

Мулица А.В.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ,
СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОТЛОЖЕНИЕМ ГЕМОСИДЕРИНА
В АЛЬВЕОЛАХ, НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

Научный руководитель: ст. преп. Крумкачева А.Ю.

*Кафедра внутренних болезней, гастроэнтерологии и нутрициологии с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Заболевания лёгких, сопровождающиеся отложением гемосидерина в альвеолах, представляют собой гетерогенную группу патологий с различными этиопатогенетическими механизмами, объединёнными общим морфологическим феноменом – внутрилёгочным накоплением железа. Наиболее часто оно ассоциируется с явлениями альвеолярного кровоизлияния, вызванного системными заболеваниями или локальными нарушениями микроциркуляции, а также может быть результатом оседания в легких железосодержащей пыли.

Цель: на примере клинических случаев провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся отложением гемосидерина в лёгких.

Материалы и методы. Была изучена документация пациентов, направленных на проведение экспертизы профессионального характера заболевания в Республиканский центр профпатологии и аллергологии (РЦПиА). Проведена дифференциальная диагностика идиопатического и вторичного гемосидероза лёгких (ГЛ), саркоидоза лёгких, туберкулёза, гемохроматоза и профессионального сидероза лёгких (ПСЛ).

Результаты и их обсуждение. Пациент М., 34 года, в течение 13 лет работал электросварщиком на разных предприятиях. По результатам медицинских осмотров был здоров и признан годным к работе всеми специалистами. По данным санитарно-гигиенической характеристики условий труда, на рабочем месте присутствовали оксиды марганца и железа, превышающие предельно-допустимые концентрации (ПДК) в 2-3 раза. В 2024 г. при обследовании у травматолога выявлен повышенный уровень ферритина (1500-1800 мкг/л). По данным КТ ОГК: КТ-признаки респираторного бронхиолита, ассоциированного с интерстициальным заболеванием(?), гиперчувствительного пневмонита(?), специфического воспалительного процесса в обоих лёгких(?). Учитывая изменения на КТ ОГК, пациент был направлен в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии. Проведена дифференциальная диагностика с аутоиммунными заболеваниями (ANA, анти-CCP, анти-DNA отрицательные). По заключению фтизиатра, данных за туберкулёз не выявлено. Выполнены видеоторакоскопия справа, атипичная резекция S4 правого лёгкого. Патоморфологически выявлен мелкоочаговый пневмосклероз с отложением гемосидерина в сочетании с эмфиземой с микробуллами, склерозирующий бронхит с эктазией, гемосидерофаги в просвете альвеол. Окраска на железо по Перлсу положительная. Для исключения ПСЛ пациент направлен в РЦПиА. На момент осмотра жаловался на частый кашель с отделением мокроты темно-серого цвета (последние 3-5 лет), одышку при значительной физической нагрузке и выраженную слабость после работы (появились в течение года). При объективном осмотре изменений со стороны внутренних органов не было выявлено. По данным консультаций гематолога, кардиолога и ревматолога, признаков патологии соответствующих систем не обнаружено. По результатам генетического исследования на гемохроматоз I типа, выявлена одна гетерозиготная мутация в гене HFE, что не приводит к выраженному нарушению метаболизма железа. У пациента также не наблюдалось типичной для гемохроматоза клинической картины с поражением кожи и печени. Уровень ферритина спустя 2 месяца после прекращения работы во вредных условиях труда – 686 мкг/л.

Выводы. Учитывая наличие воздействия в течение 13 лет работы электросварщиком оксидов железа, превышающих ПДК, снижение ферритина после окончания работы во вредных условиях труда, исключение других заболеваний, связанных с накоплением железа в лёгких, наличие рентгенологической и патоморфологической картины, типичной для пневмокониоза, был выставлен диагноз ПСЛ.