Streszczenie w języku polskim

Najlepiej poznanymi chorobami przenoszonymi przez kleszcze są kleszczowe zapalenie mózgu (KZM), które spowodowane jest przez wirusa należącego do *Flaviviridae* oraz borelioza z Lyme wywołana przez krętki należące do *Borrelia burgdorferi* sensu lato. Kleszczowe zapalenie mózgu charakteryzuje się dwufazowym przebiegiem. Po 1-2 tygodniowym okresie inkubacji często występują objawy grypopodobne trwające przez około tydzień. Następnie u ok. 1/3 pacjentów rozwijają się objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych, mózgu i rdzenia. Objawy kliniczne neuroboreliozy (NB) zazwyczaj pojawiają się 2-18 tygodni po pokłuciu przez kleszcza. Manifestują się zajęciem ośrodkowego i/lub obwodowego układu nerwowego, najczęściej pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, porażenia nerwu twarzowego oraz zespołu Bannwartha. Rozpoznanie KZM oraz NB opiera się na badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR), w którym obserwuje się limfocytarną pleocytozę, zwiększone stężenie białka oraz pozytywne wyniki testów serologicznych. W diagnostyce boreliozy wykorzystuje się dwustopniowy protokół diagnostyczny: testy metodą ELISA i Western blot. W terapii KZM stosuje się leczenie objawowe, a w przypadku NB antybiotykoterapię.

Celem badania było porównanie przebiegu klinicznego KZM i NB u dzieci i dorosłych. Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji medycznej 669 pacjentów z KZM oraz 181 z NB. Pacjentów podzielono odpowiednio na grupy dzieci i dorosłych. Analizowano dane medyczne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czas od pokłucia przez kleszcza, zgłaszane dolegliwości, powikłania neurologiczne i psychiatryczne, wyniki badań laboratoryjnych, stosowane leczenie.

Analiza pacjentów z KZM wykazała częstsze występowanie choroby pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, natomiast u dorosłych pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu i rdzenia. Pleocytoza PMR nie różniła się znacząco w poszczególnych grupach wiekowych, natomiast stężenie białka było znacznie wyższe u dorosłych. Dzieci, które otrzymywały deksametazon przez co najmniej 7 dni miały znacznie wyższy stosunek pleocytozy II do pleocytozy I niż pacjenci dorośli. Długość leczenia deksametazonem korelowała z pleocytozą w kontrolnym badaniu PMR. Powikłania w przebiegu KZM wystąpiły u 6 (27%) dzieci i u 253 (42,1%) dorosłych. Wykazano istotne różnice we wszystkich analizowanych grupach powikłań między dorosłymi, a dziećmi, z wyjątkiem wczesnych powikłań subiektywnych.

W przypadku NB u dzieci najczęstszymi objawami były: ból głowy - 89,5%, nudności i wymioty - 56,1%; u dorosłych natomiast: ból głowy - 77,4%, porażenie nerwu twarzowego - 59,7%, zawroty głowy - 41,9% oraz ból odcinka L/S kręgosłupa - 37,1%. Pleocytoza w PMR u

dzieci była wyższa niż u dorosłych, stężenia białka było znacznie wyższe u dorosłych. Po leczeniu w badaniu PMR obserwowano tendencję do normalizacji cytozy i stężenia białka w PMR w obu grupach.

Wyniki badania wskazują na istotną różnicę w występowaniu objawów klinicznych oraz ciężkości przebiegu neuroinfekcji po pokłuciu przez kleszcza u dzieci i dorosłych. W przypadku KZM u dzieci przebieg choroby jest łagodniejszy, częściej występują nudności i wymioty, u dorosłych natomiast częściej występują objawy neurologiczne oraz powikłania po przechorowaniu. NB u dzieci częściej występuje jako zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a u dorosłych pod postacią zespołu Bannwartha. Stosowanie deksametazonu w przypadku KZM przedłuża chorobę zarówno u dzieci, jak i dorosłych, ale nie wpływa na rozwój powikłań. Leczenie NB cefalosporynami trzeciej generacji wykazuje taką samą skuteczność u dzieci i dorosłych.