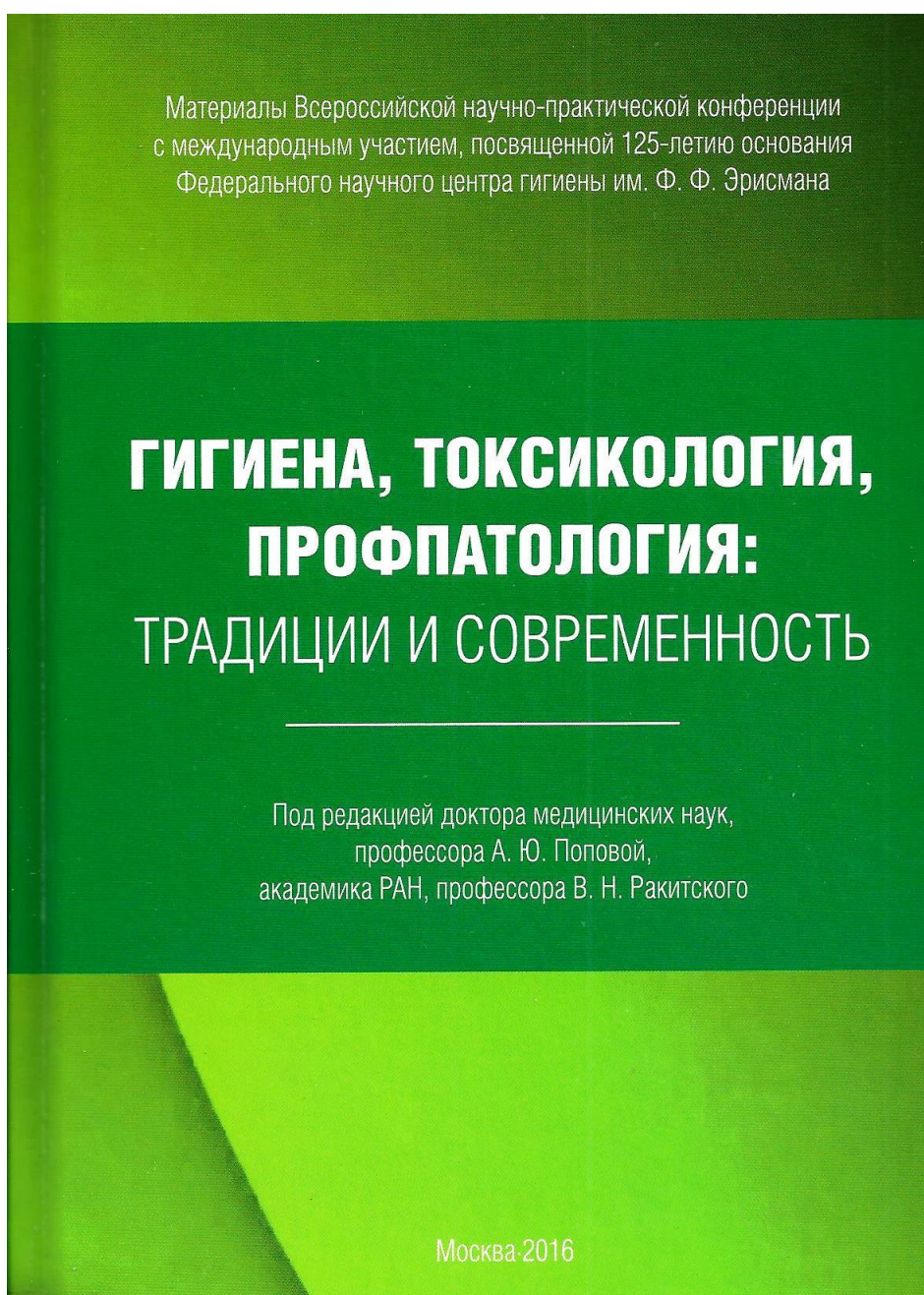


ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО АЛЬВЕОЛИТА
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Карпова Е.А., Шмони́на О.Г., Будкарь Л.Н.

В сборнике: ГИГИЕНА, ТОКСИКОЛОГИЯ, ПРОФПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ
Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией доктора медицинских наук, профессора А.Ю. Поповой, академика РАН, профессора В.Н. Ракитского. 2016. С. 485-490.

<https://elibrary.ru/item.asp?id=27244745>



Карпова Е.А., Шмони́на О.Г., Будкарь Л.Н.

