

УДК 616.24: 616-056.3: 615.9+614.2

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ ПРОТИВ
ЭКЗОГЕННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ТОКСИЧЕСКИХ АЛЬВЕОЛИТОВ****Восканян А.Г., Восканян А.А.***ООО «Бнабужутюн» (натуротерапия), МЗ РА, Ереван, e-mail: speleonatter@gmail.com*

Альвеолит (alveolitis, от лат. alveolus – лунка плюс itis – воспаление) – воспалительное поражение терминальных отделов дыхательных путей, альвеол и капилляров, с тенденцией к формированию фиброза интерстициальной ткани лёгких. В форме клинического обзора, анализируются случаи альвеолитов, из практики пульмо терапии. Для наглядности приводятся примеры экзогенного аллергического, токсического и токсико-аллергического альвеолитов, с формированием фиброза лёгких, у больных бронхиальной астмой. Во всех случаях фиброз развился в результате беспечности больного и/или безответственности работодателя. Анализируя причины альвеолитов, автор определяет значимость элиминации, в деле профилактики фиброза лёгких. В аспекте заблаговременного выявления риска определяется бесспорность спирометрии, как метода ранней диагностики. Акцентируется значимость семейного анамнеза для раннего определения предболезни, профилактики фиброза и других необратимых процессов в лёгких. При этом причиной роста заболеваемости альвеолитом в Армении автор считает недостаточность просвещения о значимости нарушений санитарных норм на рабочем месте, не использование средств индивидуальной защиты от антигенов, паллютантов и пренебрежение профориентации, при выборе профессии.

Ключевые слова: экзогенно-аллергические, токсические, токсико-аллергические альвеолиты**MEDICO-SOCIAL ASPECTS
OF STRUGGLE AGAINST EXOGENOUS-ALLERGIC AND TOXIC ALVEOLITIS****Voskanyan A.G., Voskanyan A.A.***«Bnabuzhutiun» LLC (naturotherapy), RA Ministry of Healthcare, e-mail: speleonatter@gmail.com*

In the form of a clinical review, author analyzes some cases of allergic and toxic alveolitis, which have occurred during his practice of pulmonotherapy. For illustrative purposes, we show some instances of alveolitis in patients with bronchial asthma, with formation of lung fibrosis, as a result of patients' carelessness and absence of any liability of the employer for inflicted damage. Reasons of the disease are analyzed, and significance of the elimination concerning prophylaxis of lung fibrosis is determined. In terms of timely identification of the risk, indisputability of spirometry is defined when getting employment. The author underscores importance of the anamnesis vitae for early detection of a pre-existing disease condition, as well as for prophylaxis of irreversible processes in the lungs. In this connection, author considers insufficiency of the information and public awareness activity concerning seriousness of violations of sanitary norms on the workplace, non-use of means of individual protection from antigens and pollutants, and disregard of career-guidance as the main reasons of increase of incidence of alveolitis in Armenia. For the purpose of attracting attention of interested persons, both medical figures and legislator who are forming the legal framework, to the problem of fibrosing alveolitis, the author offers following: declare the last Tuesday of September in Armenia as a Day of Struggle Against Alveolitis; legalize the material and legal liability of persons, guilty in occurrence of the occupational diseases; enter into the curriculum of senior classes in the secondary schools a subject «The Basics of Primary Prevention of the Occupational Diseases».

Keywords: exogenous-allergic alveolitis, toxic alveolitis

Цели публикации – привлечь внимание организаторов здравоохранения и мужей законодательной власти, к проблеме профессиональных альвеолитов:

– Узаконить материальную и юридическую ответственность повинных за заболевание.

– Внести в программу школ, основы профилактики профессиональных заболеваний.

– Объявить последний вторник сентября «Днем борьбы против альвеолитов».

Привлечь внимание врачей первого звена, о значимости ранней диагностики пневмонитов.

