

*Есипович А. В.*

## **РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Брагина З. Н.<sup>1</sup>,*

*канд. мед. наук., доц. Дюсьмикеева М. И.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Кафедра патологической анатомии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*<sup>2</sup>ГУ «РНПЦ фтизиатрии и пульмонологии», г. Минск*

**Актуальность.** Легочной альвеолярный протеиноз (ЛАП) – редкое заболевание, характеризующееся накоплением в просвете альвеол сурфактантоподобного белково-липидного ШИК-положительного вещества, что приводит к прогрессирующей дыхательной недостаточности. Встречаемость ЛАП 1-4 случая на 1 млн. населения. Вследствие относительно невысокого уровня заболеваемости практикующие пульмонологи и радиологи не владеют достаточным объемом знаний о клинической и радиологической семиотике ЛАП, что приводит к ошибочным диагнозам.

**Цель:** изучить патоморфологические особенности поражения легочной ткани при легочном альвеолярном протеинозе.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное изучение операционного материала 9 пациентов с предварительным диагнозом интерстициальное заболевание легких или диссеминированное поражение легких неустановленной этиологии, полученного при проведении диагностической видеоассистированной торакоскопии с атипичной краевой резекцией в торакальном хирургическом отделении ГУ «РНПЦ фтизиатрии и пульмонологии» за 2015-2020 годы.

**Результаты и их обсуждение.** Возраст пациентов колебался от 16 до 52 лет. Средний возраст составил 36,3 года. Мужчин было 6 (66,7%), женщин – 3 (33,3%), 33,3 % пациентов были курильщиками. Почти в одной трети случаев отмечалось бессимптомное течение ЛАП, а диагноз устанавливали после обследования по результатам профилактической флюорографии. Клинические симптомы ЛАП были неспецифичны: одышка наблюдалась в среднем в 44,4%, сухой или со скудной мокротой кашель — в 22,2% случаев. При компьютерном томографическом исследовании (КТ) преобладали изменения по типу «матового стекла», септальная ретикулярность и паренхимальные уплотнения, чаще локализующиеся в прикорневых и центральных зонах легких. Пациентам были установлены следующие диагнозы: диссеминированное поражение легких неустановленной этиологии - 3 человека (33,3%); интерстициальное заболевание легких - 6 человек (66,7%). При цитологическом исследовании мазков-отпечатков во всех случаях были обнаружены элементы крови, лимфоциты, макрофаги, бесструктурное вещество; в 3 случаях (33,3%) обнаружен фибрин; в 2 случаях (22,2%) - «голые» ядра. При гистологическом исследовании операционного материала был выставлен диагноз альвеолярный протеиноз в 9 случаях (100%). При гистологическом исследовании микропрепаратов наблюдались расширенные просветы альвеол и ряд мелких бронхиол, полностью заполненные аморфным, гранулярным эозинофильным веществом. Эозинофильный материал внутри альвеол по своим гистохимическим свойствам являлся ШИК-позитивным. Альвеолярная архитектура была сохранена, межальвеолярные перегородки были обычного строения, не утолщенные.

**Выводы.** Клиническая диагностика легочного альвеолярного протеиноза сложна, так как клинические симптомы ЛАП неспецифичны.

КТ-признаки позволяют уверенно предположить наличие ЛАП, хотя и не являются патогномоничными. Похожие изменения могут встречаться и при других патологических состояниях.

Зачастую окончательный диагноз может быть установлен только по результатам морфологического исследования.