

**Болезни органов дыхания:
классификация. Острые
пневмонии. Обструктивные и
рестриктивные заболевания
легких (ХНЗЛ). Опухоли бронхов
и легких.**

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Болезни верхних дыхательных путей (носа, носоглотки, гортани, трахеи, внелегочных бронхов)
 - Воспалительные (ринит, синусит, фарингит, ларингит, тонзиллит)
 - Опухоли (ангиофиброма носоглотки, инвертированная папиллома, плазмоцитома, эстезионейробластома, полип голосовой складки, папилломатоз гортани, рак носоглотки, гортани).
2. Болезни легких
 - Острый бронхит, пневмонии
 - Поражение легких сосудистого происхождения (отек, РДСВ, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт легкого)
 - ХНЗЛ
 - Ателектаз и коллапс
 - Опухоли

2 вида диффузных поражений легких – обструктивные и рестриктивные.

- Обструктивные процессы затрагивают воздухоносные пути и характеризуются увеличением сопротивления для прохождения воздуха вследствие частичной или полной обструкции на любом уровне (эмфизема, хронический бронхит, бронхоэктазы, бронхиальная астма)
- Рестриктивным процессам свойственно уменьшенное расширение паренхимы легких при вдохе - сниженная жизненная емкость легких (РДСВ, ИБЛ, пневмокониозы,...)

Пневмонии -

группа воспалительных заболеваний, различных по этиологии, патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям, характеризующаяся преимущественным поражением респираторного отдела легких

Принципы классификации острых пневмоний:

- Этиология
- Нозология и патогенез
- Клинико-морфологические проявления
- Первичная локализация в структуре легочной ткани
- Распространенность поражения легочной ткани
- Топография
- Характер поражения

Клинико-морфологические виды острых пневмоний:

- Крупозная пневмония (долевая лobarная, плевропневмония)
- Бронхопневмония (очаговая пневмония)
- Интерстициальная (межуточная)

Крупозная пневмония -

острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором поражается одна или несколько долей легкого (легких).

Возбудитель —

- Пневмококки 1-3 и 7 типов,
 - *Klebsiella pneumoniae* (палочка Фридлендера)
- (реже — стафилококки и др. из-за лек.изменчивости)

Стадии крупозной пневмонии:

- Стадия прилива (1 сутки)
- Стадия красного опеченения (2-3 сутки)
- Стадия серого опеченения (4-6 сутки)
- Стадия разрешения (9-11 сутки)





Общие изменения при крупозной пневмонии

- Дистрофия паренхиматозных органов
- Гиперпластические изменения селезенки, костного мозга, лимфоузлов
- Нарушение гемодинамики в органах (напр., отек, полнокровие, головного мозга)

Осложнения:

- ЛЕГОЧНЫЕ
 - карнификация
 - абсцесс легкого
 - гангрена легкого
 - эмпиема плевры
- ВНЕЛЕГОЧНЫЕ
 - гнойный медиастинит
 - перикардит
 - перитонит
 - метастатические гнойники в органах
 - гнойный менингит
 - тромбо-язвенный эндокардит
 - гнойный артрит



Рис. 11,3. Карпификация легкого при крупозной пневмонии.
Ткань доли легкого темно-красная, мраморного вида.



Бронхопневмония -

воспаление легких очагового характера,
развивающееся в связи с бронхитом.

Основные возбудители:

1. Инфекционные

- пневмококки,
- стафилококки,
- стрептококки,
- патогенные палочки (синежнойная, протей, эшерихия, легионеллы и др.)
- вирусы
- микоплазма
- грибы

