**Москалюк Василь Деонізійович. Клініко-патогенетичне обґрунтування аерозольної інтерферонотерапії при гострих респіраторних вірусних інфекціях : Дис... д-ра наук: 14.01.13 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Москалюк В.Д.**Клініко-патогенетичне обґрунтування аерозольної інтерферонотерапії при гострих респіраторних вірусних інфекціях. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.13 – інфекційні хвороби. – ДУ Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, Київ, 2007.  Наведено порівняльну клінічну і патогенетичну оцінку ефективності використання противірусних та імунотропних засобів (лаферон, протефлазид, НВЧ-терапія) у комплексному лікуванні хворих на грип А, грип В, аденовірусну та респіраторно-синцитіальну інфекції і ГРВІ невстановленої етіології. Виявлено позитивний вплив цих засобів на перебіг і закінчення хвороби в осіб молодого віку.  Вперше у хворих на грип А, грип В, аденовірусну та респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ невстановленої етіології виявлено невідомі раніше закономірності впливу аерозольної інтерферонотерапії у дозах 200 тис., 500 тис. та 1 млн МО 1 раз на день протягом 3-х діб, а також лаферонотерапії у дозі 500 тис. МО в поєднанні з протефлазидом (володіє противірусною та імунотропною дією) або НВЧ-терапією з дією на біологічно активні точки вушної раковини (підвищує адаптаційні та захисні функції організму) на клінічний перебіг, стан клітинної ланки імунітету, ендогенну інтоксикацію організму, функціональний стан серцево-судинної системи. При цьому відбувається скорочення тривалості гарячки, головного болю, нежитю, кашлю; нормалізація загального числа Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій CD3+, CD4+, CD8+, співвідношення CD4+/CD8+; нормалізація лейкоцитарного індексу інтоксикації, лімфоцитарного індексу та індексу зсуву лейкоцитів крові; швидке зникнення тахікардії, систолічного шуму, ослаблення серцевих тонів і нормалізація ЕКГ (інтервалу QT, вольтажу комплексу QRS, висоти зубця Т, ритму і провідності).  Вперше розроблені та патогенетично обґрунтовані схеми та способи лікування хворих на ГРВІ, визначені оптимальні дози лаферону, тривалість і кратність сеансів НВЧ-терапії, що дозволить ефективніше впливати на певні ланки патогенезу хвороби, зменшення частоти виникнення ускладнень, скорочення термінів лікування. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі розкрито закономірності впливу аерозольного застосування інтерферону-альфа (лаферону) в дозах 200 тис., 500 тис., 1 млн МО щоденно в перші дні хвороби, окремо і в поєднанні з протефлазидом або НВЧ-терапією, в комплексному лікуванні хворих молодого віку (чоловічої статі) на клінічні прояви грипу А, грипу В, аденовірусної та респіраторно-синцитіальної інфекцій і гострих респіраторних вірусних інфекцій невстановленої етіології, стан клітинної ланки імунітету, ендогенну інтоксикацію організму, функціональні зміни серцево-судинної системи. На підставі отриманих даних обґрунтовано нове рішення важливої проблеми клінічної інфектології, яка полягає у суттєвому поліпшенні результатів комплексної терапії цих поширених хвороб.  1. Застосування в комплексній терапії хворих на грип А інтерферону-альфа (лаферону) у вигляді аерозолю в дозі 1 млн МО 1 раз на день 3 доби поспіль сприяє швидкому регресу основних клінічних симптомів (тривалості гарячки, головного болю, кашлю), які у 86,6 % пацієнтів зникають через 1-3 доби лікування; зумовлює суттєво вищий стимулювальний вплив на показники клітинного імунітету, ніж традиційна терапія і лаферон у дозі 200 тис. МО. При цьому зростають відносна і абсолютна кількість лімфоцитів, абсолютна кількість СD3+ – на 35,6 %, СD4+ – на 89,4 %, СD8+ – на 70,5 %, співвідношення СD4+/СD8+ – більше ніж у 3 рази порівняно з початковим рівнем. За такого лікування не виникали ускладнення, які спостерігалися у разі лікування лише традиційними засобами (пневмонія, бронхіт, синуїт тощо).  