Аллергические альвеолиты

Аллергические альвеолиты – это неинфекционные воспаления, в форме аллер-

гической реакции в респираторном отделе лёгких, в следствии контакта с органическими антигенами (биогенные лекарственные вещества, растительная и домашняя пыль, споры грибов, другие белковые антигены), при поступлении их в органы дыхания с вдыхаемым воздухом. В результате защитной реакции комплексы антиген-антитело оседают в капиллярной системе респираторного отдела лёгких, в стенках альвеол и бронхиол, и вызывают воспалительную реакцию неинфекционного патогенеза – *пневмонит*.

В последние двадцать лет наблюдается рост заболеваемости альвеолита во всех странах мира, в том числе и в Армении. Причиной тому, наравне с издержками цивилизации, является медицинская

непросвещенность населения, личная безответственность больных, а также безнаказанность работодателей, за нанесенный ущерб здоровью. Примеры из практики:

● *Больной Н, 70 лет. В знак уважения и за заслуги перед обществом, был назначен начальником ЖЭК. Поступил в МЦ ООО «Бнабужутюн» в состоянии подострого пневмонита. В анамнезе установлена семейная отягощенность – астма у матери, а в крови выявлено высокое содержание Jg «Е». При учете объективных клинических данных, анамнеза жизни, наличии болезнетворных органических антигенов на рабочем месте – подвальное помещение, стены, заплесневелые, наличие тараканов и мышей, установлен диагноз: «Экзогенный аллергический альвеолит».*

В результате пульс терапии дексаметазоном объективные и субъективные признаки пневмонита сошли на нет. Около года больной придерживался элиминационных предписаний. Но! В связи с бухгалтерским годовым отчетом, больной несколько дней посетил рабочий кабинет: «Я только подписал годовые бухгалтерские отчеты». Но, этого было достаточно! В результате повторного контакта с повинными антигенами, вспыхнул приступ альвеолита, с признаками фиброза, с нарастающей одышкой. Фиброз легких подтвержден компьютерной томографией – «Матовое снижение прозрачности лёгочной ткани с дифференцируемым рисунком сосудов и бронхов в виде тяжистого рисунка». Причиной фиброза, с фатальным исходом, стала беспечность больного (контакт с аллергенами), не исполнение элиминационных предписаний. Другой пример:

● *Больная А, 35 лет, поступила в МЦ ООО «Бнабужутюн» 07/12/2011, медицинская карта № 190. Активно помогает мужу в содержании зоомагазина. Год назад лечилась по поводу пневмонии. Вопреки нашим рекомендациям и предупреждениям, больная продолжила «любимую» работу. Более того, как и в предыдущий раз, до поступления, безуспешно лечилась по поводу пневмонии. Больная поступила в медицинский центр «Бнабужутюн» в состоянии депрессии с признаками пневмонита – потливость, субфебрильная температура, давящая боль в груди, одышка на физическую нагрузку, нарушение сна, симптомы бронхиальной астмы. На основании анамнеза и по данным физического обследования – крепитация в нижних отделах легких, с учетом наличия длительного контакта с органическими антигенами, определен диагноз: «Экзогенный аллергический фиброзирующий альвеолит. Экзогенная аллергическая астма. Неврастения».*

Пульс терапия с дексаметазоном дали очевидный положительный эффект. Однако родственникам и самой больной наш «вердикт» не понравился. Все упорно твердили: «Рентгенолог написал – «картина сегментарной пневмонии» – так лечите пневмонию». Это не самая большая трагедия. Плохо то, что больная стала протестовать против элиминационных предписаний: «Как, теперь я должна сидеть дома и не работать? Я, не могу одевать любимые меховые изделия? Не могу делать стирку и использовать жавель? То есть я не имею право жить!»! И этого было недостаточно. Муж возмутился по поводу предписания поменять место проживания, а на предложение спать отдельно, напряжение достигло апогея – «Вы вмешиваетесь в нашу семейную жизнь!»! Только терпеливая работа в рамках «астма-школы», объяснения в доступной форме суть болезни и значимость элиминационных мероприятий, удалось убедить хоть, что-то поменять. Но, я не уверен, что спас женщину от грядущего фиброза легких. Муж отказался менять что-либо в образе жизни: «Это отцовский дом, мы будем жить вместе, в этом доме, как жили наши родители».