2. Неинфекционные

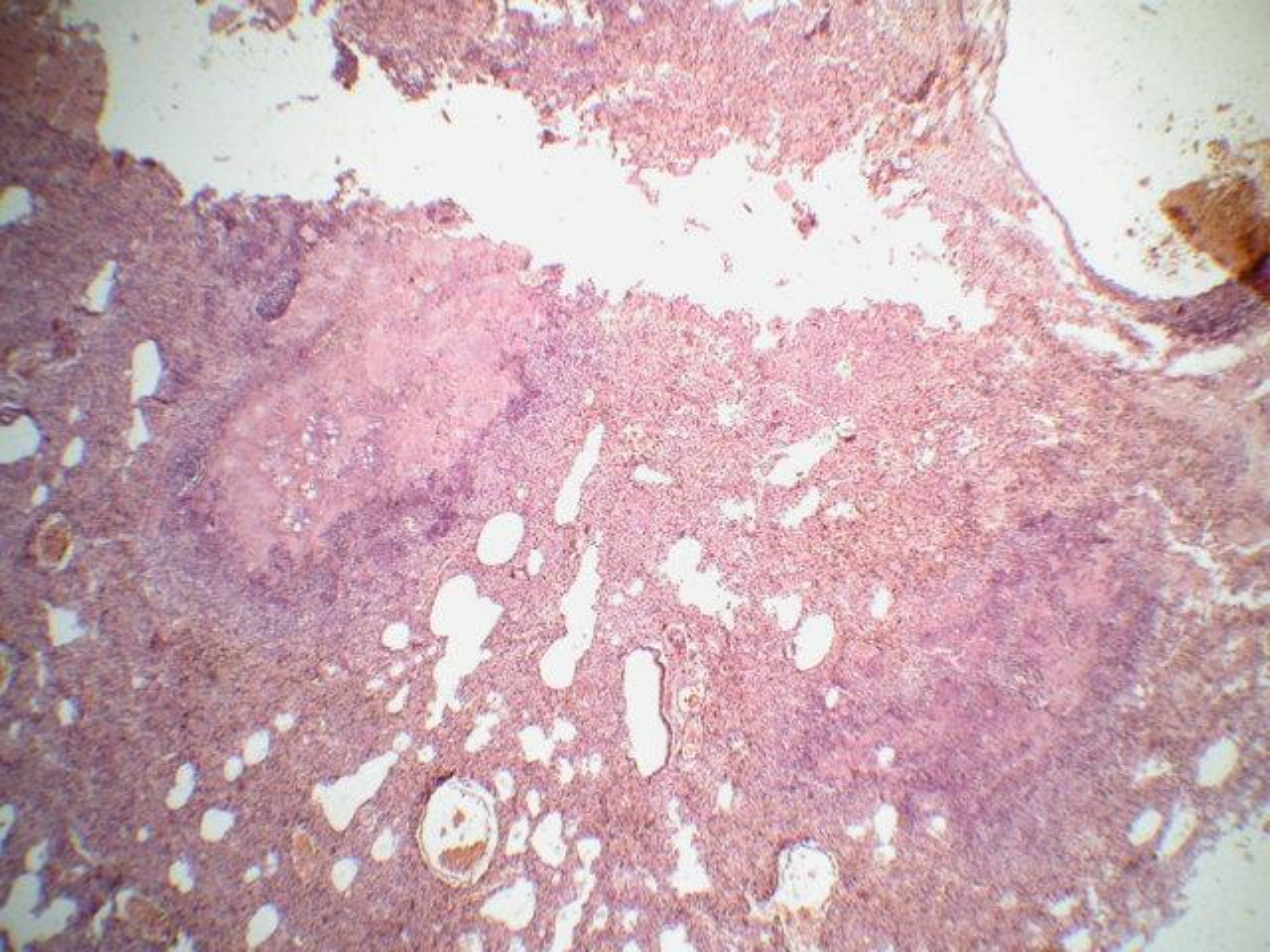
- физические(радиация), химические факторы (уремия, пылевые факторы)

Основные черты бронхопневмонии:

- Обязательное наличие воспалительных изменений бронхов (бронхиол)
- Очаговый характер воспаления легочной ткани
- Разноплановый тип поражения (очаги разного размера, различный тип экссудата, могут быть ателектазы, эмфизема и др.)
- Локализация в задне-нижних отделах







При выздоровлении от острой пневмонии в легком:

- Изчезновение возбудителя,
- Рассасывание расплавление и отторжение экссудата,
- Регенерация ткани легкого.

Наиболее частая причина смерти при бронхопневмониях:

Легочные осложнения гнойного характера (абсцессы, эмпиема)

Острая межуточная пневмония -

- пневмония, характеризующаяся развитием острого воспаления в межуточной ткани легкого.

Наиболее частая этиология –

- вирусы,
- микоплазма,
- пневмоцисты,
- хламидии,
- патогенные грибы.

Основные микроскопические особенности острой межуточной пневмонии:

- воспалительный инфильтрат в межуточной ткани легкого,
- чаще продуктивный характер воспаления,
- возможно вторичное образование экссудата в просвете альвеол,
- в исходе пневмонии возможен фиброз.

