



Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований»
Иркутская государственная медицинская академия последипломного
образования -филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Сложные клинические случаи установления диагноза профессиональной бронхолегочной патологии

Коллектив авторов: заместитель главного врача по медицинской части клиники ФГБНУ ВСИМЭИ, врач
аллерголог-иммунолог; доцент кафедры профпатологии и гигиены ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, к.м.н.

Бейгель Елена Александровна;
заместитель главного врача по клинико-экспертной работе клиники ФГБНУ ВСИМЭИ, врач дерматолог;
ассистент кафедры профпатологии и гигиены ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России к.м.н.

Ушакова Оксана Валентиновна;
заведующая терапевтическим отделением клиники ФГБНУ ВСИМЭИ,
Павленко Наталья Александровна

Международная научная конференция «Фундаментальные и прикладные исследования в медицине»,
посвященная 65-летию ФГБНУ ВСИМЭИ, о. Ольхон, п. Хужир 15-19 сентября 2025 г.



**Численность лиц с бронхолегочной
патологией от воздействия
промышленных аэрополлютантов,
пролеченных в клинике ФГБНУ ВСИМЭИ
за период с 2022-2024 года**

Показатель	2022		2023		2024	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Всего пролечено пациентов	1005	100	969	100	1109	100
Пролечено пациентов с бронхолегочной патологией	214	21,2	247	25,5	246	22,1

Данные статотдела, 2024 г.



**Структура нозологических форм патологии
органов дыхания от воздействия промышленных
аэрополлютантов
за период с 2022-2024 года**

Нозология	2022		2023		2024	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ХОБЛ	63	29,5	74	29,9	70	28,4
БА	38	17,8	54	21,9	52	21,1
Бронхит	91	42,5	84	34,0	84	34,2
Пневмокониозы	8	3,7	15	6,1	25	10,2
Патология ВДП	14	6,5	20	8,1	15	6,1



Нюансы установления диагноза профессиональной бронхолегочной патологии

- Особенности установления неаллергической БА ?
- Сочетание нозологических форм ?
- Нюансы формулирования диагноза ?



Клинический случай 1

Пациент В., 54 года. Стаж работы слесарем-ремонтником на фармацевтическом предприятии, на момент обследования в профцентре 6 лет.

В разделе описания выполняемых работ указано, что слесарь-ремонтник находится на участках производственного цеха, где проводит планово-предупредительный ремонт, настройку и подготовку оборудования к работе. На предприятии налажен выпуск противотуберкулезных препаратов (ПАСК, Изопаск, фтивазид, этамбутол, изониазид, пиразинамид), антибиотиков (рифампицин). Противомикробных препаратов (ломефлоксацин, офлокс). В зоне воздействия вредных производственных факторов слесарь-ремонтник находится до 50% от рабочего времени нахождения на производственных участках цеха.

Согласно выписки из амбулаторной карты, имеется обращаемость с хроническим необструктивным бронхитом за 1 год до поступления в профцентр.



Клинический случай 1

При поступлении **жалобы**: одышку при подъеме на второй третий этаж; приступы удушья до 6 раз в день, ежедневно ночные приступы 1-2 раза в месяц, купирует применением беродуала, с отхождением светлой, трудно отделяемой мокроты в небольшом количестве. Отмечает приступы, преимущественно на работе, при работе в цехе производства рифампицина. Одновременно присоединяется заложенность носового дыхания, покраснение и зуд глаз. Из-за приступов удушья плохой сон, быстрая утомляемость, раздражительность, плохое общее самочувствие.

Из анамнеза: Считает себя больным с момента работы в цехе по производству рифампицина, когда возник 1 приступ удушья. Специалистами по месту работы направлен на обследование в Иркутскую областную клиническую больницу. Пульмонолог: БА неуточненная, средней степени тяжести, ДН I. Аллерголог: БА неуточненная (вероятно ирритативная), средней степени тяжести, ДН I. Хронический персистирующий ринит с эозинофилией, ремиссия. Непереносимость рифампицина. Оториноларинголог: хронический персистирующий ринит. В условиях ИДЦ проведено исследование на спец.ИГЕ: к эпителию кошки, клещам домашней пыли, пшеничной муке, полыни-отрицательный; к эпителию собаки положительный. Со слов пациента – дома животных нет. Получает лечение – серетид 25/250 по 2 дозы 2 раза в день, с хорошим эффектом. При установлении диагноза БА, при прохождении ПМО, пациент В. был отстранен от работы и направлен в профцентр для определения возможной связи заболевания с профессией.



