

ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ЯК ПОЛІОРГАННА ПАТОЛОГІЯ

Масік Н.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) характеризуються неухильно прогресуючим перебігом, що пов'язано із запальною реакцією легеневої тканини на подразнення різноманітними патогенними агентами й газами. Серед таких факторів слід назвати розповсюдження тютюнопаління, постаріння населення, погіршення навколишнього середовища.

В останні роки вченими висунута концепція, згідно якої ХОЗЛ розглядаються не тільки як респіраторна патологія, а й як така, яка має поліорганны ознаки, що проявляються зниженням маси тіла, дисфункцією скелетної мускулатури, остеопорозом, різноманітними формами анемії та функціональними й органічними порушеннями серцево-судинної системи (Авдеев С.Н., 2007; Кубышева Н.И., Постникова Л.Б., 2007).

Що стосується динаміки розвитку системних уражень при ХОЗЛ, то, наприклад, у курців, на органи дихання яких діє комплекс агресивних хімічних факторів, після 40–45 річного віку виявляються структурні зміни дихальних шляхів та легеневої тканини, перебудова секреторного апарату слизової оболонки бронхів, гіперсекреція слизу, порушення дренажної функції бронхів, розвиток емфіземи легень і пневмофіброзу. Спостерігаються ознаки раннього розвитку атеросклерозу, метаболічні порушення кардіоміоцитів, явища атрофічного гастриту та інші. На початковому етапі розвитку ХОЗЛ системне запалення не має клінічних ознак, а вираженість симптомів хвороби залежить від тяжкості її загострення. Кожне наступне загострення ХОЗЛ супроводжується погіршенням бронхіальної прохідності, прогресуванням хронічного запалення, розвитком системних проявів та зниженням якості життя.

Найбільш інформативними маркерами прогресування ХОЗЛ є достовірне зниження об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ 1), збільшення гіпоксемії та

гіперкапнії. З часом на тлі прогресування ХОЗЛ спостерігається підвищення рівня маркерів запалення в периферичній крові внаслідок виходу прозапальних цитокінів і вільних радикалів у системну циркуляцію, що дає право підтвердити взаємозв'язок між місцевим і системним запаленням. Провідна роль у розвитку системного запалення належить клітинам запалення – нейтрофільним гранулоцитам, моноцитам, лімфоцитам, кількість яких підвищується паралельно з посиленням їх активності при загостренні ХОЗЛ. Враховуючи наявний негативний зв'язок між кількістю нейтрофілів і значенням ОФВ 1, визначення цих показників може слугувати маркером системного запалення при ХОЗЛ, а підвищення кількості моноцитів у периферичній крові, за думкою Кубышевой Н.И., Постниковой Л.Б. (2007), – свідчити про посилення проліферативних процесів у легеневій тканині.

Прозапальні цитокіни, такі як інтерлейкін-6 (ІЛ 6) і фактор некрозу пухлин α (ФНП α), фібриноген, СРБ, сприяють посиленню інсулінорезистентності, підвищенню артеріального тиску, розвитку атеросклерозу, що є важливими факторами ризику серцево-судинних захворювань. Ступінь надлишкової продукції прозапальних цитокінів (ІЛ 6, ФНП α) знаходиться в прямій залежності від тяжкості ХОЗЛ, а також корелює зі зниженням маси тіла, яке відбувається паралельно зниженню щільності кісткової тканини та пов'язане з посиленням резорбції кісткової тканини й може виступати прогностичним критерієм якості життя й ризику смерті у хворих на ХОЗЛ.

Таким чином, клінічний досвід та аналіз сучасних джерел наукової інформації як вітчизняних, так і зарубіжних авторів свідчить про те, що ХОЗЛ на ранніх етапах свого розвитку перебігають переважно з ураженням лише бронхо-легеневої системи, а внаслідок частих тривалих загострень запального процесу хвороба набуває системних ознак.