ХНЗЛ

- 1) хронический бронхит
- 2) бронхоэктазы
- 3) эмфизема легких
- 4) бронхиальная астма
- 5) хронический абсцесс
- 6) интерстициальная болезнь легких (ИБЛ)
- 7) пневмофиброз (пневмосклероз, пневмоцирроз)

Хронические обструктивные заболевания легких

Патология	Локализация	Основные Изменения	Этиологич. факторы	Основные симптомы
Хронический бронхит	Бронхи	Гиперплазия слизистых желез и признаки гиперсекреции слизи	Курение табака, аспирация загрязненного воздуха	Кашель, отделение мокроты
Бронхоэктазы	Бронхи	Дилатация воздухоносных путей и рубцевание	Стойкие или тяжелые инфекции	Кашель, гнойная мокрота, лихорадка.
Бронхиальная астма	Бронхи	Гиперплазия гладких мышц, гиперсекреция слизи, воспаление	Иммунологические или неизвестные причины	Эпизодический стридор. Кашель, одышка
Болезнь мелких воздухоносных путей, бронхиолит	Бронхиолы	Поствоспалительное рубцевание, облитерация	Курение табака, аспирация загрязненного воздуха и др.	Кашель, одышка
Эмфизема	Ацинусы	Расширение воздухоносных пространств, деструкция стенок альвеол	Курение табака	Одышка

Основные морфологические виды хронического бронхита:

1. Хронический слизистый
(слизисто-гнойный)
2. Хронический полипозный
3. хронический деформирующий



Приобретенные бронхоэктазы -

расширение бронха в виде мешка или цилиндра, связанное с кашлевым толчком.

Связано чаще всего с:

- обструкцией бронхов опухолью, инородными телами, слизистыми пробками;
- некротизирующей пневмонией (вызванной микобактерией туберкулеза, стафилококками или смешанной микробной флорой)



