Выделяют следующие виды хронического бронхита.

 По наличию обструкции: простой и обструктивный. Отличие последнего — обструкция периферических отделов бронхиального дерева в результате воспаления бронхов и бронхиол (бронхиолита), приводящая к хронической обструктивной эмфиземе лёгких.

 По распространённости: локальный (чаще в бронхах 2, 4, 8, 9 и 10-го сегментов, особенно правого лёгкого) и диффузный.

Морфологический субстрат хронического бронхита — хроническое воспаление бронхиальной стенки с гиперплазией продуцирующих слизь бокаловидных клеток и слизистых желёз (клиническое проявление — выделение мокроты).

Патогенез и морфогенез хронической обструктивной болезни лёгких основан на нарушении дренажной функции, прежде всего, мелких бронхов в результате длительного воздействия различных этиологических факторов . При этом в стенке бронхов в ответ на повреждение покровного бронхиального эпителия возникают хронический слизистый или гнойный катар, патологическая регенерация (метаплазия), адаптивная гиперпродукция слизи бокаловидными клетками и слизистыми железами. Возможно сочетание описанных изменений с бронхиальной обструкцией.

Морфология. Макроскопически при хронической обструктивной болезни стенки бронхов утолщены, окружены прослойками соединительной ткани, бронхи иногда деформированы. При длительном течении хронического бронхита могут возникать мешотчатые и цилиндрические бронхоэктазы — расширения просветов бронхов.

Микроскопические изменения связаны с развитием хронического слизистого или гнойного воспаления в бронхах с метаплазией покровного эпителия, гиперплазией слизистых желёз и бокаловидных клеток.

При этом в стенке бронха выражены клеточная воспалительная инфильтрация, разрастание грануляционной ткани, иногда приводящей к формированию воспалительных полипов слизистой оболочки, а также склероз и атрофия мышечного слоя.

Гиперплазия слизистых желёз — один из основных морфологических признаков хронической обструктивной болезни лёгких. Его оценивают обычно с помощью индекса Рейда, равного отношению толщины желёз подслизистого слоя к толщине всей стенки бронха. В норме этот индекс равен 0,35–0,53, при хронической обструктивной болезни — 0,44–0,60. Гиперплазию бокаловидных клеток оценивают на уровне мелких бронхов, поскольку при хроническом бронхите наиболее выражены изменения в этих отделах.

Осложнения хронической обструктивной болезни лёгких: бронхопневмонии, формирование очагов ателектаза, обструктивная эмфизема лёгких, пневмофиброз.

Интересные статьи:

1) Микроскопическая картина

2) Колит

3) Локализация и рост опухолей