Клинический случай 1

ФВД	ФЖЕЛ	ОФВ ₁	ПОС	МОС ₂₅	МОС ₅₀	МОС ₇₅	Проба с бронхолитиком
	54%	52%	55%	30%	44%	63%	+18

Закл-е: значительные нарушения проходимости дыхательных путей. Тест с бронхолитиком положительный

Анализ крови

Эритро	Нб	ЦП	Ретик.	Тромб.	Лейк.	Б	Э	П	С	Л	М	СОЭ	Сахар крови
5,1	164	1,0			7,2	0	2	4	63	23	8	5	4,4 ммоль/л

Анализ мочи

Кол-во	удел.вес	Белок	Эпителий	лейкоциты	Эритроциты	Цилиндр ы
70,0	1012	-	-	-	-	-

Консультации:

ЛОР: 6 м ШР 6 м, 6 м РР 6 м. Круглогодичный аллергический ринит. Хронический фарингит, ремиссия.

Невролог: DS: Вертеброгенная люмбалгия, хроническое рецидивирующее течение, стадия ремиссии.

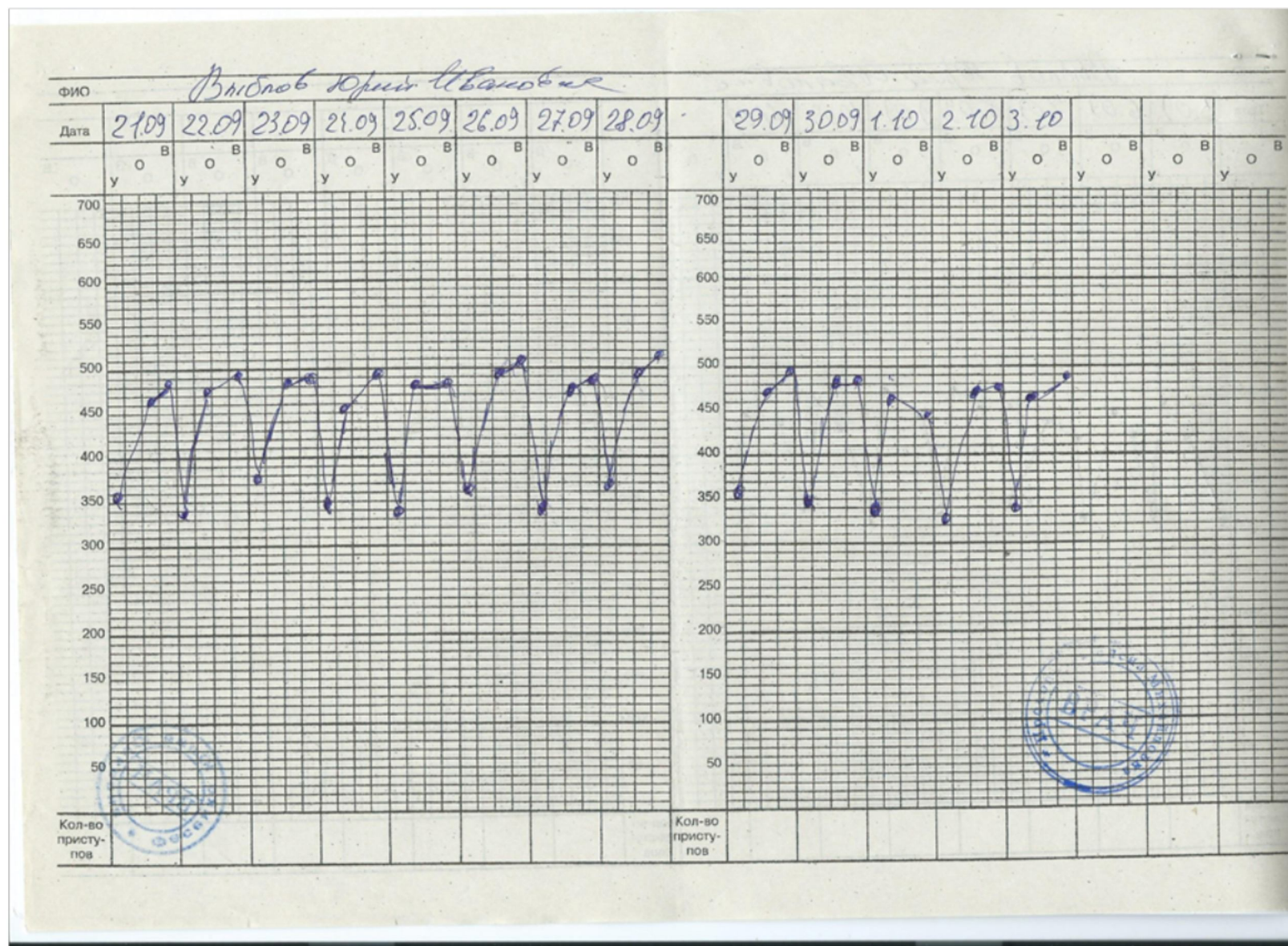
Окулист: оперированное косоглазие, амблиопия правого глаза