В нашей практике пульмо терапии практически все больные альвеолитом, проходят тернистый путь мытарства по лечению пневмонии, и поступают уже на этапе нарастающей одышки, то есть – формирования фиброза легких.

В мировой практике, в зависимости от этиопатогенетического фактора, аллергические пневмониты именуются причинными факторами: «Амбарная болезнь», «Болезнь фермера», «Лёгкое любителей птиц», «Лёгкое меховщиков», «Лёгкое дубильщиков», «Болезнь работающих с древесиной», «Болезнь работников сыроварен», «Болезнь моельщиков кофе», «Кашель ткачей», «Лёгкое молотильщиков зерна», «Лёгкое работающих с грибами», «Болезнь моющихся в сауне» и т.д., и т.п. Есть варианты наименований вбирающих национальные особенности культуры быта, как например: «Лёгкое жителей Новой Гвинеи», по причине жилищ из заплесневелой тростниковой пыли, «Летние гиперчувствительные японские пневмониты» – от влажного тёплого воздуха помещений. По аналогии, в Армении можно выделить «Зимние гиперчувствительные пневмониты» – от согреваемых буржуйками квартир. «Лёгкое работника ЖЭК» – от сырых подвальных помещений, где кроме работников, мыши и тараканы, «Болезнь мойщиков шерсти» – от запаха мокрой шерсти и шерстяной пыли. «Лёгкие пекаря лаваша» – от мучной пыли

и жара тонира. В отдельную форму можно выделить «Пневмонит повара». Пример:

● Больной Геворг, 32 лет, поступил в МЦ ООО «Бнабужутюн» 12/02/2014, медицинская карта № 032. Работает поваром. Семейный анамнез отягощен. Стаж болезни (астмы) около года. Ранее дважды лечился по поводу пневмонии (рентген диагноз: «Остаточные явления после перенесенной бронхо пневмонии»). Со слов больного пневмония в обоих случаях протекала хронически, без подъема температуры, а общий анализ крови был в норме.

Поступил в МЦ ООО «Бнабужутюн» с жалобами на нарастающую одышку, хрипы и чувство заложенности в груди, кашель с отхождением скудной мокроты. Были случаи наличия в мокроте «красные спирали».

Аускультативно выслушиваются крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. ПТМ – 12/12 ($K = 1,0$). На основании семейного анамнеза, физикального обследования и результатов анализа кров (атопия, $JgE > 100$) был выставлен диагноз: «Экзогенный аллергический фиброзирующий альвеолит».

Подобные эксцессы в практике пульмо терапии явление обыденное, и каждый случай имеет характерные особенности, как в патогенезе, так и в клинике течения болезни. Целью настоящей статьи является не экзотический экскурс в практику врачевания фиброзирующих альвеолитов, но:

– демонстрация значимости социальных и бытовых упущений, в деле первичной профилактики;

– определение путей социально-бытовой профилактики пневмонитов;

– ранняя диагностика пневмонита и методом комплементарного лечения, недопущение фиброза легких.

Аллергические и токсико-аллергические альвеолиты протекают остро, своевременная элиминация достаточна для излечения. Но при повторном контакте с повинными антигенами формируется хроническая форма альвеолита. Фиброз легких неизбежен при длительном, повторном контакте с повинным антигеном, у лиц с отягощенным наследством.

Симптомы пневмонита схожи с симптомами пневмонии, это высокая температура, выраженная потливость, потеря аппетита. Но в случаях аллергического пневмонита как правило встречаются симптомы системной аллергии – сыпь, головная боль, миалгия, приступы астмы. При выведении формулы диагноза на клиническом этапе, решающее значение имеет аллергологический анамнез, серологические пробы,

клинический анализ крови. А верификация фиброза легких возможна методом компьютерной томографии. Патогномоничным симптомом является одышка на физическую нагрузку.