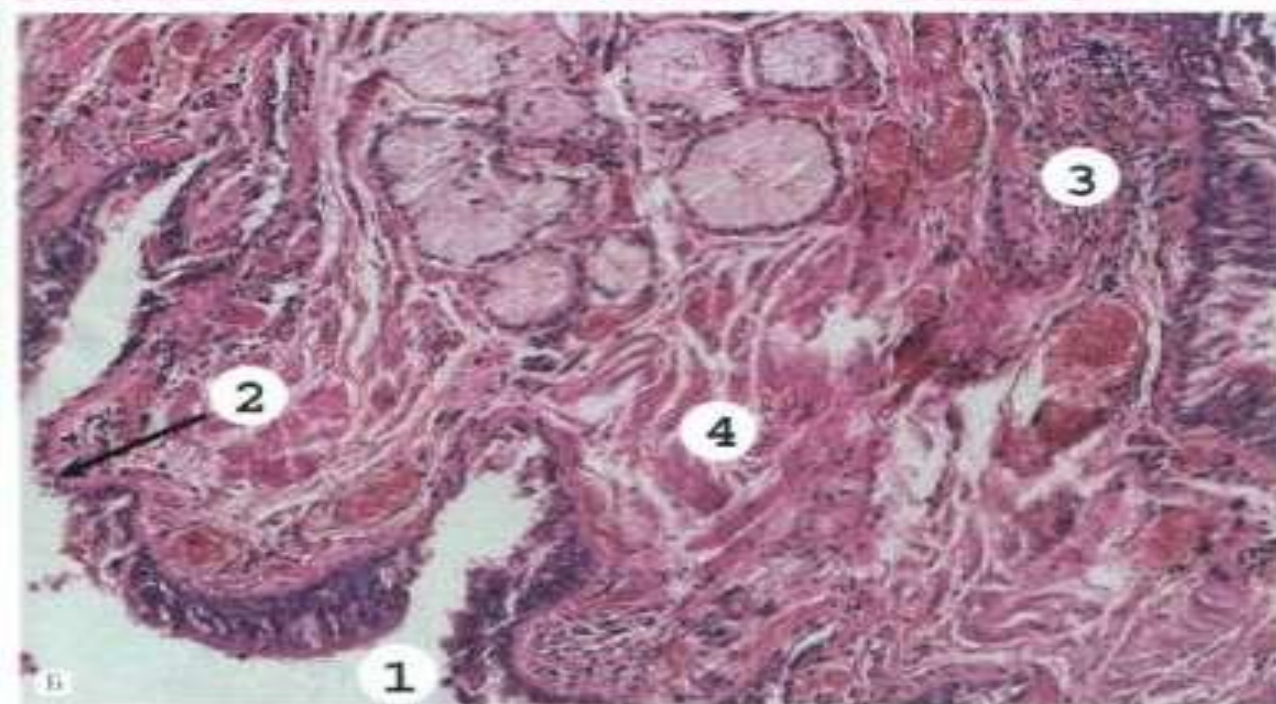
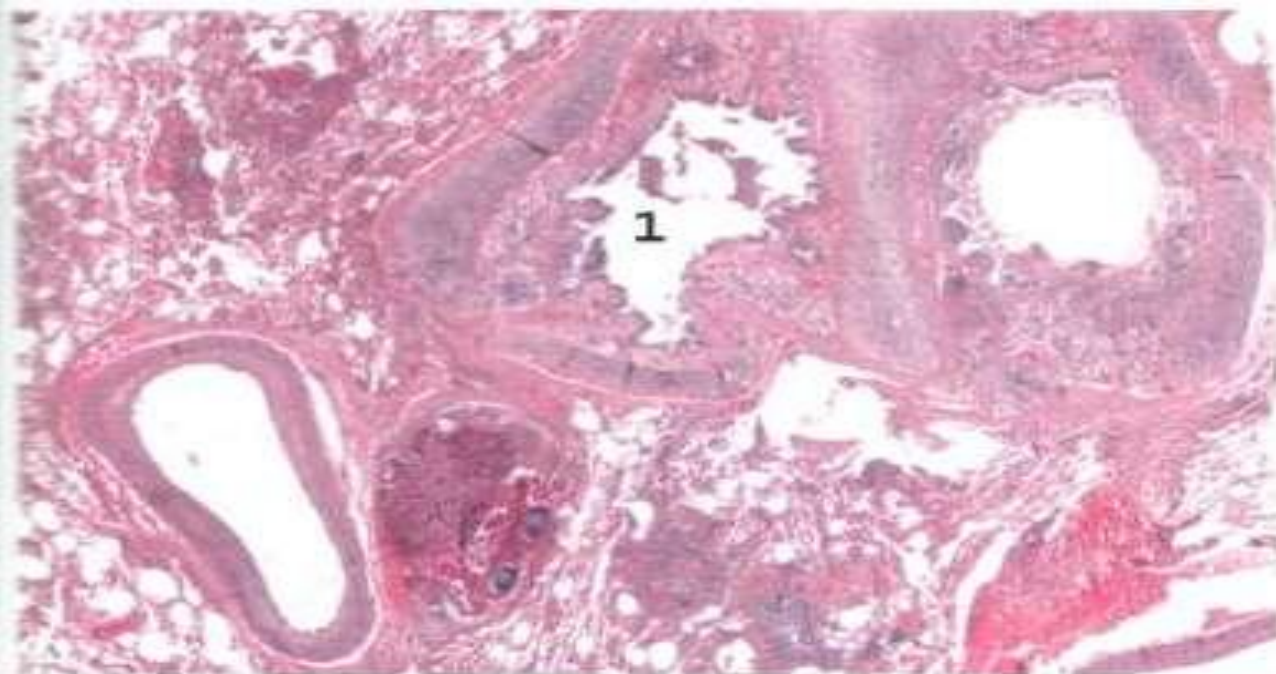