Фтизиатр: Данных за туберкулез легких нет.

Аллерголог: Прик-тесты: гистамин – пап.3 мм; п/березы 3мм; п/ольхи 3 мм. Проведен прик-тест с изониазидом – отрицательный. Проведена провокационная экспозиционная проба с рифампицином - отрицательная



Клинический случай 1 (данные пикфлоуметрии)





Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра клинической аллергологии и пульмонологии

664039 г. Иркутск
б. Рябикова, 31

09.10.2013. Повторный консилиум в составе зав. кафедрой профессора Черняка Б.А., доцента Воржевой И.И., ассистента Иванова А.Ф.

Пациент: Выблов Юрий Иванович, 1967 года рождения.

Анамнез заболевания, объективные и дополнительные данные представлены на предыдущем консилиуме от 16.09.13 г.

Провокационный назальный тест с рифампицином от 8 октября 2013 г. **положителен:**

- суммарная оценка назальных симптомов, возникших после воздействия рифампицина на слизистую носа = 3 балла (ранний ответ) при отрицательном контроле;
- эозинофилия назального секрета исходно 0%, через 1, 2 и 3 часа: 9% - 36% - 13%.
Помимо ранней назальной реакции **развился отсроченный бронхоспазм:** бронхоконстрикция через 24 часа (АОФВ1 8 октября – 9 октября) составила 27% (**тест положительный**).
Функциональным изменениям соответствовали клинические проявления в виде приступа удушья.

Появилась так же отсроченная назальная реакция: носовая блокада и ринорея с сукровичным отделяемым.

С учетом анамнеза, особенностей условий труда, клинко-функциональных, аллергологических и КТ-данных может быть выставлен следующий диагноз:
Бронхиальная астма аллергическая, тяжелое, частично контролируемое течение на фоне базисной терапии. Аллергический персистирующий ринит средней степени тяжести. Гиперчувствительный пневмонит, подострое течение. Ингаляционная аллергия к рифампицину. Нарушение ФВД по смешанному типу умеренно выраженное.

Поскольку у пациента имеется **ингаляционная аллергия к рифампицину**, развившаяся в условиях трудовой деятельности и подтвержденная провокационным тестом, необходима экспертная оценка профпатологов для решения вопроса о профессиональном характере заболевания.

Рекомендовано:

1. Преднизолон 30 мг/с 2 недели с последующим снижением до 20 мг/с и через 1 неделю до 15 мг. Вопрос о последующей длительности терапии кортикостероидами и дозовом режиме решить с учетом динамики клинической картины и результатов КТ-обследования через 1 месяц.
2. Серетид в прежней дозе или другие препараты ИКС (1000 мкг/сутки) продолжить в течение 3 месяцев с последующей ревизией дозы.
3. Короткодействующие бронхолитики по потребности.
4. Рациональное трудоустройство.

