

*Демидовец В.А., Селицкая П.С.*

## **МОРФОЛОГИЯ ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Неровня А.М.*

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — хроническое диффузное паренхиматозное (интерстициальное) заболевание легких. Развивается у недоношенных новорожденных в исходе респираторного дистресс-синдрома и/или недоразвития легких. Диагностируется на основании кислородозависимости в возрасте 28 суток жизни и/или 36 недель постконцептуального возраста (ПКВ). Согласно заключениям различных авторов, заболеваемость БЛД обратно пропорциональна гестационному возрасту и массе тела при рождении. При данном заболевании поражаются различные части дыхательной системы: легочный интерстиций, бронхиолы, альвеолы, легочные сосуды, центральные воздухопроводящие пути. Выделяют классическую и новую формы БЛД. В Республике Беларусь наблюдается увеличение частоты встречаемости новой формы, что требует более глубокого изучения механизмов развития, патогенеза данного заболевания, а также подходов к диагностике и лечению.

**Цель:** дать клинико-морфологическую характеристику препаратов легких и проанализировать заболевания, при которых БЛД развивалось.

**Материалы и методы.** Формирование исследуемой группы выполнено путем поиска в журнале гистологических исследований за 2020-2022 гг. во всех разделах патогистологических заключений. Проанализировано 28 заключений патологоанатомического вскрытия на базе УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро». Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ «MicrosoftExcel» 2016, Statistica 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Было проанализировано 28 протоколов вскрытия пациентов, возраст которых варьировался от 11 до 380 суток, скорректированный возраст — 89—107. В структуре 1 основного заболевания на долю инфекционных болезней приходится 21% случаев, 2 основного заболевания — 17%. Они представлены врожденным сепсисом, сепсисом в форме септицемии, двусторонними пневмониями с плевральными осложнениями. В качестве 1 основного заболевания врожденные пороки выявлены у 10,7% пациентов, в качестве 2 основного заболевания — в 3,6% случаев. Чаще встречаются аномалии сердечно-сосудистой системы, синдром короткой кишки, аутосомно-рецессивный поликистоз почек. Болезни адаптации выступают в качестве 1 основного заболевания у 10,7% пациентов, 2 основного заболевания — у 60% пациентов. В структуре заболеваемости БЛД встречается у 72% пациентов и у 82% пациентов соответственно.

Морфологическая картина легких представлена чередованием ателектазов и дисателектазов, широкие отечные альвеолы выстланы незрелым кубическим эпителием, неравномерно расправлены. Межальвеолярные перегородки расширены, отечны, стромальные клетки преимущественно круглые. Медиана толщины стенок составила 0,065 мкм (0,035; 0,099). При окраске по Массону в межальвеолярных перегородках фокально отмечены разрастания коллагеновых волокон. Бронхоэпителий десквамирован, в большинстве случаев без выраженной пролиферации. Очагово встречаются участки с белковыми и начавшимися формироваться гиалиновыми массами в просвете альвеол. Плевра отечна, с кровоизлияниями, встречались препараты с нейтрофильной и лимфоцитарной инфильтрацией в ней. Сосуды полнокровны.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что новая форма БЛД встречается в 82% случаев. Заболевания, на фоне которых развилась БЛД, различны по этиологии, что показывает необходимость дальнейшего изучения патогенеза данной болезни.