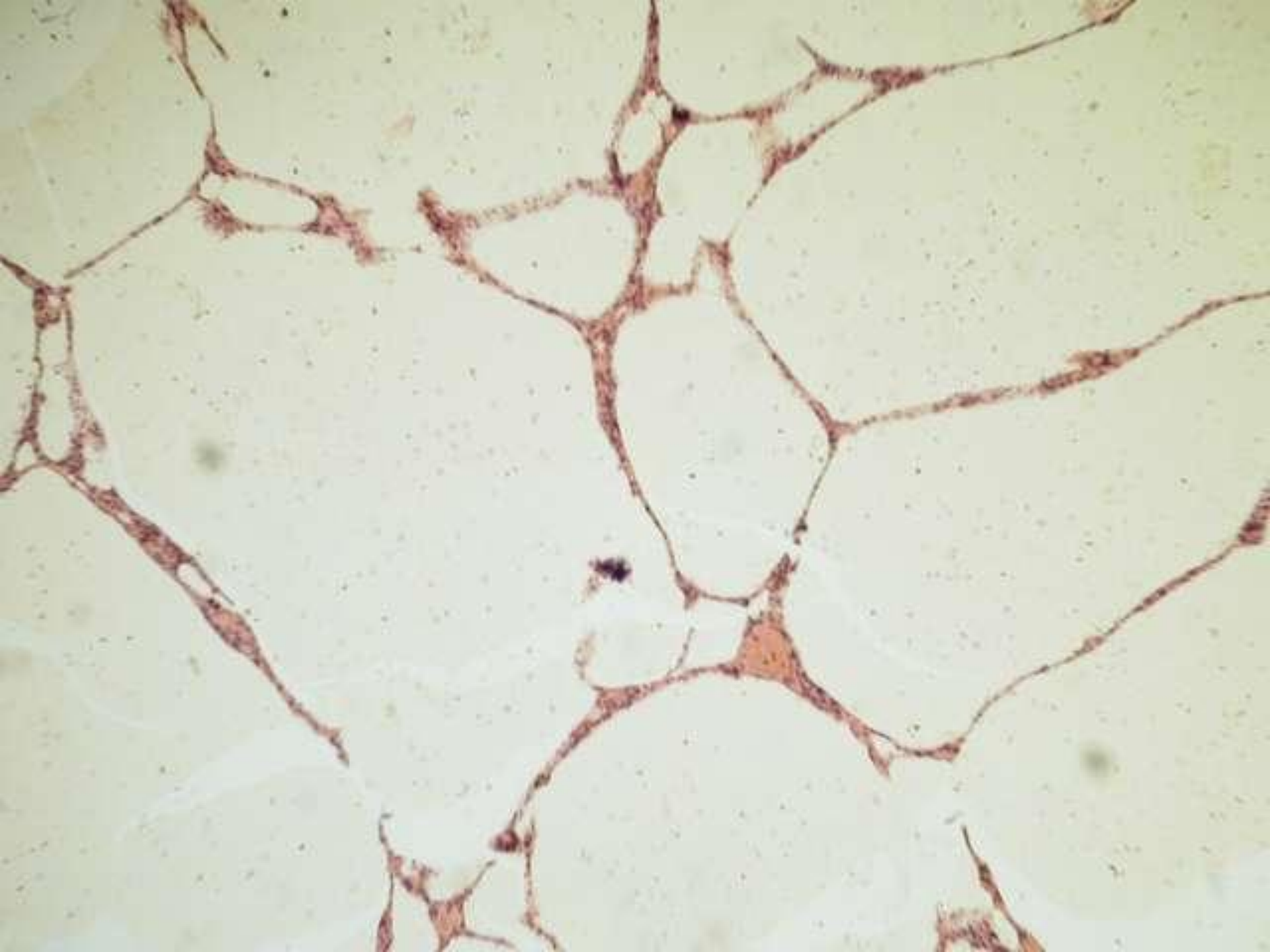
Рис. 11.10. Бронхоэктазы

Эмфизема легких – патология, характеризующаяся избыточным содержанием воздуха в легких с увеличением их размеров. Виды:

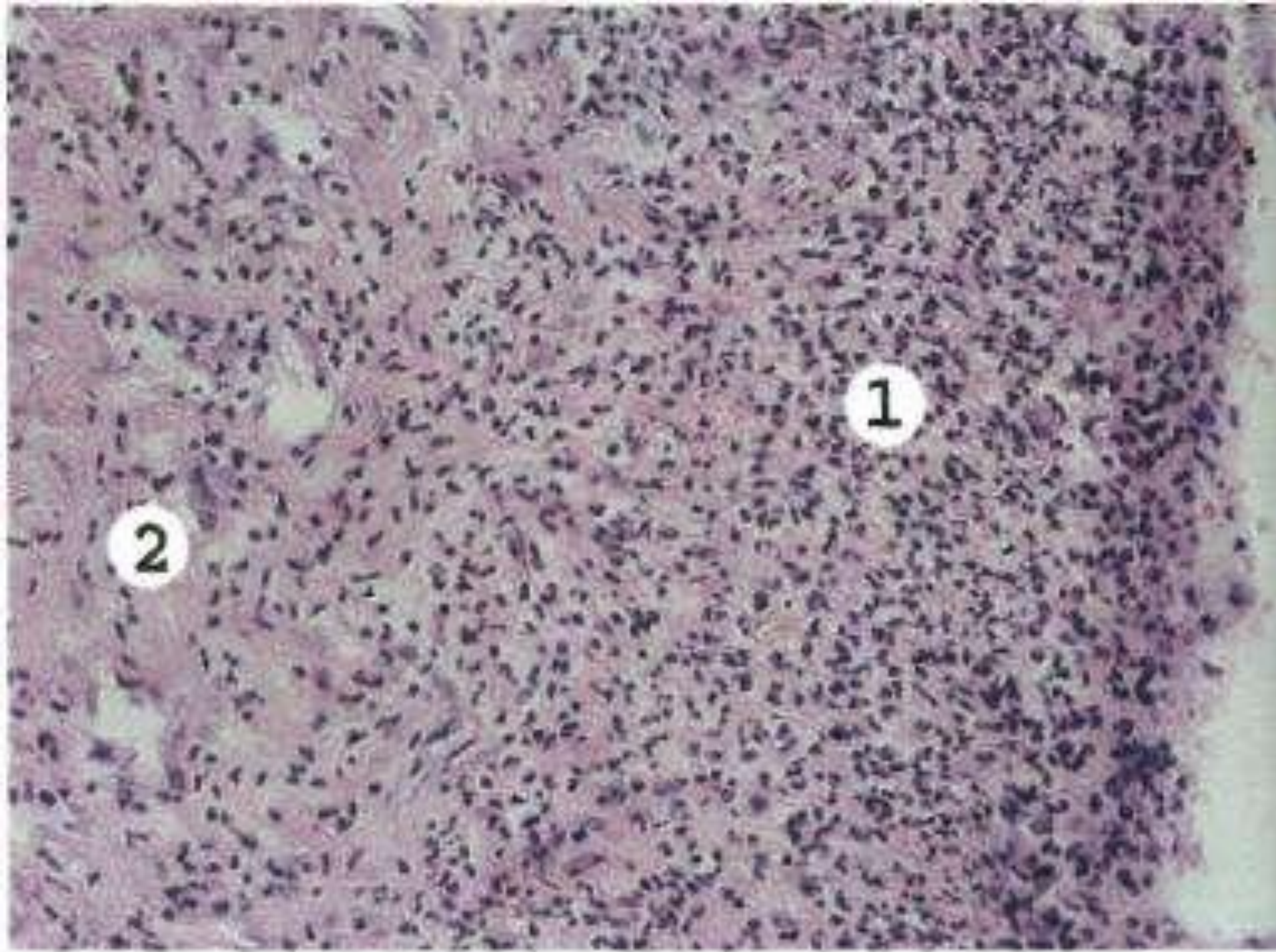
- Центриацинозный (центролобулярный) – поражаются центр. и проксим. части ацинусов
- Панаинозный (панлобулярный) – от респираторных альвеол до терминальных альвеол, чаще в передне-нижних отделах легкого
- Парасептальный – дистальная часть ацинусов, чаще в верхних долях легкого
- Иррегулярный (очаговый) – ацинус поражен неравномерно, чаще как следствие пневмоний
- Компенсаторная
- Старческая (сенильная)