Б. Черняк
И.И. Воржева
А.Ф. Иванов

Клинический случай 1

из отделения аллергологии и иммунологии МАУЗ ТКБ № 10, в котором находился с 04.10.13 по 15.10.2013 года

Выблов Юрий Иванович, дата рождения 28.03.1967 год.

Диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая, тяжелое частично контролируемое течение, стадия обострения на фоне провокации рифампицином. Аллергический ринит, среднее тяжелое персистирующее течение, фаза обострения на фоне провокации рифампицином. Гиперчувствительный пневмонит, подострое течение. Ингаляционная аллергия к рифампицину. Нарушения ФВД по смешанному типу умеренные. ДНО. Побочное действие бета-агонистов в виде нарушения ритма сердца: желудочковые и предсердные экстрасистолы. Легочная гипертензия.

Сопутствующий: Хронический поверхностный гастрит, бульбит без определения НР. Дистальный эзофагит.

Проведено обследование:

ОАК от 07.10.13: Эр.-4,97х10¹²; Гем-н- 156г/л; Лейк.-9,1х10⁹ э-3, нф-48, м-9, л-38, СОЭ-31 мм/ч, сахар крови-4,1 ммоль/л. **РМП** от 07.10.13 -отриц. **Общий IgE** от 07.10.13: 285 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл).

ОАК от 10.10.13: Эр.-4,83х10¹²; Гем-н- 151г/л; Лейк.-10,89х10⁹ э-0, нф-59, м-7, л-32, 6-0, СОЭ-30 мм/ч, **ОАМ** от 07.10.13 : цвет-с/ж, прозр-ть-проз., уд.вес-1012, белок-нет, эп.пл-един, лейко-един., окс+.

Биохимический анализ крови от 07.10.13: б/бин-14,5 ммоль/л, АсАТ- 20,2 Ед/л, АлАТ- 16,6 Ед/л.

ЭКГ от 07.10.13: синусовый ритм с ЧСС 73 в мин. SI-SII-SIII тип. Признаки перегрузки правого желудочка.

Умеренные нарушения процессов реполяризации бок.стенки. Экстрасистол не зарегистрировано.

ЭКГ от 11.10.13: синусовый ритм с ЧСС 60 в мин. SI-SII-SIII тип. Сохраняется одиночная желудочковая экстрасистолы. Некоторые улучшения процессов реполяризации бок.стенки.

ЭКГ от 14.10.13: умеренная синусовая брадикардия с ЧСС 60 в мин. в состоянии миокарда без отрицательной динамики. ЖЭС не зарегистрировано.

ФГС от 09.10.13: Дистальный эзофагит I степени. Поверхностный гастрит. Выраженный бульбит.

Риноцитограмма от 08.10.13: лейкоциты умеренно, эоз-9%.

Риноцитограмма от 09.10.13: лейкоциты умеренно, эоз-57%.

Провокационный лекарственный тест с препаратом рифампицина (аппликационный, прик-тест) от 07.10.13 - отрицательный.

Провокационный назальный лекарственный тест с препаратом рифампицина от 08.10.13 – положительный.

Бронхомоторный тест (сальбутамол 400 мкг) от 09.10.13 : ОФВ1исх-55%, после бр./лит.-73%; ФЖЕЛ-58%, ЖЕЛ-44%, ОФВ1/ФЖЕЛ-124%. КДБ-34 %. БМТ положительный

Пикфлоуметрия ПСВ при поступлении-59%, КО-11%;

Сатурация кислорода: при поступлении- 96%, при выписке - 96%

Консультация кардиолога от 14.10.13: ХЛС в стадии субкомпенсации. ХСН IIА, ФК(?). Рекомендовано: тест 6-минутной ходьбы, ХМ-ЭКГ, контроль ЭхоКГ (в Диагностическом центре).

Консультация доцента кафедры аллергологии и пульмонологии ГБОУ ИГМАПО И.И. Воржевой: диагноз, рекомендации согласованы.

Консилиум на кафедре аллергологии и пульмонологии ГБОУ ИГМАПО в составе: зав. кафедрой профессор Черняк Б.А., доцент И.И. Воржева, Иванов А.Ф. (протокол на руках).

