

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ПНЕВМОКОНИОЗ У ПРОХОДЧИКА УГОЛЬНОЙ ШАХТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ И ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПРОФЕССИЕЙ

Акынжанова С¹.

¹НАО «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний» (100017, Республика Казахстан, г.Караганда, ул.Мустафина 15, e-mail: info@nao.ncgt.kz)

1. Акынжанова С., к.м.н., заместитель руководителя по клинической работе НАО «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний»

Представлен клинический случай пациента 49 лет, работавшего проходчиком подземной угольной шахты в течение 29 лет в условиях воздействия угольно-породной пыли с концентрациями, превышающими предельно допустимые уровни. Особенностью случая является длительное отсутствие патологических изменений при ежегодной флюорографии легких, несмотря на наличие одышки при физической нагрузке с 2018 года. Изменения в легких впервые были выявлены при компьютерной томографии органов грудной клетки, выполненной после хирургического лечения рака правой почки. На КТ определялись множественные очаговые изменения в легких, часть из которых имела признаки кавитации, а также хронический бронхит и парасептальная эмфизема. В связи с онкологическим анамнезом первоначально проводилась дифференциальная диагностика между профессиональным пневмокониотическим процессом, специфическим процессом и лимфогенным канцероматозом. Последующее обследование включало консультации фтизиатра, пульмонолога и профпатолога, исследование функции внешнего дыхания. Выявлено умеренное нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу и выраженное нарушение бронхиальной проходимости с положительной бронходилатационной пробой. Решением врачебной комиссии пациент был направлен в Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний для проведения экспертизы связи заболевания с профессией.

Ключевые слова: пневмокониоз, угольно-породная пыль, проходчик, профессиональное заболевание, профессиональная экспозиция, компьютерная томография, флюорография, экспертиза связи заболевания с профессией.

Введение. Пневмокониозы относятся к хроническим профессиональным заболеваниям органов дыхания, формирующимся вследствие длительного воздействия производственной пыли. Диагностика профессионального пылевого заболевания требует комплексной оценки клинических проявлений, данных лучевой диагностики, функционального состояния легких и, принципиально важно, характера и длительности профессиональной экспозиции.

Представленный случай представляет практический интерес в связи с длительным стажем работы пациента в подземных условиях, воздействием угольно-породной пыли, несоответствием между наличием клинических симптомов и результатами профилактической флюорографии, а также необходимостью проведения дифференциальной диагностики с онкологическим и инфекционным процессами.

Клинический случай

Пациент, мужчина 49 лет, родился и проживает в Караганде. Имеет среднее образование, женат, имеет двоих детей.

Профессиональный анамнез характеризуется длительной работой в подземных условиях. В течение 29 лет пациент работал проходчиком на угольной шахте г.Караганды с воздействием угольно-породной пыли. Согласно данным санитарно-эпидемиологической характеристики условий труда №102/2 от 12.03.2026 г., концентрации угольно-породной пыли на рабочем месте превышали предельно допустимые концентрации.

Первые эпизоды одышки при физической нагрузке пациент отмечает с 2018 года. При подъеме на третий этаж возникала одышка. Несмотря на наличие симптомов, за медицинской помощью по этому поводу пациент длительное время не обращался.

В течение периода работы пациент ежегодно проходил профилактические обследования с проведением флюорографии органов грудной клетки. Последнее исследование от 14.03.2025 г. патологических изменений не выявило.

В июле 2025 года пациент перенес хирургическое лечение по поводу рака правой почки III стадии (T3N1M0): выполнены лапароскопическая нефрэктомия справа и лимфодиссекция. В рамках послеоперационного обследования была проведена компьютерная томография органов грудной клетки от 21.07.2025 г.

По данным КТ выявлены множественные очаговые изменения в легких, некоторые из которых имели признаки кавитации. Кроме того, описаны признаки хронического бронхита и невыраженной парасептальной эмфиземы. С учетом наличия злокачественного новообразования правой почки и характера изменений

в легких было высказано предположение о возможном лимфогенном канцероматозе; одновременно отмечалось, что выявленная картина может соответствовать профессиональному заболеванию.

