

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель Министра

\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть  
27 апреля 2007 г.  
Регистрационный № 134-1106

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: Республиканский научно-практический  
центр гигиены, ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.В. Федорович, канд. мед. наук Л.Ф.  
Яковлева, канд. мед. наук О.М. Калечиц, А.Г. Сапельников

Минск 2007

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Инструкция по ранней диагностике и профилактике специфических инфекционных осложнений при пневмокониозах предназначена для формирования групп с высоким риском развития туберкулезной инфекции, а также диспансерного наблюдения больных силикотуберкулезом.

Рекомендуется для терапевтов поликлиник, цеховых врачей медико-санитарных частей промышленных предприятий, фтизиатров противотуберкулезных диспансеров.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

В диагностике и профилактике туберкулезной инфекции выделена поэтапная система обследования рабочих промышленных предприятий с использованием метода ИФА-скрининга. С целью ранней диагностики туберкулезной инфекции в комплекс мероприятий наряду с флюорографическим обследованием включен иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления специфических антител к возбудителю туберкулеза.

Система диагностических мероприятий при проведении ежегодных профилактических медицинских осмотров рабочих промышленных предприятий включает следующие этапы:

*Первый этап* – профилактическое медицинское обследование, в котором помимо обязательной флюорографии применяется иммуноэпидемиологический ИФА-скрининг с целью выявления групп с высоким риском развития туберкулезной инфекции для дальнейшего обследования и дифференцированного диспансерного наблюдения.

Обнаружение специфических антител и уровня их концентрации с помощью ИФА (положительный результат) у пациента с рентгеноположительной картиной в легких свидетельствует о возможном активном туберкулезе легких либо о высокой степени напряженности противотуберкулезного иммунитета в группах повышенного риска развития заболевания, к которым относятся больные пневмокониозами, вследствие большой вероятности эндогенной реактивности туберкулеза.

*Второй этап* – обследование лиц с положительной реакцией ИФА при отсутствии рентгенологических изменений в легких в условиях медико-санитарных частей предприятий или поликлиники (через 30 дней).

Стойко серопозитивные лица, выявленные на втором этапе, и больные пневмокониозами, согласно диагностическому алгоритму, направляются в противотуберкулезный диспансер для углубленного исследования органов дыхания и выявления туберкулеза.

*Третий этап* – расширенное клиничко-рентгенологическое и лабораторное обследование стойко серопозитивных лиц на выявление туберкулезной инфекции с помощью различных диагностических методов: рентгенологического, бактериологического, туберкулинодиагностики, морфологической диагностики, исследования функции внешнего дыхания (ФВД), фибробронхоскопии (ФБС), полимеразной цепной реакции (ПЦР) в противотуберкулезных учреждениях. Формирование групп высокого риска

развития туберкулезной инфекции для проведения химиопрофилактики и диспансерного наблюдения.

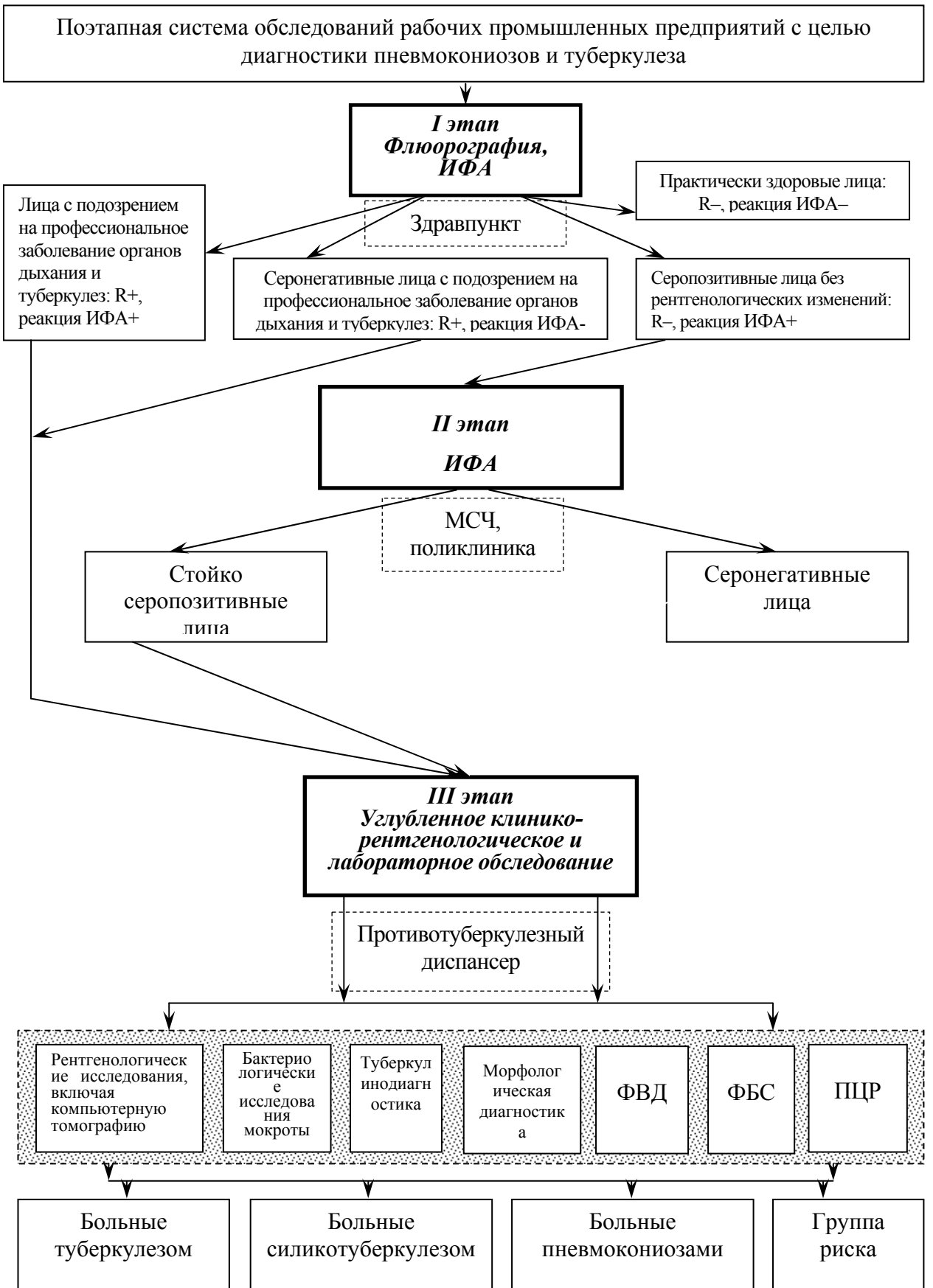
Схематически алгоритм ранней диагностики профессиональных заболеваний органов дыхания и туберкулеза представлен на рисунке.

