

И. А. Герменчук, О. А. Цыганкова, А. Ю. Крумкачева

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫХ ПНЕВМОНИТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлены особенности этиологии, клиники и диагностики гиперсенситивных пневмонитов. Приведен пример сложной диагностики данного профессионального заболевания. В работе приведен анализ санитарно-гигиенических условий труда пациентки, выявлен контакт с клетками дрожжей *Candida tropicalis*. Прослежено развитие гиперсенситивного пневмонита (ГП) под маской различных заболеваний. Представлены клинико-функциональные проявления ГП у пациентки, симптомы экспозиции и элиминации, а также результаты специальных методов исследования (двусторонние интерстициальные изменения в легких, отрицательное общее обследование, отсутствие специфических IgE, положительная внутрикожная проба с грибами, вентиляционные нарушения рестриктивного типа). Изложены основные мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Ключевые слова: гиперсенситивный пневмонит, профессиональное заболевание, специфическая диагностика, аллергологическое обследование.

I. A. Germenchuk, V. A. Tsyhankova, H. Y. Krumkachyova

DIAGNOSTIC FEATURES PROFESSIONAL HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS

The article presents the features of etiology, clinical features and diagnosis of hypersensitive pneumonitis. An example of a complex diagnosis of the occupational disease was given. In this research the analysis of sanitary-hygienic working conditions of a patient is made, the contact with a type of yeast *Candida tropicalis* is identified. The development of hypersensitive pneumonitis (HP) under the mask of different disease is followed. Clinical and functional manifestations of HP in patient, symptoms of exposure end elimination, results of applying of special diagnostic methods (bilateral interstitial changes in the lungs, negative results of common examination, absence of specific IgE, positive intracutaneous trial with fungi, respiratory disorders of a restrictive type) are presented. Main activities for medical, professional and social rehabilitation are shown.

Key words: hypersensitivity pneumonitis, occupational disease, specific diagnostics, allergy testing.

Актуальность темы связана с наличием 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 [3].

Причиной развития ГП являются 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. [1, 4, 5]

При верификации профессионального характера ГП учитывают следующие критерии: профессиональный маршрут пациента (производство, профессия, профессиональный стаж); данные СГХ рабочего места с указанием наличия профессионального вредного фактора, его концентрации в воздухе рабочей зоны; развитие симптомов экспозиции и элиминации – ухудшение состояния на работе и улучшение вне работы; симптом реэкспозиции – рецидив заболевания при возврате на прежнее рабочее место; клинические и лабораторно-инструментальные особенности заболевания; оценка результатов специфической диагностики (аллергологической, иммунологической, провокационных проб – кожных и/или ингаляционных).

Заболевание развивается чаще после длительного контакта с аллергеном, может протекать в острой и хронической форме [2].

Цель исследования: изучение гигиенических и клинических особенностей диагностики профессиональных ГП в Республике Беларусь.

Задачи: провести анализ условий работы пациентки, изучить анамнез, клинические проявле-

ния, функциональные и специальные методы исследования при ГП, а также определить необходимые мероприятия программы реабилитации потерпевшего (ПРП).

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

Профanamнез. Пациентка работала с 1983 г. по 2004 г. на различных предприятиях без профвредностей. С 2004 г. по 2008 г. – сепараторщик биомассы гидролизно-дрожжевого цеха на «Гидролизном заводе» г. Бобруйска. По данным СГХ вредными факторами на производстве являлись: повышенная концентрация в воздухе рабочей зоны микроорганизмов-продуцентов (клетки дрожжей *Candida tropicalis*) – 370 мг/м³ при ПДК до 300 мг/м³, 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). До начала работы прошла предварительный медосмотр и была признана практически здоровой. Аллергических заболеваний у пациентки и ее родственников не было.

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 °С. 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.

После возвращения на работу у пациентки вновь повысилась температура тела до 38 °С, 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. На рентгенограмме, дополненной компьютерной томографией (КТ) ОГК, выявлены двусторонние интерстициальные изменения в легких по типу «матового стекла» преимущественно в верхних долях обоих легких. Заключение КТ ОГК: двусторонний интерстициальный пневмонит.

Консилиум сотрудников кафедр БГМУ и БелМАПО предположил связь заболевания с профессией вследствие воздействия дрожжевых грибов. В этой связи пациентка была направлена для обследования в РПЦ с последующим стационарным лечением в специализированном отделении аллергологии и профпатологии. Общее аллергологическое обследование пациентки с бытовыми, эпидермальными и пыльцевыми 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 РПЦ 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*.

В программе медицинской реабилитации при наблюдении на МРЭК назначен постоянный прием системных ГКС (медрол) в сочетании с ингаляционным ГКС.

Профессиональная реабилитация: работа сепараторщицей протопопоказана, в связи с чем пациен-

тка трудоустроена приемщицей сырья без воздействия профвредностей.

Социальная реабилитация: определена III группа инвалидности и 40% утраты профессиональной трудоспособности, а также дополнительные социальные льготы.

Пациентка ежегодно обследуется и получает лечение в РПЦ и у пульмонолога по месту жительства на протяжении 7 лет. Несмотря на трудоустройство вне воздействия профессиональных вредных факторов, наблюдение и лечение в РПЦ и у пульмонолога, отмечено постепенное прогрессирование заболевания: усиление одышки, кашля, учащение приступов удушья, отрицательная динамика показателей ФВД, снижение сатурации кислорода (пульсоксиметрия – 88–92%), формирование хронического легочного сердца на ЭХО-КГ: умеренная легочная гипертензия (давление в легочной артерии – 46 мм.рт.ст.), дилатация правых желудочка и предсердия, регургитация на трикуспидальном клапане 1–2 ст.

Практические рекомендации:

1. Наблюдается недооценка врачами данных профанамнеза и условий труда (стажа работы, профессии, особенностей СГХ).
2. Необходимо более глубоко анализировать анамнез заболевания, данные врачебного наблюдения, клинические и рентгенологические сведения, а также своевременно направлять к профпатологу для постановки иммунологических проб.
3. 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.
4. Учитывая необходимость своевременного трудоустройства пациентов с профессиональными ГП, важно как можно раньше направлять их в профцентр с целью верификации диагноза и определения экспертных вопросов.

Литература

1. *Аллергические заболевания: рук. для врачей* / под ред. В. И. Пыцкого. – М., 1999. – С. 345–358.
2. *Артамонова, В. Г. Профессиональные болезни: учебник* / В. Г. Артамонова, Н. А. Мухин. – М., 2006. – 480 с.
3. *Макаревич, А. Э. Внутренние болезни: учеб. пособие* / А. Э. Макаревич. – Минск, 2008. – Т. 3. – С. 249–257.
4. *Профессиональные заболевания: рук. для врачей* / под ред. Н. Ф. Измерова. – М., 1996. – Т. 2. – С. 62–81.
5. *Раевнева, Т. Г. Гиперсенситивные пневмониты и биосиноз: учебно-методическое пособие* / Т. Г. Раевнева. – Минск: БГМУ, 2011. – 24 с.

Поступила 21.12.2015 г.