

Крумкачева А.Ю., Панкратова Ю.Ю., Иванова Ж.С., Герменчук И.А., Мулица А.В.  
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## ГЕМОСИДЕРОЗ ЛЕГКИХ: СЛУЧАЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ РИСКАМИ

**Введение.** Гемосидероз легких (ГЛ) – редкое заболевание легких, проявляющееся рецидивирующими кровоизлияниями и накоплением гемосидерина в альвеолах. Заболевание чаще встречается у детей; у взрослых развивается вторично на фоне сердечно-сосудистых, инфекционных, аутоиммунных и профессиональных заболеваний. Для диагностического поиска причины заболевания важно изучить анамнез, профессиональный маршрут и условия труда пациента, особенности клинической картины, данные общеклинических, иммунологических, рентгенологических, функциональных и гистологических исследований.

**Цель.** Провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся отложением гемосидерина в легких.

**Материалы и методы.** Изучена документация пациента, направленного на проведение экспертизы профессионального характера заболевания в Республиканский центр профпатологии и аллергологии (РЦПиА) с диагнозом ГЛ; информированное согласие на обработку данных получено.

**Результаты и обсуждение.** Пациент М., 34 года, в течение 14 лет работал электросварщиком на автоматических и полуавтоматических машинах 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 за годы работы электросварщиком присутствовали оксиды марганца и железа, превышающие предельно-допустимые концентрации (ПДК) в 2-3 раза. В 2024 г. при обследовании у травматолога по поводу травмы ноги выявлен повышенный уровень ферритина до 1500-1800 мкг/л. Консультирован гематологом (заболеваний системы крови у пациента не выявлено, рекомендовано обследовать на гемохроматоз), назначены необходимые исследования для исключения ГЛ. По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК): КТ-признаки респираторного бронхиолита, ассоциированного с интерстициальным заболеванием, гиперчувствительным пневмонитом, специфическим воспалительным процессом в обоих легких? По данным УЗИ органов брюшной полости – гемангиома печени, деформация желчного пузыря. Учитывая изменения на КТ ОГК и высокий уровень ферритина для исключения ГЛ пациент направлен в РНПЦ ПИФ. Проведена дифференциальная диагностика с аутоиммунными заболеваниями (ANA, анти-ССР, анти-DNA отрицательные), туберкулезом, саркоидозом. Выполнены видеоторакоскопия справа, атипичная резекция S4 правого легкого. 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. Заключение: патогистологические изменения могут соответствовать ГЛ, исключить профессиональный сидероз и другие альтернативные заболевания, сопровождающиеся накоплением железа. Для исключения профессионального сидероза легких (СЛ) пациент направлен в РЦПиА. На момент осмотра отмечал жалобы на частый кашель с отделением мокроты темно-серого цвета, одышку при значительной физической нагрузке, выраженную слабость после работы. Кашель с мокротой беспокоил в течение последних 3-5 лет, одышка и слабость появились в течение года. При объективном осмотре никаких изменений со стороны внутренних органов не было выявлено. Сатурация кислородом – 97%. По данным КТ ОГК – без динамики, уровень ферритина спустя 2 месяца после прекращения работы во вредных условиях труда – 686 мкг/л. 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 легких, наличие рентгенологической и патоморфологической картины, типичной для пневмокониоза, был выставлен диагноз СЛ.

**Выводы.** Таким образом, профессиональный сидероз легких представляет собой группу пневмокониозов, развивающуюся при длительном воздействии оксидов железа, превышающих ПДК. Дифференциальная диагностика данного заболевания сложна, требует доказательной связи между профессиональным воздействием и развитием патологии легких. Необходимость тщательного сбора профессионального анамнеза и сведений об условиях труда у пациентов с гиперферритинемией, динамическое наблюдение за работниками, контактирующими с соединениями железа, комплексное их обследование и правильная трактовка рентгенологических и патоморфологических изменений помогут установить профессиональное заболевание.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»  
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию  
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

**(Минск, 22 мая 2025 года)**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025