

Борисевич А.В., Грибок Е.С.

**ЛАТЕНТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ВЛИЯНИЕ
ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЕЕ ТЕЧЕНИЕ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кривошеева Ж.И.

Кафедра фтизиопульмонологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Одной из важных медико-социальных проблем во всем мире является заболеваемость и смертность от туберкулёза. В результате контакта организма человека с МБТ кроме активных локальных форм туберкулёза (ТБ), может произойти инфицирование, не проявляющееся клинико-рентгенологическими симптомами активного туберкулезного процесса. При этом единственным показателем состояния инфицирования МБТ является развитие стойкого иммунного ответа на стимуляцию антигенами МБТ. Данное состояние определяется как латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ). Лица с ЛТИ являются резервуаром для появления новых случаев активного ТБ, поэтому своевременное выявление и эффективная терапия ЛТИ могут стать эффективной мерой профилактики ТБ, направленной на предупреждение и распространение данного заболевания среди населения.

Цель: оценить эффективность и переносимость превентивной терапии у пациентов детского возраста с латентной туберкулёзной инфекцией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации, заполнение карт наблюдения 40 детей, с подтвержденным диагнозом ЛТИ, наблюдавшихся в Минском клиническом центре фтизиопульмонологии с 2019 по 2024 гг. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики с использованием программы MS Excel и IBM SPSS STATISTICS.

Результаты и их обсуждение. Исследуемая выборка пациентов была разделена на 2 равные группы по 20 пациентов: основная (ОГ), которой проведена терапия противотуберкулезными лекарственными препаратами (ПТЛП) изониазидом (6Н) или изониазидом в сочетании с рифампицином (3НР) и группа контроля (ГК), где превентивная терапия (ПТ) не проводилась. В ОГ у 14 пациентов (70%) выявлено угасание реакции на туберкулиновую пробу и/или диаскинтест: средний размер папулы до терапии 11 ± 6 , после терапии $7,5 \pm 3,5$. U-критерий Манна-Уитни $24 \leq 55$, $t_{кр}=4,4$, ($p < 0,05$). У 2 пациентов не наблюдались изменения реакции через 6 месяцев после лечения: 1 на режиме 3НР, 1 – на схеме 6Н. Анализ динамики результатов кожных тестов показал: в группе с режимом 3НР в 40% наблюдалась неизменная реакция, в 20% нарастала туберкулиновая чувствительность. При режиме 6Н в 93% наблюдалось снижение реакции, в 7% случаев – неизменная реакция. В ОГ у 5 (25%) детей отмечены нежелательные явления: повышение уровня печёночных ферментов и билирубина (1 – 20%), лейкоцитурия (2 – 40%), прочие (2 – 40%), которые купировались самостоятельно после отмены ПТЛП. В ГК пациенты не прошли полный курс ПТ по причине отказа (10%), начала с последующим прерыванием (5%), снятия с учета (15%), в 70% случаев ПТ не была назначена. В данной группе в 65% отмечено нарастание реакции, в том числе у 45% детей до гиперергической, в 25% – длительно сохраняющаяся положительная реакция, в 10% – снижение реакции до отрицательной.

Выводы.

1. Проведение ПТ достоверно снизило туберкулиновую чувствительность у 14 (70%) пациентов ОГ (U-критерий Манна-Уитни $24 \leq 55$, ($p < 0,05$). В ГК нарастание реакции отмечено в 65% случаев.

2. Режим 6Н является более эффективным (в 93% случаев угасание реакции, в 7% – неизменная реакция), чем 3НР (по 40% случаев с угасанием и неизменной реакцией, 20% – нарастание туберкулиновой реакции, $p < 0,05$).

3. Переносимость ПТЛП удовлетворительная: у 5 пациентов (25%) наблюдались такие нежелательные явления, как умеренное повышение печёночных ферментов и билирубина (20%), лейкоцитурия (40%), прочие (40%).