**Организационные вопросы при постановке диагноза профессионального альвеолита
(клинический случай)**

*Федеральное бюджетное учреждение науки Екатеринбургский медицинский научный центр
профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий*

(ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП) Роспотребнадзора, Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Экзогенный аллергический альвеолит (гиперчувствительный пневмонит) относится к группе пневмокониозов от аэрозолей токсико-аллергенного действия (пыль, содержащая металлы-аллергены, пластмасс и других полимерных материалов, органические пыли и другие). При этих пневмокониозах распространенный интерстициальный и (или) гранулематозный процесс в легких отличается своеобразными клиническими проявлениями, в основе которых лежит иммунопатологическое состояние, характеризующееся клинически в начальных стадиях картиной хронического бронхо-бронхиолита, альвеолита прогрессирующего течения с исходом в диффузный пневмофиброз [1]. По данным ВОЗ, гиперчувствительный пневмонит выявляется у 3% пациентов из общей группы пульмонологических больных и достигает 42 случая на 100 000 населения. Вместе с тем, в зависимости от региона проживания и профессиональной принадлежности эти показатели, по оценке ряда авторов, существенно возрастают – до 13%. [2].

Сходство клинических проявлений экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) с другими респираторными заболеваниями, трудности дифференциальной диагностики, малая осведомленность врачей являются основными источниками диагностических ошибок. Эффективность лечебных мероприятий и прогноз при ЭАА в полной мере определяется своевременной, ранней диагностикой. Несвоевременная, неадекватная помощь больным способствует прогрессированию процесса. Переход ЭАА в стадию фиброза легочной ткани сопровождается нарастанием дыхательной недостаточности и другими объективными признаками, не отличающимися от таковых при идиопатическом фиброзирующем альвеолите, что существенно снижает эффективность лечебных мероприятий и обуславливает серьезный прогноз заболевания. [3,4].

Материал и методы. Приводим описание клинического случая пациентки, наблюдавшейся в НПО «Клиника терапии и диагностики профессиональных заболеваний» ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП.

Пациентка А., литейщик пластмасс в литейном производстве (город Челябинск).

Заболела в конце 2013 года, появился приступообразный сухой кашель на работе, «посинение лица», беспокоила сильная слабость, с работой не справлялась, температуру не измеряла, к врачам не обращалась. Самостоятельно решила сменить работу. Во время

отпуска в ноябре 2013 года начала проходить предварительный медицинский осмотр для трудоустройства, где при проведении флюорографии были обнаружены изменения в лёгких.

Была направлена в пульмоцентр по месту жительства, где в декабре 2013 года была проведена компьютерная томография лёгких с регистрацией диффузного неравномерного снижения пневматизации лёгких за счёт умеренного утолщения, уплотнения междолькового и внутридолькового интерстиция; диффузного изменения лёгочного рисунка по мелкоячеистому типу, множественные участки центролобулярных вздутий лёгочной паренхимы. Было получено заключение: интерстициальное поражение лёгких (гиперчувствительный пневмонит? пневмокониоз по интерстициальному типу? лимфоангиомиоматоз лёгких?). Тогда же проведена трансторакальная биопсия лёгких с гистологическим исследованием, по результатам которого отмечено нарушение гистоологической картины фрагментов субплевральных отделов лёгкого за счёт инфильтрации интерстициальной ткани и межальвеолярных перегородок лимфоцитами, гистиоцитами, с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов, формированием фолликулоподобных лимфоцитарных агрегатов. В заключении подчеркивалось соответствие морфологической картины идиопатическому фиброзирующему альвеолиту, возможно аллергическому альвеолиту. Назначены ингаляционные кортикостероиды (ИКС) и длительно действующие бронхолитики в максимальных дозах с некоторым положительным эффектом. Оформлено извещение об установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания. С ноября 2013 года по февраль 2014 года пациентка А. не работала в связи с прохождением обследования, с февраля 2014 года переведена на работу вне воздействия токсических веществ по справке врачебной комиссии по месту жительства, а с места жительства направлена в центр профпатологии ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП Роспотребнадзора (ЕМНЦ) для уточнения этиологии экзогенного аллергического альвеолита.

Результаты и обсуждение При обследовании в ЕМНЦ в сентябре 2014 года жаловалась на постоянное покашливание с незначительным количеством мокроты, одышку при физической нагрузке, при подъём на третий этаж, чувство заложенности в груди. Объективно: астенической конституции, нормального питания, лёгкие перкуторно без особенностей, аускультативно ослабленное дыхание, хрипов не выслушивалось, сердечно-сосудистая система, другие органы и системы без особенностей.

