

гострому періоді менінгококового менінгіту знаходились у зворотному зв'язку з тяжкістю захворювання. У групі хворих з дуже тяжким перебігом і летальним кінцем хвороби активність холінестерази була найнижчою ($p < 0,0001$). На 10-12-ту добу лікування, на тлі нормалізації стану хворого, усі показники ЦСР, що нами визначалися, знижувалися ($p < 0,0001$).

Таким чином, отримані дані свідчать про можливість використання визначених нами показників ЦСР у дослідженні особливостей патогенезу гострих нейроінфекцій різної етіології та в оцінці ступеня тяжкості захворювання і прогнозуванні його перебігу. Рівень лактату, кортизолу та холінестерази в ЦСР доцільно використовувати при ранній диференційній діагностиці між гострими бактерійними і вірусними нейроінфекціями.

*В.М. Козько, В.Г. Ткаченко, Г.І. Граділь, Н.Ф. Меркулова,
О.М. Винокурова, С.О. Собко*

СИРОВАТКОВА ХВОРОБА НА ТЛІ ЕКСТРЕНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СКАЗУ

Національний медичний університет,
Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Харків

Найчастішими ускладненнями на введення сироваток та інших імунобіологічних (особливо гетерогенних) препаратів, до складу яких входить чужорідний білок, є сироваткова хвороба. За статистичними даними, у пацієнтів, яким вводили сироватку, частота її виникнення складає 5-10%.

Серед імунобіологічних препаратів, які можуть спричинити сироваткову хворобу, частіше зустрічаються гетерологічні (кінські) сироватки (протиправцева, протидифтерійна, протиботулінічна та ін.), гетерологічні імуноглобуліни (антирабічний, проти кліщового енцефаліту, протилептоспірозний, протисибірковий та ін.). Іноді сироваткова хвороба розвивається після застосування правцевого анатоксину і деяких лікарських засобів (пеніциліни, цефалоспорины, сульфаніламід, нестероїдні протизапальні препарати) [http: diseases.academic.ru](http://diseases.academic.ru).

До обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова 23.01.12 р. у першу добу захворювання було госпіталізовано

пацієнта Б., 40 років, з підозрою на гостру респіраторну вірусну інфекцію. Під час вступу чоловік скаржився на підвищення температури тіла до 37,7°C, помірне свербіння шкіри на місці висипки на правій верхній кінцівці, біль у м'язах і суглобах.

21.01.12 у зв'язку з укусом від 13.01.12 р. бездомною і зниклою собакою у праву кисть пацієнту Б. було розпочато курс екстреної профілактики сказу шляхом призначення антирабічних щеплень за безумовними показаннями (вводили антирабічну вакцину і антирабічний гетерологічний імуноглобулін). У минулому алергічних реакцій у нього не спостерігалось. При огляді у пацієнта виявили субфебрильну температуру тіла, артралгії в середніх за розміром і дрібних суглобах (верхніх та нижніх кінцівок), міалгії, гіперемію слизової оболонки ротоглотки, підщелепний лімфаденіт з діаметром лімфатичних вузлів близько 0,5-1,0 см, які були дещо болючими при пальпації. Над поверхнею легень вислуховувалося жорстке дихання. На шкірі тулуба, верхніх і нижніх кінцівок відмічалася геморагічна висипка у вигляді петехій, а місцями пурпури, яка супроводжувалася свербінням шкіри. За даними лабораторних досліджень спостерігалися: тромбоцитопенія 112×10^9 /л, тенденція до лейкопенії, підвищення активності АлАТ до 1,36 ммоль/(лхгод), гіпербілірубінемія до 53 мкмоль/л, зниження протромбінового індексу до 72%, підвищення рівня IgE до 169,5 МО/мл при нормі до 130 МО/мл.

Із урахуванням об'єктивних змін, виявлених у пацієнта, даних анамнезу хвороби, зв'язку розвитку наведених клінічних проявів із застосуванням антирабічного імуноглобуліну та антирабічної вакцини, виникло припущення про наявність у госпіталізованого сироваткової хвороби з можливим приєднанням геморагічного васкуліту. Проведено патогенетичну терапію (лоратадин, димедрол, супрастин, лактофільтрум, тавегіл, глутаргін, дексаметазон, фаніган, реосорбілакт), яка справила позитивний вплив на перебіг захворювання з регресією основних його проявів протягом 5 діб. Для продовження курсу антирабічних щеплень пацієнта було скеровано до лікаря-рабіолога.