникают гипоксия и гиперкапния, которые приводят к возникновению цианоза, плохо насыщающего кислородом кровь. В то же время хроническая гипоксия вызывает необратимую вазоконстрикцию легких, а легочной ткани – сердечную недостаточность (легочное сердце). Наряду с цианозом может начаться правожелудочковая недостаточность, появиться чихание в организме.

Везикулярная эмфизема легких. По современным представлениям, везикулярная эмфизема легких — органическое заболевание легких, характеризующееся резким расширением воздухопроводящих структур легких дистальнее терминальных бронхиол. Это заболевание продолжается с разрушением барьеров между альвеолами. Внезапный отек легких следует отличать от везикулярной эмфиземы. При покое и внезапном раздувании легких объем воздушных пространств в дыхательном отделе легких увеличивается за счет эластичности стенок альвеол без признаков деструкции. При эмфиземе выделяют четыре основных типа эмфиземы в зависимости от локализации болезненного процесса: 1) центроацинарную (центролобулярную), 2) панаацинарную, 3) периацинарную (парасептальную, субплевральную), 4) иррегулярную (перифокальную, рядом с рубцом). эмфизема. Данная классификация отражает то, что структурно-функциональная единица легочного респираторного процесса располагается в пределах рабочей ацинуса отдела. Ацинус состоит из респираторных бронхиол, альвеолярных ходов и альвеол всех порядков.

Центролобулярная (центроацинарная) эмфизема характеризуется обострением заболевания в центральной части ацинуса, то есть в респираторных бронхиолах. В то же время на ранних стадиях заболевания дистальные отделы ацинуса остаются интактными, то есть неповрежденными. По мере ухудшения процесса дистальные альвеолы

расширяются, а их стенки разрушаются. Для этого вида эмфиземы характерно усиление процесса в верхних отделах легких. Центролобулярная эмфизема чаще наблюдается у мужчин, курящих, а иногда и некурящих. При панацинарной эмфиземе повреждается весь ацинус, альвеолы и альвеолярные ходы увеличиваются в равной степени. При этом эрозируются и стенки альвеол. По мере развития процесса он приобретает диффузный характер. Считается, что панацинарная эмфизема вызвана генетическим дефицитом ингибирующего вещества альфа-1-антитрипсина. Этот тип эмфиземы чаще встречается у пожилых людей.

Периацинарная (парасептальная или субплевральная) эмфизема характеризуется поражением периферических отделов ацинарной стенки. Процесс располагается в субплевральной области и по ходу перегородок между долями легких (рис. 37). Этот тип эмфиземы носит ограниченный характер и редко изменяет функцию легких. Этот тип эмфиземы иногда вызывает появление буллезных пузырей непосредственно под плеврой, такие пузыри могут лопаться. плевральной полости и вызывают пневмоторакс у молодых людей. Из четырех описанных выше типов эмфиземы чаще встречаются центролобулярная эмфизема и панацинарная эмфизема, в основе которых лежит хроническая обструктивная болезнь легких. При этом виде эмфиземы, особенно в начале центролобулярной эмфиземы, бронхита и бронхиолита, также имеет значение курение сигарет.

Использованная литература:

1. Клинические рекомендации и Хроническая обструктивная болезнь легких / Российское респираторное общество. –2018.–76 с.
2. Малявко Н.С. Выявление обострений хронической обструктивной болезни легких в амбулаторно-поликлинической практике / Н.С. Малявко, Н.О. Шаты // Российский семейный врач. –2018. -Нет. 22. –С.18-22.
3. Остроумова О.Д. Хроническая обструктивная болезнь легких и коморбидные сердечно-сосудистые заболевания: взгляд с позиций рекомендаций / О.Д. Остроумова // Consilium Medicum. –2018. -Нет. 20 (1). – С.54–61.
4. Синопальников А.И. Н
4. Кокс Дж. У. Измерение функционального статуса при ХОБЛ: обзор доступных методов и их возможности в первичной медико-санитарной помощи / Дж. У. Кокс Дж. В. // Prim Care Respir J. –2011–No. 20. –269–75p.