



В.І. Петренко¹, Л.Д. Тодоріко²,
Ю.А. Варченко¹, Г.Ф. Негря¹, Г.В. Радиш¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

²Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Латентна туберкульозна інфекція

Як у економічно розвинених країнах, так і у країнах, що розвиваються, значна частка випадків туберкульозу є наслідком наявності осіб з латентною туберкульозною інфекцією (ЛТБІ). У третини інфікованого населення Землі існує величезний потенціал постійної передачі і розвитку хвороби. Важливим компонентом контролю за туберкульозом у багатьох промислово розвинених країнах з низькою частотою туберкульозу є забезпечення лікарськими протитуберкульозними засобами окремих осіб з ЛТБІ з метою запобігання розвитку активної форми хвороби. У багатьох дослідженнях доведено ефективність однокомпонентної терапії ізоніазидом у межах 25–95 %. У ВІЛ-позитивних осіб з позитивною реакцією на туберкулін лікування ЛТБІ скоротило частоту захворювання на СНІД та смертність.

Ключові слова

Латентний туберкульоз, епідеміологія, імунітет, діагностика, ВІЛ, лікування.

Латентна туберкульозна інфекція (ЛТБІ) — субклінічне інфікування *M. tuberculosis* (МБТ) без клінічних, бактеріологічних або радіологічних ознак активної хвороби [38, 55]. Понад 30 років тому було виявлено, що випадки субклінічного, латентного інфікування МБТ є ключовим моментом динаміки туберкульозу [9]. Поширеність туберкульозної інфекції у населення найефективніше знижується у разі виявлення потенційних джерел інфекції, у міру можливості, якомога раніше, та переривання ланцюга передачі інфекції. Розвиток активної хвороби в осіб з ЛТБІ є постійною загрозою передачі, а контролювати особливо тяжко в регіонах, де низька частота спричинила зниження компетентності в ідентифікації та контролі за спалахами туберкульозу [37]. Тому стратегії ліквідації туберкульозу в країнах з низькою частотою мають на меті зменшення поширення ЛТБІ, особливо серед населення з високим ризиком прогресування до маніфестної форми хвороби.

Епідеміологія

Майже у 5 % інфікованих МБТ за відсутності інших несприятливих чинників у середньому за 3–4 роки розвивається первинний туберкульоз [50]. Цей відсоток нижчий у дітей і вищий у дорослих [50, 54]. Проте після 5 років інфікування

залишається невисокий ризик розвитку туберкульозу через «реактивацію» так званої латентної інфекції.

Чи життєздатна латентна МБТ до кінця життя у всіх інфікованих осіб, невідомо, але ризик реактивації у багатьох, безумовно, залишається аж до похилого віку, адже МБТ можуть перебувати у неактивному стані на місці первинного інфікування багато років, реактивуючись та зумовлюючи туберкульоз у разі ослаблення імунної системи макроорганізму внаслідок старіння, інтеркурентних захворювань або імуносупресивної терапії.

Інфікування поєднується з частково захисною набутою імунною відповіддю [54], що вказує не лише на проблему розробки ефективної вакцини [3, 23, 56], а й на ризик реінфікування та розвитку туберкульозу у вже інфікованих осіб, які проживають в ендемічній зоні. Значення повторного інфікування залишається суперечливим, але легко пояснює зниження захворюваності на туберкульоз в Європі [21, 54] та підтверджується численними генетичними дослідженнями [17].

Ризик розвитку туберкульозу після інфікування, безумовно, залежить від поширення. Було емпірично визначено та ретроспективно підтверджено, що частота бактеріоскопічно позитивного туберкульозу зростає майже на 50/100000/рік на кожен 1 % зростання річного ризику інфікування [21, 49]. Цей показник можна відтворити за допомогою математичних