Проведено лечение:

Режим - стационарный, диета - гипоаллергенная, через небулайзер буденит стерильный 0,5 мг/мл по 1 небуле 2 раза в день, беродуал 20 кап 2 раза в день, серетид 50/500 мкг по 1 дозе 2 раза в день, сальбутамол 100 мкг по 2 дозы по потребности, индапамид 2,5 мг утром, кораксан 7,5 мг 1 раз утром, таб. преднизолон 30 мг по схеме (3+2+1) в течение 7 дней, омега-3 2000 мг 2 раза в день, ранитидин 150 мг 1 таб 1 раз в день, таб. цетрин 10 мг 1 таб 1 раз в день.

Рекомендовано:

Диспансерное наблюдение терапевта. Ведение дневника пикфлоуметрии.

Преднизолон 5 мг в течение 8 дней по 6 таблеток, с последующим снижением до 20 мг/сутки и через неделю до 15 мг в сутки. Сочетать с приемом омега-3 2000 мг 1 таб 2 раза в день, ранитидина 150 мг 1 раз в сутки.

При сохранении болей в эпигастриальной области, несмотря на лечение омега-3 и ранитидином, начать снижение дозы преднизолона раньше рекомендованного срока. В этом случае заменить преднизолон на будесонид суспензию через небулайзер 4-8 мг в сутки. При дозе преднизолона 15 мг - 4 мг будесонида, при дозе преднизолона 10 мг - 8 мг будесонида.



Клинический случай 1

С учетом предоставленных документов, на спец.КЭК установлен диагноз:

Профессиональная бронхиальная астма, тяжелое хроническое персистирующее течение, плохо контролируемая. Лекарственный гиперчувствительный пневмонит (на фоне контакта с рифампицином), подострое течение, нарушения по ФВД умеренной степени. ДН II. Профессиональный аллергический ринит, средней степени тяжести. Заключение – противопоказана работа с аллергизирующими веществами, рифампицином. Направление на МСЭ.



Пациентка К., 23.08.1973 г.р. (51 год на момент обследования в клинике).
Поступила в клинику с направительным диагнозом: хроническая обструктивная болезнь легких.

- Согласно санитарно-гигиенической характеристике от 19.06.24, профмаршрут:
- 2004-2006 – санитарка МУ Шелеховская ЦРБ
- 2006-2007 – медицинский регистратор МУ Шелеховская ЦРБ
- 2008-2009 – машинист крана ОАО «Иркутскабель»
- 2010-наст.вр (2024г) – машинист мостового крана на производстве лесохимии
- Состав и рецептура применяемых веществ и материалов: пиломатериалы хвойных пород, клей ПВА, Эпиклеи, превышений ПДК нет.



Клинический случай 2

Выписка из медицинской карты:

2008- хронический панкреатит
2010 – хронический гастрит
2012 – аутоиммунный тиреоидит
2013 – первичный остеоартроз
2016 – простой хронический бронхит
2017 – ХОБЛ
2018 БА смешанная
2019- ХОБЛ
2020- БА, ХОБЛ
2021 – неаллергическая БА
2022 – БА
2024 – термический ожог 3 степени
(на производстве)

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке. Приступы удушья 1 раз в неделю, купирует применением ипратропия бромида/фенотерол (беродуал).

Получает базисную терапию будесонид/форматерол (симбикорт) 4,5/160 по 2 д 2 р/д, тиотропия бромид (спирива респимат) 2 дозы утром.

Курение 1п/10 дней – 5 лет, последние 6 лет не курит.



Клинический случай 2

Анализ крови

Эритро.	Нб	Тромб.	Лейк.	СОЭ	Сахар крови
4,99	149	304	6,23	10	7,0ммоль/л

Анализ мочи

Кол-во	удел.вес	Белок	Эпителий	лейкоциты	Эритроциты	Слизь
80,0	1010	отр	Единич	0-1-0-1	-	-

Биохимические показатели : об. билирубин 11,3 мкмоль/л, АЛТ 16,1 Е/л, АСТ 12,5 Е/л, холестерин 6,32 ммоль/л, креатинин 102 мкмоль/л, СКФ 55,0 мл/мин по CKD-EPI.