При острых и подострых формах экзогенного аллергического пневмонита рентгенологическая картина во многом напоминает очаговую пневмонию, но для фиброзирующего альвеолита наиболее частыми находками являются снижение прозрачности легочных полей по типу «матового стекла». Для подострого и хронического пневмонита характерны множественные мелкоочаговые тени на фоне сетчатой перестройки легочного рисунка – по типу «сотового легкого». При компьютерной томографии выявляется диффузное повышение плотности ткани легких, утолщение стенки сегментарных бронхов, множественные мелкоочаговые тени на фоне сетчатой перестройки легочного рисунка – картина хронического интерстициального заболевания легких.

Токсические альвеолиты

Токсические альвеолиты, альвеолиты формирующиеся при воздействии токсических соединений непосредственно на стенки легочных капилляров, что приводит к нарушению микроциркуляции в интерстициальной ткани с последующим фиброзом. В некоторых случаях токсические соединения помимо прямого воздействия на легкие воздействует на иммунную систему, еще больше усугубляя течение заболевания. Патогенными факторами токсических альвеолитов могут быть, как тяжелые металлы – свинец, ртуть, медь, кадмий, кобальт, бериллий, никель, так и раздражающие газы – хлор, аммиак, сероводород. Примеры из практики:

● Больной Гарик, 33 года, поступил в МЦ ООО «Бнабужутюн» 16/11/2015, медицинская карта № 147–'15. Считает себя больным около одного года, причина заболевания – отравление раздражающим газом (работает на золото добывающем руднике, со слов больного «В забое появился запах тухлых яиц»). Медицинская помощь, по случаю отравления – паллиативные мероприятия, в том числе – ингаляции кислорода. Приступы астмы начались спустя 2–3 дня в форме кашля, хрипов в груди и приступов удушья. Получил лечение в условиях дневного стационара, в том числе – дексаметазоном. Последующий приступ астмы наступил через одну неделю. Во время лечения была реакция на спазмалгон и анальгин. В настоящее время принимает средства народной медицины, что ухудшает

самочувствие, а при усилении приступа астмы принимает сальбутамол.

При поступлении, субъективный статус: нарушение дыхания в форме: хрипов в груди, сухого кашля, бывает с мокротой. Жалуются на частые головные боли, вздутия живота. Объективный статус: в нижних отделах легких выслушиваются крепитирующие хрипы. Общий анализ крови, лейкоцитоз – 17,2 (N – 4,5 – 11,0), при отсутствии сдвига и нормальном СОЭ – 2 (N – 2 – 10). Высокие показатели транспорта кислорода – эритроциты – 5,8 (N – 4,3 – 5,7); гемоглобин 175,1 (N – 132,0 – 173,0); гематокрит 45,5 (N – 39,0 – 49,0), что несет компенсаторный характер. Биохимический анализ крови, JgE – 165,7 (N – < 100 IU/ml), что подтверждает семейную атопию. Исследование кала – Энтеробиоз (острицы).

На основании анамнеза, физического обследования, анализов крови, мочи, кала выставлен диагноз: «Токсический альвеолит. бронхиальная астма смешанная форма. Энтеробиоз. Лейкемоидная реакция». В результате пульс терапии прекратились приступы одышки, исчезли крепитирующие хрипы. Плановое лечение, в том числе дегельминтизация – эффективное.

На данном примере очевидно несоблюдение техники безопасности в цеху, незнание прав работника. Больной не подавал иска на компенсацию ущерба здоровью. Работодатель остался без наказанного, т.е. – не работают механизмы социальной защиты работников вредных производств.

Другой пример несоблюдения санитарных норм на рабочем месте.