При контрольной КТ органов грудной клетки от 04.11.2025 г. Существенной динамики выявленных изменений не отмечено.

14.01.2026 г. пациент консультирован врачом-фтизиатром. В заключении указано: «Пневмокониоз?», рекомендована консультация профпатолога.

18.01.2026 г. проведена консультация пульмонолога. Предварительный диагноз сформулирован как интерстициальные изменения в легких в виде множественных очагов, часть которых с признаками кавитации; рекомендована дифференциальная диагностика со специфическим процессом. Также возник вопрос о профессиональном характере выявленной легочной патологии.

В дальнейшем пациент направлен на специализированную консультацию по профпатологии.

Решением врачебной комиссии №33 от 23.02.2026 г. рекомендовано направление пациента в НАО «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний» для проведения экспертизы связи заболевания с профессией по поводу предполагаемого пневмокониоза.

Жалобы и объективное состояние.

При госпитализации 29.04.2026 г. пациент предъявлял жалобы на одышку при физической нагрузке, в том числе при подъеме на третий этаж, общую слабость и повышенную потливость. Кроме того, отмечал боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в левую нижнюю конечность, онемение и судорожные стягивания мышц нижней конечности.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка нормостенической формы. Перкуторно над легкими определялся ясный легочный звук. Выстояние верхушек легких - 3 см. Нижняя граница легких по лопаточной линии - на уровне X ребра. Экскурсия легочных краев - около 3 см с обеих сторон.

При аускультации отмечалось ослабленное везикулярное дыхание, хрипы не выслушивались. Частота дыхательных движений - 18 в минуту, сатурация кислорода - 97% в покое.

Артериальное давление - 125/70 мм рт. ст., пульс - 90 уд/мин.

Функциональное исследование легких

По данным спирографии от 30.04.2026 г.: ФЖЕЛ - 85,7%;ОФВ1 - 59,3%; ОФВ1/ФЖЕЛ - 73,7%;ПОС - 33,2 л/с; МОС25 - 33,7%; МОС50 - 37,0%; МОС75 - 34,8%. Заключение: умеренное нарушение вентиляционной функции легких по

смешанному типу, значительное нарушение бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов. Проба с бронхолитиком положительная: прирост ОФВ1 составил 16%.

Полученные данные свидетельствовали о наличии выраженного функционального нарушения бронхиальной проходимости, что в совокупности с КТ-признаками хронического бронхита и эмфиземы требовало учета сопутствующего бронхообструктивного компонента.

Другие исследования:

Электрокардиография от 30.04.2026 г.: синусовая брадикардия с ЧСС 51 уд/мин, нормальное положение электрической оси сердца, достаточный вольтаж.

Общий анализ мочи, показатели коагулограммы и С-реактивного белка - без существенных патологических отклонений.

В стационаре пациент получал ингаляционную терапию бронходилатирующими и муколитическими препаратами, а также кинезотерапию, включавшую дыхательные упражнения, диафрагмальное дыхание и упражнения с удлиненным выдохом.

Дифференциальная диагностика.

В данном случае принципиальное диагностическое значение имело наличие у пациента двух потенциально значимых факторов, способных обусловить изменения в легких: длительной профессиональной экспозиции к угольно-породной пыли и перенесенного рака правой почки.

На первом этапе выявленные при КТ множественные очаговые изменения с признаками кавитации потребовали исключения: профессионального пылевого заболевания легких; специфического инфекционного процесса, прежде всего туберкулеза; метастатического поражения легких и лимфогенного канцероматоза; других интерстициальных и воспалительных заболеваний легких.

В пользу профессиональной природы заболевания свидетельствовали крайне длительный стаж работы в подземных условиях, документированное воздействие угольно-породной пыли в концентрациях, превышающих ПДК, наличие респираторных симптомов и характер выявленных изменений.

