

# СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫХ ПНЕВМОНИТОВ

**Герменчук И. А., Крумкачева А. Ю. , Иванова Ж.С.,**

**Гриб В.М., Гончарик Т.А.**

1-ая кафедра внутренних болезней БГМУ

10- ая ГКБ

Минск, Республика Беларусь

# Актуальность

- \* Наличие в Республике Беларусь производств, на которых возможен контакт с профессиональными органическими экзогенными аллергенами с развитием у работников **гиперсенситивных пневмонитов (ГП)**, а также с негативными медицинскими и социальными последствиями данной группы заболеваний.
- \* **Гиперсенситивные пневмониты** – это группа иммуноопосредованных заболеваний легких, при которых повторные ингаляции определенных дисперсных пылевых агентов провоцируют острое или хроническое негнойное поражение альвеолярных и интерстициальных структур с исходом в диффузный фиброз легких.

# Причины развития ГП

- \* Аллергены, попадающие в организм ингаляционным путем с вдыхаемым воздухом.
- \* Развитие ГП может быть связано с **антигенами растительного характера**: мучная пыль, опилки дуба, кедра и красного дерева, кора клена, пробковая пыль, прелый ячмень, солодовая пыль, экстракты кофейных зерен, пыль сахарного тростника.
- \* Определенную роль играют **белковые антигены животного происхождения**: сывороточные белки, перья и помет кур, голубей, попугаев и других птиц, крупного рогатого скота, свиней, пыль рыбной муки, шерсть животных, клещи. Немаловажное значение имеют **грибковая микрофлора** (*Aspergillus*, *Alternaria*, термофильные актиномицеты и др.), **плесневые грибы, химические и лекарственные вещества** и др.

# Цель и задачи исследования:

- \* изучение гигиенических и клинических особенностей диагностики профессиональных ГП в Республике Беларусь.

## Задачи:

- провести анализ условий работы пациентки,
- изучить анамнез, клинические проявления, функциональные и специальные методы исследования при ГП,
- а также определить необходимые мероприятия программы реабилитации потерпевшего (ПРП).

# Объект обследования

\* С целью оценки особенностей развития и диагностики ГП проанализирована в динамике история болезни пациентки К., 54 лет, которая наблюдалась в Республиканском профпатологическом центре (РПЦ) с июня 2008г.

# Анализ предоставленных документов

- \* **Профanamнез:** Пациентка работала с 1983г по 2004г на различных предприятиях без профвредностей.
- \* С 2004г по 2008 г. – сепараторщик биомассы гидролизно-дрожжевого цеха на «Гидролизном заводе» г. Бобруйска.
- \* **Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда:** отмечалась повышенная концентрация в воздухе рабочей зоны микроорганизмов-продуцентов (клетки дрожжей *Candida tropicalis*) – 370 мг/м<sup>3</sup> при ПДК до 300 мг/м<sup>3</sup> (превышение ПДК в 1,23 раза), превышение влажности – 85% при норме 15-75% и шума – 86 дБА при ПДУ 80 дБА. Воздействие вредных производственных факторов составляло более 90% рабочего времени за смену. Условия труда расценены, как вредные (класс 3.2).
- \* **Анамнез жизни:** до начала работы прошла предварительный медосмотр и была признана практически здоровой. Аллергических заболеваний у пациентки и ее родственников не было.

# Анамнез заболевания. Ошибки диагностики.

- \* Считает себя больной с января 2008 г., когда у пациентки на работе появились одышка, сухой кашель, першение в горле, головная боль, повышение температуры тела до 38°C. При аускультации – распространенная двусторонняя крепитация в легких. В анализе крови лейкоциты –  $6,2 \times 10^9$ , СОЭ – 30-44 мм/час.
- \* С подозрением на двустороннюю пневмонию была госпитализирована в пульмонологическое отделение Бобруйской ЦРБ. При обследовании на рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) инфильтративных изменений не было выявлено. После проведенного лечения (антибиотики, нимесил, беродуал) отмечалось клиническое улучшение. **Диагноз при выписке: Хроническая обструктивная болезнь легких, среднетяжелое течение, ДН I ст.**