Если кислотоустойчивые бактерии в мокроте не обнаружены, а при рентгенологическом исследовании выявлены ранее не определяемые изменения в органах дыхания, больному в условиях МСЧ, поликлиники необходимо назначить курс неспецифической терапии с последующим рентгенологическим контролем.

Необходимо учесть, что с целью неспецифической терапии нельзя назначать антибиотики, обладающие антимикобактериальным действием (рифампицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, цiproфлоксацин, офлоксацин), так как в случае туберкулеза это может затруднять дифференциальную диагностику, а также способствовать быстрому развитию вторичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к данным препаратам.

При отсутствии или незначительной динамике клинических и рентгенологических данных, включая компьютерную томографию, пациенту следует выполнить бронхологическое исследование с забором материала для микробиологического, цитологического и морфологического подтверждения диагноза. В случае отсутствия бактериоскопического, цитологического или морфологического подтверждения диагноза, но при сохранении характерной для силикотуберкулеза клинико-рентгенологической картины, следует назначить противотуберкулезную терапию до получения результата культурального исследования мокроты. На весь период дифференциальной диагностики в противотуберкулезном учреждении пациент наблюдается по «О»-группе диспансерного учета (туберкулез органов дыхания сомнительной активности).

Учитывая сложности дифференциальной диагностики, необходимость использования специфической терапии, бронхологического обследования, туберкулиновых провокационных проб, подбора режима лечения, выяснения побочного действия лекарств больного следует госпитализировать в дифференциально-диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера до получения в динамике результатов повторных исследований. В случае необходимости дальнейшего продолжения антибактериальной терапии больной может продолжить ее в условиях дневного стационара противотуберкулезного диспансера или амбулаторно. Окончательное решение об установлении диагноза силикотуберкулеза принимается по совокупности клинико-рентгенологических симптомов и динамики процесса.



**Рисунок – Алгоритм ранней диагностики пневмокониозов и туберкулеза**

## **Диспансеризация**

По результатам профилактических медицинских осмотров формируются группы для диспансерного наблюдения:

- лица с повышенным риском развития профессиональных заболеваний органов дыхания (рабочие со стажем работы более 10 лет в контакте с неблагоприятными производственными факторами);
- пациенты с установленным диагнозом «пневмокониоз», которые наблюдаются цеховым врачом в медсанчасти или участковым терапевтом;
- больные силикозом II стадии и силикотуберкулезом.

Больным силикозом I стадии, не осложненным туберкулезом (группа повышенного риска заболевания туберкулезом), необходимо проведение 2 раза в год исследования на выявление маркеров туберкулезной инфекции с использованием метода ИФА с целью установления возможного нарастания уровня специфических антител к возбудителю туберкулеза.

Больные силикозом II стадии и силикотуберкулезом наблюдаются у фтизиатра по группам диспансерного учета, как и пациенты с туберкулезом, в соответствии с «Инструкцией по диспансерной группировке контингентов противотуберкулезных учреждений», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 106 от 09.07.2002 г.

С целью своевременной диагностики рецидивов при силикотуберкулезе больные подлежат комплексному клинко-рентгенологическому обследованию 2 раза в год, а при появлении симптомов интоксикации туберкулезного характера – обязательной госпитализации, независимо от сроков предыдущего обследования.

Для предупреждения развития туберкулеза при силикозе применяется химиопрофилактика инфицированных лиц без клинко-рентгенологических проявлений заболевания изониазидом 300 мг в сутки ежедневно в течение 2-х месяцев с последующим ИФА-контролем. Химиопрофилактика назначается фтизиатром. Профпатолог или врач медико-санитарной части предприятия выполняет назначения фтизиатра.