Общий анализ крови: лейкоцитарная формула в норме. ФВД с пробой: значительное снижение ЖЕЛ и резкое снижение бронхиальной проходимости. Бронходилатационная проба безразличная, $ОФВ_1=54\%$, $ОФВ_1/ЖЕЛ=87,6\%$. Сатурация 97%. По результатам компьютерной томографии лёгких отмечено диффузное умеренное снижение пневматизации лёгочной ткани за счёт умеренного утолщения и уплотнения междолькового и

внутридолькового интерстиция, диффузное усиление лёгочного рисунка, его деформация по сетчато-ячеистому типу с элементами централобулярной эмфиземы., В заключении поставлен диагноз экзогенный аллергический альвеолит (s₂/s₂, cl, em). Проведена аллергодиагностика in vitro с указанным в санитарно-гигиенической характеристике условий труда (СГХ) аллергеном (формальдегид). Сенсибилизации не было выявлено (на фоне ИКС). Выписана с диагнозом экзогенный аллергический альвеолит, рекомендации по лечению без изменений (ИКС и длительно действующие бронхолитики в максимальных дозах) и противопоказанием к работа с аллергенами (прил.1 п. 1.1.1. приказа 302н МЗ РФ). По рекомендации врачебной комиссии (ВК) ЕМНЦ проведена санитарно-гигиеническая оценка (СГО) условий труда, сделан запрос о наличии иных аллергенов на рабочем месте.

В апреле 2015 года получено дополнение к СГХ, где указан дополнительный аллерген на рабочем месте – хлорметилоксиран (эпихлоргидрин), указания на наличие которого в предыдущих документах по условиям труда отсутствовали. В связи с получением новой информации об условиях труда пациентка А. повторно вызвана в ЕМНЦ для проведения аллергологической диагностики с хлорметилоксираном (эпихлоргидрином) для последующего решения вопроса о связи изменений в лёгких с профессией. В ноябре 2015 года в ЕМНЦ была проведено повторное обследование пациентки А. и экспертиза связи заболевания с профессией.

На момент обследования пациентка продолжала назначенное лечение. Жалобы и объективный статус без динамики с 2014 года. Общий анализ крови: лейкоцитарная формула в норме. ФВД с пробой: значительное снижение ЖЕЛ и весьма значительное снижение бронхиальной проходимости. ОФВ₁=53%, ОФВ₁/ЖЕЛ=88,8%. Бронходилатационная проба безразличная. Рентгенологическое обследование повторно не проводилось. Проведено повторное аллергологическое обследование in vitro, в ходе которого выявлена сенсибилизация (повышенная чувствительность) к производственному аллергену (эпихлоргидрину).

Экспертиза связи заболевания с профессией проведена в ЕМНЦ в соответствии с п. 13 и п. 14 Положения «О расследовании и учете профессиональных заболеваний», утвержденного Постановлением Правительство РФ от 15 декабря 2000 г. N 967, а также СГО, согласно которой, нельзя исключить развитие у работника профессионального экзогенного аллергического альвеолита, поскольку в воздухе рабочей зоны литейщика пластмасс присутствует хлорметилоксиран (эпихлоргидрин), являющийся производственным аллергеном (в соответствии с ГН 2.2.5.1313-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны»).

Как производственный аллерген эпихлоргидрин может являться этиологическим фактором в развитии гиперчувствительного пневмонита [5].

Таким образом, с учётом жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, аллергологического и рентгенологического обследования, гистологии, данных об условиях труда пациентке А. установлен диагноз: Профессиональный гиперчувствительный пневмонит: экзогенный аллергический альвеолит (s₂/s₂, c1, em), обусловленный сенсibilизацией к производственным аллергенам (эпихлоргидрин). Дыхательная недостаточность второй степени. Указан соответствующий код внешней причины (код заболевания) согласно Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10) – J67.8. Диагноз профессионального заболевания сформулирован в соответствии с приказом Минздравсоцразвития № 417н от 27.04.2012 г. «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний», № п/п 1.67.2. (гиперчувствительный пневмонит (экзогенный аллергический альвеолит), наименование вредного и (или) опасного производственного фактора: органическая пыль.

Заключение. Для снижения риска развития тяжелой профессиональной патологии, то есть сокращения сроков от первых симптомов заболевания до установления связи заболевания с профессией и постановки диагноза (в данном случае около двух лет), необходимо наиболее полное оформление СГХ условий труда с подробным описанием всех вредных и (или) опасных производственных факторов в соответствии с технологическим процессом и составом используемого сырья. При подозрении на наличие у пациента сложной патологии, имеющей неблагоприятный прогноз, необходимо скорейшее направление его в специализированный центр профпатологии для своевременной постановки диагноза и выбора адекватной лечебной тактики

Литература:

1. Профессиональные заболевания органов дыхания: национальное руководство / под ред. Н.Ф. Измерова, А.Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Руководство о порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии. / Под ред. В.М. Ретнева, Н.С. Шляхетского. - СПб.: СПб МАПО, 2001
3. Авдеев С.Н., Авдеева О.Е., Чучалин А.Г. Экзогенный аллергический альвеолит // Русский медицинский журнал. 2007. № 6. С. 20–32.
4. Косарев В.В. Бабанов С.А. Экзогенный ллергический альвеолит: проблемы диагностики/ Русский медицинский журнал, № 7, 2013, с.388-392
5. Профессиональная патология: национальное руководство / Под ред. Н.Ф. Измерова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.