2. Використання лаферону в дозі 1 млн МО у хворих на грип А супроводжується зникненням клінічних ознак ураження серцево-судинної системи (систолічного шуму, ослаблення серцевих тонів) протягом 1-3 діб терапії у 82,0 % пацієнтів та ЕКГ-змін (нормалізацією інтервалу QT, вольтажу комплексу QRS, висоти зубця Т, усуненням депресії сегмента ST, порушення ритму і провідності) – у 68,8 % і нормалізацією показників ендогенної інтоксикації організму через 4-6 діб у 78,3 % хворих. При традиційній терапії такий ефект спостерігався пізніше.  3. У хворих на грип В аерозольна інтерферонотерапія в дозі 1 млн МО проявляє виражений лікувальний ефект, при цьому через 1-3 доби лікування у 87,4 % пацієнтів зникали основні клінічні симптоми і більше ніж у 2,5 рази збільшувались абсолютні кількісні значення лімфоцитів, СD3+, СD4+ зростали більше ніж у 1,5 рази, відносні показники лімфоцитів – на 55,7 %, СD3+ – на 31,3 %, СD4+ – на 51,1 %, СD8+ – на 50,8 %, абсолютне число СD8+ та співвідношення СD4/СD8+ – більше ніж у 2 рази порівняно з початковим рівнем. При традиційній терапії ефект наступав пізніше.  4. Застосування лаферону в аерозолі у дозі 1 млн МО у хворих на грип В, порівняно з традиційною терапією, супроводжується швидшою нормалізацією функціонального стану серцево-судинної системи: протягом 1-3 діб лікування у 89,0 % пацієнтів зникали основні клінічні прояви (систолічний шум, ослаблення серцевих тонів), у 92,8 % – ЕКГ-зміни (нормалізація інтервалу QT, вольтажу комплексу QRS, висоти зубця Т, усунення депресії сегмента ST, порушення ритму і провідності). Через 4-6 діб терапії у 84,1 % пацієнтів нормалізувалися показники ендогенної інтоксикації організму, тобто також частіше ніж при традиційній терапії.  5. Аерозольна інтерферонотерапія в дозі 1 млн МО у хворих на аденовірусну інфекцію сприяє значному покращенню самопочуття через 1-3 доби лікування, що підтверджувалось зникненням клінічної симптоматики у 86,6 % пацієнтів; зростанням у крові абсолютної кількості лімфоцитів на 40,8 %, СD4+ – на 144,1 %, СD8+ – на 96,2 %, співвідношення СD4/СD8+ – на 76,4 % в порівнянні з початковим рівнем.  6. У хворих на аденовірусну інфекцію аерозольна інтерферонотерапія сприяє значному покращенню стану серцево-судинної системи: через 1-3 доби лікування основні клінічні симптоми зникали у 95,3 %, ЕКГ-зміни – у 80,0 % пацієнтів. Показники ендогенної інтоксикації через 4-6 діб терапії нормалізувалися у 90,0 %. У хворих, які отримували традиційну терапію, вказаний ефект спостерігався пізніше.  7. Використання лаферону в аерозолі у дозі 1 млн МО вже через 1-3 доби лікування характеризується зникненням клінічних ознак у 89,9 % хворих на респіраторно-синцитіальну інфекцію, ендогенної інтоксикації організму – у 88,7 %, клінічних проявів ураження серцево-судинної системи – у 94,0 %, ЕКГ-змін – у 95,0 %. Ефект від традиційної терапії настав значно пізніше.  8. Використання лаферону в дозі 1 млн МО у хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції невстановленої етіології суттєво впливає на динаміку клінічних ознак захворювання, при цьому у 87,9 % пацієнтів симптоми зникали протягом 1-3 діб лікування. На тлі запропонованої терапії абсолютна кількість лімфоцитів зросла на 73,4 %, СD3+, СD8+ – майже у 1,5 разу, СD4+, співвідношення СD4+/СD8+ – більше ніж у 1,5 разу, порівняно з початковим періодом лікування.  9. Аерозольна інтерферонотерапія (лаферон у дозі 1 млн МО) у 92,0 % хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції невстановленої етіології супроводжується зникненням клінічних проявів з боку серцево-судинної системи та у 94,4 % – ЕКГ-змін впродовж 1-3 діб, а також впливала на зменшення показників ендогенної інтоксикації організму, які в 88,9 % пацієнтів нормалізувалися через 4-6 діб, в той час як при традиційній терапії такий ефект виникав пізніше.  10. Аерозоль лаферону в дозі 500 тис. МО окремо або в поєднанні з протефлазидом чи НВЧ-терапією, порівняно з лафероном у дозі 1 млн МО, мав менший позитивний вплив на динаміку клінічних ознак грипу А і В, аденовірусну та респіраторно-синцитіальну інфекції і ГРВІ невстановленої етіології, показники клітинної ланки імунітету та ендогенної інтоксикації організму, серцево-судинну систему.  Найменшим ефектом супроводжувалось лікування лише лафероном у дозі 200 тис. МО або протефлазидом. | |