Аллергообследование:

Специфические иммуноглобулины Е (респираторная панель – методика RIDA) клещам дом. пыли -1,1

Провокационная экспозиционная проба с клеем (Akzo Nobel) - положительная

ПГТТ с 75,0 гр. глюкозы 8.00 - 5,6 ммоль/л, 11.00- 12,1 ммоль/л

ЭКГ: синусовая дыхательная аритмия, ЧСС 55-75 в минуту, ЭОС не отклонена.

Рентгенография органов грудной клетки 10.09.24г ЛР не изменён. Корни структурные. КД четкий. Синусы свободные. Сердце, аорта не изменены.

Тест 6 мин. ходьбой: сатурация 98% после ходьбы 96% . Ш. Борга 0\36.

ФВД: ФЖЕЛ - 62 % ,ОФВ1-62% , ИТ 67 , ПОС44%, МОС25%-19 % , МОС50%-15%,МОС75%-20%. Резкие НПДП . Проба с бронхоликом положительная .ИБД =20%

Бодиплетизмография: Бронхиальное сопротивление резко повышено. Выявлены изменения по рестриктивному типу. Нарушения в проходимости бронхов резко выражены. Смешанный тип вентиляционных нарушений. RV 174%

Консультации:

ЛОР: патологии лор органов не выявлено

Невролог: Вертеброгенная цервикорбрахиалгия с ПЛП слева ФН 1, люмбалгия, хр. рецидивирующее течение, ст. нестойкой ремиссии. Послеожоговая контрактура левой кисти , множественные рубцы левой голени, нейропатические боли, стойкий болевой синдром.

Гинеколог: бак. вагиноз?

Дерматолог: невус кожи. Постожеговые рубцы кожи. Рек-но: фонофорез с лидазой 15-20 дней, крем имофераза длительно 6- 12мес.



Клинический случай 2

Учитывая:

- длительный стаж работы с профессиональными аллергенами (древесная пыль, клеи);
- данных обращаемости с 2017 года;
- положительную провокационную пробу с клеем Akzo Nobel;
- наличие атопии
- **Диагноз основной:**

Бронхиальная астма **сочетанного генеза** (профессиональная на фоне аллергии к ЭПИ клеям и атопическая, на фоне аллергии к клещам домашней пыли),

средней степени тяжести, хроническое персистирующее течение, обострение на фоне проводимых проб. Нарушение ФВД тяжелой степени. ДН 0 (SpO2 96%).

Сопутствующий диагноз: ХОБЛ с выраженными симптомами, частые обострения, нарушение по ФВД тяжелой степени тяжести. Буллезная эмфизема ДН 0 (SpO2 96%).

Заключение ВК : Противопоказана работа в контакте с аллергенами, раздражающими веществами. Направление на МСЭК. Рациональное трудоустройство. Профессиональный генез бронхиальной астмы установлен на основании положительной пробы с профессиональным аллергеном (клей), наличие обращаемости в период работы, характерной клинической картины, положительного симптома экспозиции-элиминации.



Возражения на акт о случае работодателя:

все показатели ПДК вредных факторов на рабочих местах предприятия соответствуют гигиеническим нормативам и не влияют на здоровье человека. Условия труда машиниста мостового крана оцениваются 3 классом 1 степенью только по показателю тяжести труда; концентрации вредных химических веществ и концентрация аэрозолей преимущественно фиброгенного действия соответствуют гигиеническим нормативам.

Пациентка К. страдала атопической аллергией на клещей, домашнюю пыль давно, возможно с детства, знала об этом и умалчивала о своем заболевании.

За период работы у пациентки К. имело место быть 2 ЛН, не связанные с БА.

Приказ 141н от 21.03.2025г «Об утверждении перечня ПЗ»:

1.47- БА с преобладанием аллергического компонента;

БА неаллергическая (ирритативная)

БА смешанная



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!!!

665827 Россия, Иркутская область, г.
Ангарск, 12а микрорайон, д. 3, а/я 1154
Телефон/факс (3955) 55-43-27, E-mail:
aniimt_clinic@mail.ru



Бейгель Елена Александровна
e-mail: elena-abramatec@rambler.ru
конт.тел.: 8(3955)586910, доб.1205