• Больная К, 55 лет, более 30 лет, поступила 15/12/2015, медицинская карта № 167, работает техником по изготовлению металлокерамических протезов, из материалов (металлическая фракция: Cr, Ni, Al, Fe, Co, Ti, Zr и их сплавы; керамическая фракция: оксиды Al₂O₃, Cr₂O₃, SiO₂, SiO₂, ZrO₂; карбиды SiC, Cr₃C₂, TiC, WC; бориды Cr₂B₂, TiB₂, ZrB₂; силициды MoSi; нитриды TiN; углерод алмаз, графит. Поступила в состоянии обострения токсического альвеолита – нарастающая одышка на физическую нагрузку, сухой приступообразный кашель на запахи, крепитирующие хрипы нижних отделов легких, слева. Семейный анамнезотягощен, но JgE в крови – N.

Считает себя больной два года, как появилась нарастающая одышка. Ранее болезнь проявлялась нейродермитами – псориаз на локтевых поверхностях рук, экзема на тыльной поверхности правой ступни. В последнее время – рожистое воспаление голени ног. Спирометрия – ПТМ = выд.03/вд.05. На основании объективных данных, субъективных проявлений болезни и анамнеза

болезни выставлен диагноз: «Токсический фиброзирующий альвеолит, хронического течения. Бронхиальная астма смешанная форма. Аллергический нейродермит. Рожистое воспаление на нижних конечностях. Ожирение 3 степени. ДН – 2 ст. Легочное сердце (ЛС Н1). Гипертоническая болезнь». Несмотря на очевидные болезни больная продолжает работать во вредных условиях. Работодатель продолжает эксплуатировать в условиях не соответствующих санитарным нормам. После долгих пояснений сути болезни и прогноза, больная К решила привести в порядок систему вытяжки, перенести сушилку изделий в соседнюю комнату. При этом надо заметить, что – и больная, будучи по образованию медиком, и врачи, к которым обращалась больная, проводили не однократно антибиотикотерапию, плюс, больна регулярно принимает Конкор Кор, как гипотензивное средство, по назначению врача-кардиолога.

Токсико-аллергические альвеолиты

Это инфекционные заболевания, в основном вирусной этиологии, ведущие к тяжелому острому респираторному синдрому. Клиницисты развитых стран считают, что из 100 инфицированных респираторными инфекциями, 50 являются носителями вируса, а 50 заболевают атипичной пневмонией, и из них каждый пятый погибает в следствии токсико-аллергического альвеолита. Причиной тому – беспечность больного.

Атипичная пневмония (АТП) – медицинское обозначение воспаления легких вызванного не типичными для обычной пневмонии возбудителями, в том числе: легионеллы (легионеллез), микоплазмы (легочный микоплазмоз), хламидии (хламидиоз легких), вирусы (вирусная пневмония). Частым из возбудителей АТП является мутант из второй группы корона-вирусов. Передается вирус воздушно капельным и воздушно пылевым путем. Надо знать, что вирус может жить вне носителя до 6 часов, поэтому возможно заражение через выделения и предметы общего пользования.

Симптомы АТП – высокая температура и сухой кашель, затрудненное и учащенное дыхание, а также озноб, головные боли, потеря аппетита, недомогание и боли в мышцах, сухость кожи и диарея. Рентгенологически наблюдается картина воспаления легких, но с наличием жидкости между клетками – интерстициальное воспаление легких – альвеолит. Особенностью АТП является преобладание симптомов общей интоксикации, которые покрывают легочные

проявления болезни, развивается *острый респираторный синдром*, который непредсказуем, протекает мало симптомно. Врач начинает лечить пневмонию, между тем формируется *токсико-аллергический альвеолит*, с нарастающей одышкой и фатальным исходом.

Борьба против альвеолитов

Как следует из вышеизложенного основного требования борьбы сводится к предотвращению фиброза, посредством прекращения контакта с повинным агентом. При этом, если прогноз аллергического альвеолита на ранних этапах заболевания, *при условии прекращения контакта с повинным антигеном, благоприятный, то прогноз фиброзирующего альвеолита фатальный*.