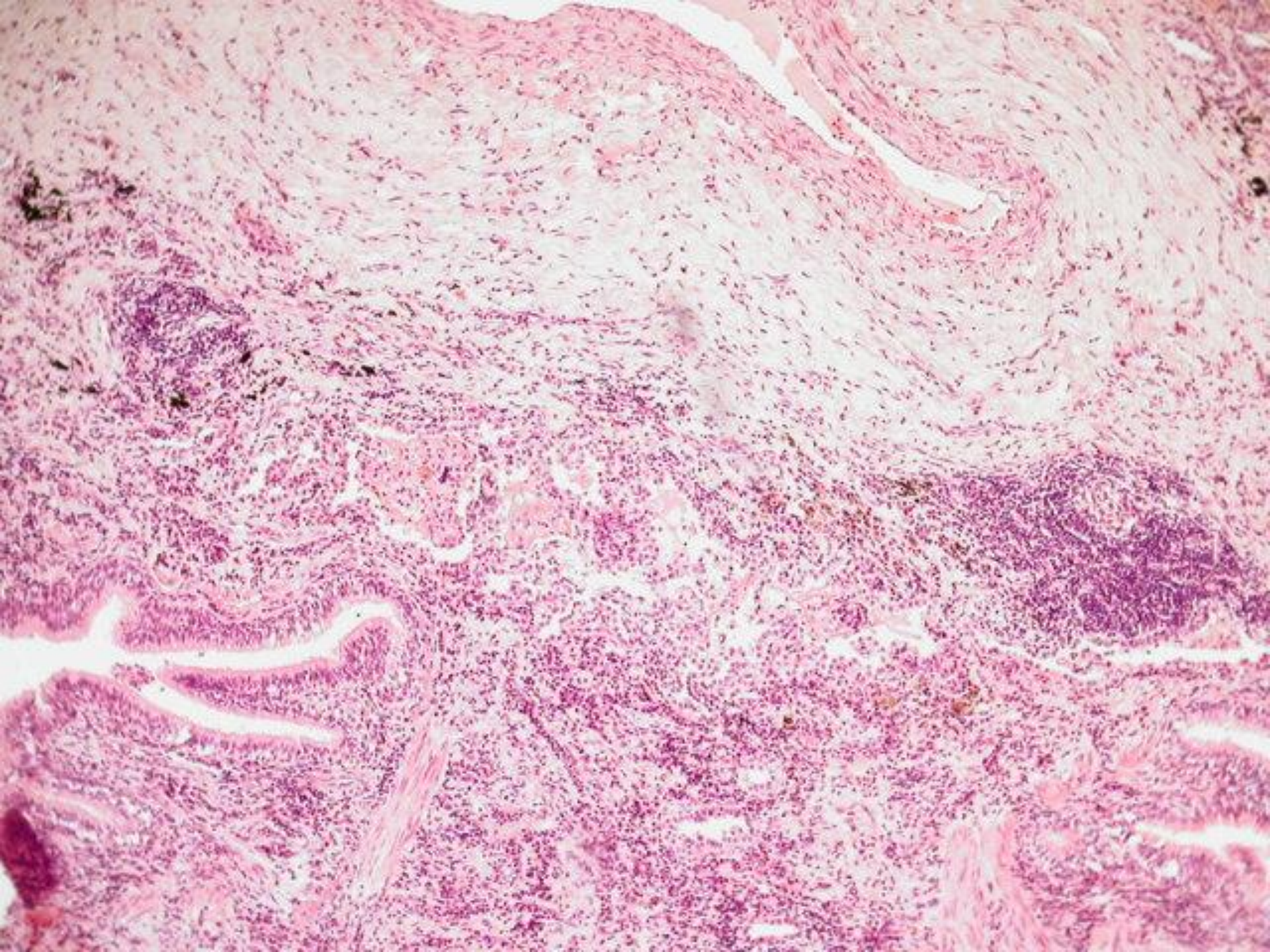


Figure 16-7









Интерстициальная болезнь легких – группа болезней легких, характеризующаяся первичным воспалительным процессом в межальвеолярном интерстиции (пневмонитом) с развитием диффузного пневмосклероза.

