

## **Клинико-морфологические особенности легочной секвестрации у детей**

*Василевская Александра Дмитриевна*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург*

*Научный(-е) руководитель(-и) Наркевич Татьяна Александровна, Санкт-*

*Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

### **Введение**

Легочные секвестры (ЛС) - представляют собой участок легкого, располагающийся внутри или вне легочной доли и не участвующий в газообмене. В структуре пороков легких встречаются в 0,15-6 % случаев. Аномалии легкого формируются в период внутриутробного развития, а клинически проявляются и распознаются в широком возрастном диапазоне. ЛС зачастую сочетается с другими пороками развития и требует хирургического лечения.

### **Цель исследования**

Изучить морфологические особенности ЛС в зависимости от локализации секвестра, возраста пациента, определить оптимальный путь диагностики и лечения. Выявить выраженность воспалительных изменений в секвестре, в зависимости от возраста ребенка.

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2 пациентов, проходивших лечение на 2 педиатрическом отделении СПбГПМУ, изучены гистологические препараты операционного материала пациентов с экстра- и интралобарным секвестром в окрасках гематоксилин и эозин и пикрофуксин по Ван-Гизон, проведено сравнение морфологических изменений при внутри- и внедолевом секвестре.

### **Результаты**

Пороки развития легких у обоих детей выявлены пренатально - по данным ультразвукового исследования – аденоматозно-кистозная трансформация легкого. Однако после рождения пороки не проявляли. У ребенка с интралобарным секвестром к 11 месяцам появились клинические симптомы поражения легких, что потребовало дообследования и операции в 1 год 2 месяца. Ребенок с экстралобарным секвестром с рождения находился под наблюдением пульмонолога и хирурга по месту жительства, и в возрасте 5 месяцев мальчику была проведена хирургическая коррекция порока. В случае интралобарной секвестрации архитектура легкого изменена, отмечалось нарушение ветвления бронхиального дерева (скопления мелких бронхов и бронхиол со звездчатыми просветами, бронхоэктазы). В респираторных отделах легких обширные ателектазы, очаговая эмфизема. Резко выражены изменения сосудистого русла: стенки артерий склерозированы, в просвете смешанные тромбы. Субплеврально определяются кровоизлияния и геморрагические инфаркты. В альвеолах видны макрофаги, в межлочной ткани – скопления лимфоцитов. При экстралобарном секвестре выявляются множественные кисты, выстланные реснитчатым эпителием, содержащим слизь, фибрин, макрофаги. Альвеолы мелкие, выстланы кубическим эпителием с крупными вакуолями в цитоплазме. Межалвеолярные перегородки утолщены, склерозированы, инфильтрированы макрофагами. Сосуды полнокровны, множественные кровоизлияния, плевро утолщена, отечна.

### **Выводы**

Клинически более выражен интралобарный секвестр, однако это можно объяснить большим возрастом ребенка и отсутствием специализированной помощи. Морфологические изменения при экстра- и интралобарной секвестрации схожи. При интралобарном секвестре более выражен воспалительный компонент и склерозирование. Для экстралобарного секвестра характерно двустороннее поражение, образование кист и утолщение плевры.