# Анамнез заболевания. Ошибки диагностики.

- \* После возвращения на работу у пациентки вновь повысилась температура тела до 38<sup>o</sup>C, появились затрудненное дыхание (вдоха), сухой кашель, потливость и слабость. Назначены эуфиллин, будекорт, беротек. С подозрением на бронхиальную астму была направлена на консультацию к пульмонологу в Могилевский противотуберкулезный диспансер, где ей выставили **диагноз: Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, ДН I ст.** Назначена базисная терапия – будесонид, сальбутамол.
- \* Несмотря на проводимое лечение, при возвращении на работу у пациентки вновь развились прежние клинические симптомы. В мае 2008г. в связи с ухудшением состояния госпитализирована в пульмонологическое отделение 3 ГКБ г. Минска с жалобами на одышку с затруднением вдоха, сухой кашель, слабость, потливость. Отмечены **четкие симптомы экспозиции и элиминации:** ухудшение состояния на работе и улучшение во время отпуска, в выходные дни. При аускультации – **ослабление везикулярного дыхания по всем легочным полям и крепитация по типу «шелест целлофана» с обеих сторон.** На ФВД вентиляционные нарушения преимущественно **рестриктивного типа.**



# Рентгенограмма ОГК: двусторонний интерстициальный пневмонит



# Заключение КТ ОГК: двусторонний интерстициальный пневмонит



# Диагностика ГП

- Консилиум сотрудников кафедр БГМУ и БелМАПО предположил связь заболевания с профессией вследствие воздействия дрожжевых грибков. В этой связи пациентка была направлена для обследования в РЦПиА с последующим стационарным лечением в специализированном отделении аллергологии и профпатологии.
- \* **Общее аллергологическое обследование** пациентки с бытовыми, эпидермальными и пылевыми аллергенами методом скарификационных проб, а также **исследование крови на специфические IgE к ингаляционным аллергенам были отрицательными.**
- \* IgE общий – 58,4 (норма 20-100 МЕ/моль).
- \* **Внутрикожная проба с аллергеном *Candida tropicalis***, проведенная пациентке, была **положительная**: в месте введения развилась гиперемия, отек, а также папулезная сыпь, которая сохранялась в течение суток и исчезла полностью через 48 часов.

**При обсуждении на медицинской экспертной комиссии РЦПи А на основании:**

- данных профанамнеза,
- СГХ,
- клинических особенностей,
- наличия симптомов экспозиции и элиминации,
- аллергологических и иммунологических показателей (отрицательные данные общего аллергообследования, отсутствие антител к ингаляционным аллергенам и наличие положительной внутрикожной пробы с аллергеном *Candida tropicalis*),
- изменений на рентгенограмме и КТ ОГК поставлен диагноз: **Хронический профессиональный экзогенный гиперчувствительный пневмонит, ДН I-II ст. Производственная сенсибилизация к дрожжевым грибкам рода *Candida tropicalis*.**

# Программа реабилитации потерпевшего

- \* В программе **медицинской реабилитации** при освидетельствовании на МРЭК назначен постоянный прием системных ГКС (медрол) в сочетании с ингаляционным ГКС.
- \* **Профессиональная реабилитация:** работа сепараторщицей протовопоказана, в связи с чем пациентка трудоустроена приемщицей сырья без воздействия профвредностей.
- \* **Социальная реабилитация:** определена III группа инвалидности и 40% утраты профессиональной трудоспособности, а также дополнительные социальные льготы.

# Практические рекомендации

- \* **Наблюдается недооценка врачами данных профанамнеза и условий труда (стажа работы, профессии, особенностей СГХ).**
- \* Необходимо более глубоко анализировать анамнез заболевания, данные врачебного наблюдения, клинические и рентгенологические сведения, а также своевременно направлять к профпатологу для постановки иммунологических проб.
- \* **Пациентка нуждается в диспансерном наблюдении профпатолога, т.к. несмотря на прекращение воздействия профессиональных вредных факторов, наблюдение и лечение в РПЦ и у пульмонолога по месту жительства отмечается отрицательная динамика в течении ГП.**
- \* Учитывая необходимость своевременного трудоустройства пациентов с профессиональными ГП, важно как можно раньше направлять их в профцентр с целью верификации диагноза и определения экспертных вопросов.

Спасибо за внимание