Вместе с тем наличие онкологического анамнеза существенно осложняло диагностическую оценку и требовало исключения вторичного опухолевого поражения легких.

Особенности профилактического наблюдения и диагностики

Особого внимания заслуживает тот факт, что пациент с 29-летним стажем работы в условиях воздействия угольно-породной пыли ежегодно проходил

флюорографические исследования, при этом последнее исследование от 14.03.2025 г. было расценено как не выявившее патологии.

В то же время пациент уже с 2018 года отмечал одышку при физической нагрузке.

Таким образом, данный случай демонстрирует важную проблему профилактических осмотров работников пылевых профессий: отсутствие патологических изменений на флюорографии не исключает наличия ранних или интерстициальных изменений легочной ткани. Флюорография и КТ не являются взаимозаменяемыми методами, а наличие стойких респираторных жалоб у работника с длительной профессиональной экспозицией должно являться основанием для углубленного обследования независимо от формального отсутствия изменений при профилактическом рентгенологическом исследовании.

В рассматриваемом случае патологический процесс был выявлен не в рамках планового профосмотра, а при проведении КТ по другому клиническому поводу - после хирургического лечения рака почки.

Экспертная оценка.

У пациента имеется сочетание трех ключевых компонентов, имеющих значение для установления профессиональной природы заболевания:

1. Длительная и интенсивная профессиональная экспозиция.

Стаж работы в условиях подземной угольной шахты составляет 29 лет. Воздействие угольно-породной пыли документировано санитарно-эпидемиологической характеристикой, при этом концентрации превышали ПДК.

2. Клинические и функциональные проявления поражения органов дыхания.

С 2018 года отмечается одышка при физической нагрузке. При исследовании функции внешнего дыхания выявлены умеренные вентиляционные нарушения по смешанному типу и значительное нарушение бронхиальной проходимости.

3. Морфологические изменения легких.

По данным КТ выявлены множественные очаговые изменения, часть из которых с признаками кавитации, а также хронический бронхит и парасептальная эмфизема.

При этом окончательное установление связи заболевания с профессией требует комплексной экспертной оценки с учетом характера и длительности профессиональной экспозиции, результатов лучевых и функциональных исследований, динамики процесса, данных специализированного обследования и исключения заболеваний непрофессиональной этиологии.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует профессиональное заболевание органов дыхания у работника угольной промышленности при наличии сопутствующей онкологической патологии.

Главной особенностью наблюдения является длительное воздействие угольно-породной пыли на протяжении 29 лет при наличии респираторных жалоб с 2018 года и отсутствии патологических изменений по данным ежегодной флюорографии, включая исследование от 14.03.2025 г. Значимые изменения в легких были выявлены только при КТ, выполненной после хирургического лечения рака правой почки.

Наличие множественных очаговых изменений с признаками кавитации потребовало проведения дифференциальной диагностики между пневмокониозом, специфическим процессом и метастатическим поражением легких. Результаты функционального исследования легких подтвердили наличие выраженных нарушений бронхиальной проходимости.

Случай подчеркивает необходимость не ограничиваться результатами флюорографии при проведении профилактического наблюдения работников с длительным стажем воздействия производственной пыли. При наличии стойких респираторных симптомов, длительной профессиональной экспозиции и/или сомнительных изменений необходима расширенная диагностика, включая КТ органов грудной клетки и исследование функции внешнего дыхания.

Для окончательного решения вопроса о профессиональной природе выявленного заболевания пациент был направлен на специализированную экспертизу связи заболевания с профессией в НАО «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний».

Практическое значение случая: своевременное выявление профессиональных заболеваний органов дыхания у работников угольной промышленности требует сопоставления клинических симптомов, результатов профилактических обследований, современных методов лучевой диагностики, функционального состояния легких и документированных данных о производственной экспозиции.