**Морочковський Руслан Семенович. Клінічна характеристика кліщового енцефаліту на Волині та оптимізація лікування: дисертація канд. мед. наук: 14.01.13 / АМН України; Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського. - К., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Морочковський Р.С. Клінічна характеристика кліщового енцефаліту на Волині та оптимізація лікування. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.13 – інфекційні хвороби. – Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, Київ, 2003.  Проведено клініко-лабораторне, епідеміологічне та інструментальне (ЕЕГ, АКТ головного мозку) обстеження 150 хворих на КЕ.  Встановлено, що КЕ реєструвався на Волині у весняно-літній період з одним піком захворюваності у липні-серпні. Частіше зараження відбувалось трансмісивним шляхом. Виникали переважно гарячкова і менінгеальна форми захворювання. Рідкими були поліомієлітоподібна форма та розвиток прогредієнтного перебігу. Клінічна картина близька до західного варіанту інфекції, проте двохвильова гарячка, зміни гемограми виявлялись в 2 рази рідше.  Рівні ЛІІ та ГПІ у період реконвалесценції часто не досягають норми, відстають від строків клінічного одужання. Трансмісивне зараження, АВ(IV) група крові, низький рівень антитіл до вірусу КЕ у РЗК частіше супроводжується тяжкою формою захворювання. Відмічено кореляцію концентрації IgM, IgG, IgA з групою крові та шляхом інфікування.  Застосування лаферону у комплексній терапії хворих на КЕ дає кращі результати у порівнянні зі специфічним імуноглобуліном як за клінічними, так й лабораторними показниками. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі узагальнено клінічні, епідеміологічні та імунологічні дослідження кліщового енцефаліту на Волині й обґрунтовано нове рішення наукової задачі, що може поліпшити діагностику та прогнозування перебігу цієї нейроінфекції в умовах Полісся, а також комплексну терапію хворих за допомогою вітчизняного препарату рекомбінантного -2b- інтерферону – лаферону.  1. Захворювання людей на кліщовий енцефаліт на Волині викликаються західним варіантом вірусу кліщового енцефаліту. Виявлені природні осередки інфекції в області: найактивніше – у Ратнівському районі, менш активні – у Луцькому та трьох інших районах (Ковельському, Ківерцівському, Рожищенському).  2. Кліщовий енцефаліт реєструється на Волині у весняно-літній період з піком захворюваності в липні-серпні. Найчастіше (68 %) реалізується трансмісивний шлях передачі збудника, рідше (32 %) – аліментарний внаслідок вживання сирого коров’ячого молока.   1. Найчастіше розвиваються гарячкова і менінгеальна форми кліщового енцефаліту (40,0 і 40,7 % відповідно), рідше – менінгоенцефалітна (13,3 %) та енцефалітна (4,7 %) , в поодиноких випадках – поліомієлітоподібна форма (1,3 %). Клінічні прояви близькі до західного варіанту цієї інфекції, але двохвильовий тип гарячки та зміни гемограми виявляються в два рази рідше.   4. Ступінь ендогенної інтоксикації на першому тижні захворювання відображається високими рівнями лейкоцитарного індексу та гематологічного показника інтоксикації, які дещо знижуються з наростанням неврологічної симптоматики. У період реконвалесценції нормалізація цих показників відстає від строків клінічного одужання.  5. У хворих з АВ(IV) групою крові та нульовим або низьким титром антитіл до вірусу кліщового енцефаліту у РЗК частіше виявляється тяжка форма інфекції з ушкодженням нервової системи. У них спостерігається швидке зниження підвищеного вмісту IgМ у крові на третьому тижні захворювання, низький рівень IgG протягом всього періоду хвороби.   1. Кліщовий енцефаліт, що виник після аліментарного зараження, супроводжується вищим, ніж при трансмісивному інфікуванні, вмістом IgA i IgG у сироватці крові протягом хвороби та в наступному повільнішою нормалізацією рівня IgM. 2. Застосування у комплексній терапії хворих на кліщовий енцефаліт лаферону сприяє швидшому регресу неврологічної симптоматики, частішому повному одужанню. За ефективністю таке лікування не поступається результатам лікування хворих специфічним імуноглобуліном, а за деякими показниками (нормалізація температури тіла, неврологічного статусу та зниження лейкоцитарного індексу і гематологічного показника інтоксикації) перевищує його. | |