Основные нозологические формы (по этиологии) –

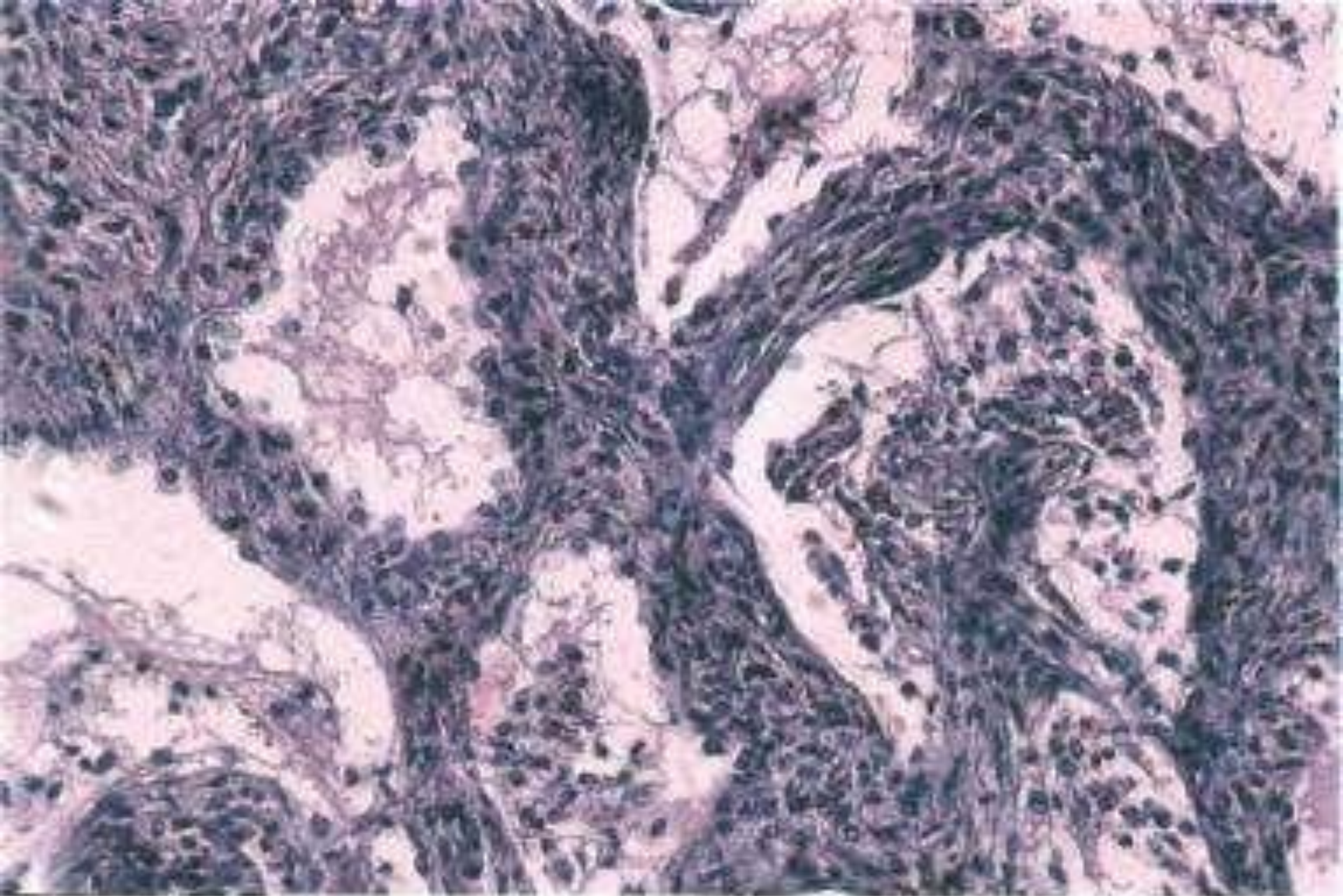
- Инфекционно-аллергический фиброзирующий альвеолит
- Токсический фиброзирующий альвеолит
- Идиопатический фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммен-Рича)

Наиболее частые этиологические факторы, индуцирующие ИБЛ:

- Инфекция (вирусы, бактерии, грибы)
- Пыль с антигенами животного и растительного происхождения
- Медикаментозные препараты
- Химические вещества (гербициды, минеральные удобрения)

Стадии ИБЛ

- Альвеолит (диффузный или гранулематозный)
- Дезорганизация альвеолярных структур с фиброзом
- Формирование сотового легкого



хронический фиброзирующий альвеолит, стадия сотового легкого, поля склерозированности, н/я

Звенья патогенеза сердечной недостаточности при ХНЗЛ:

1. Редукция капиллярного русла ткани легкого за счет фиброза
2. Затруднение кровообращения с формированием вторичной легочной гипертензии
3. Гипертрофия правого желудочка сердца (легочное сердце)
4. Декомпенсация гипертрофированного сердца с развитием общего венозного застоя.



Наиболее частые причины смерти при ХНЗЛ:

- Хроническая легочно-сердечная недостаточность
- Легочные осложнения (нагноение, кровотечение, гангрена и др.)
- Вторичный амилоидоз

Ателектаз – активное спадение
респираторного отдела легких вследствие
обтурации (экссудатом, секретом при бр.астме,
хр.бронхите, бронхоэктазах, после
интубационного наркоза, аспирации инородных
тел)или компрессии бронхов

Коллапс — спадение респираторных структур
легкого вследствие его механического
сдавления со стороны плевральной полости