Если в случаях аллергического и токсического альвеолита важно прервать контакт с агентом вызывающего фиброз легких, то при вирусной атипичной пневмонии важно своевременное и полноценное лечение. Лечение фиброза – фиброзирующего альвеолита – малоэффективно, а в некоторых случаях лечение ускоряет процесс фиброза легких, особенно при приеме не показанных препаратов, в том числе с целью профилактики инфекции. По этому поводу уместен постулат «Клятвы Гиппократа» – *Не навреди!* Не назначай лекарства в априори, не уточнив их вредное действие на другие органы и системы.

Фиброзирующий альвеолит (ФА) неизлечимая болезнь, но своевременная элиминация, комплементарное лечение экзогенно-аллергического, токсического или токсико-аллергического альвеолита, до формирования фиброза легких, можно полностью избавит пострадавшего от недуга. Если не принимать меры первичной профилактики, то будут нарастать заболеваемость и инвалидизация. При этом лечение токсико-аллергического альвеолита необходимо проводить в блоках интенсивной терапии. Кроме препаратов *симптоматического лечения и дезинтоксикации, противовирусные средства, антибиотики, кортикостероиды*.

Альвеолиты часто возникает, как проявление системных заболеваний – первичный биллиарный цирроз печени, красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия, синдром Шегрена, саркоидоз легких. К самостоятельной нозологической форме относится *идиопатический альвеолит*, т.е. возникший по неустановленной причине, самостоятельно, не зависимо от других болезней. Лечение этих системных форм фиброзирующих альвеолитов сводится к приему системных глюкокортикостероидов.

Рекреация и вторичная профилактика альвеолитов

Для всех форм альвеолитов, после нормализации температуры и при отсутствии ды-

хательной и/или сердечной недостаточности, показана рекреация в спелеотерапевтической камере или в подземной здравнице спелеотерапии. Комплементарное лечение традиционными и нетрадиционными методами – медикаментозный контроль в комплемента с естественными и преформированными физическими факторами, могут быть успешными в рекреации больного организма и профилактики хронического обструктивного заболевания легких. Медицинский контроль осуществлять у пульмо терапевта.

Выводы

Проблеме борьбы против фиброзирующих альвеолитов надо придать государственный формат. Необходимы административные и уголовные меры к учреждениям и юридическим лицам причастным к созданию опасных условий труда. Повинные должны нести экономическую ответственность:

1. Работодатели не обеспечивающие санитарно-гигиенические нормы на рабочем месте должны оплачивать расходы на лечение.

2. Лица, в том числе члены семьи, сотрудники по работе и т.п., повинные в загрязнении жизненного пространства (табака курение), должны привлекаться к материальной ответственности за нанесенный ущерб здоровью.

3. Необходимо ввести в обязательства министерств здравоохранения и просвещения, проведение занятий в школах, в учебных заведениях, на предприятиях, по санитарно-гигиеническому просвещению по вопросам профессиональных заболеваний. Помочь подросткам и родителям в правильном выборе профессии.

4. На законодательном уровне внести юридические нормативы подачи иска граждан, пострадавших от не умышленного нанесения ущерба здоровью.

5. С целью привлечения внимания государственных структур, на значимость проблемы фиброзирующего экзогенного, а также токсического альвеолитов, учредить «день борьбы против альвеолитов» – ежегодно, в последний вторник сентября.

Список литературы

1. Рой Паттерсон, Лесли К. Граммер, Пол А. Гринберг. Аллергические заболевания, диагностика и лечение. – М.: Медицина, 2000. ISBN 5-9231-0011-8.
2. Восканян А.Г., Восканян Ануш А. Пневмония. Особенности течения и лечение больных астмой // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 6 (часть 2). – С. 20–33.
3. Восканян А.Г. Этические аспекты врачевания больных интерстициальными болезнями легких в кривом зеркале капиталистических реалий здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 1. – С. 30–40 // European Journal Of Natural History. – 2010.
4. Восканян А.Г. Клиническая педагогика или философия врачевания // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 8. – С. 35–45.
5. Восканян А.Г. Бронхиальная астма в Армении (вчера, сегодня, завтра) // Современные научные технологии. – 2010. – № 11. – С. 10–16.