

бинированных методов терапии.

5. 50-летний опыт использования ГКС способствует возникновению новых идей относительно времени их назначения и распределения.

6. Что касается побочных эффектов, то теперь мы готовы лучше регулировать и предсказывать их возникновение. Имеется в виду развитие гипертензии, диабета и задержки роста.

7. Последнее, но не менее важное. Одна из основных причин того, что ГКС не исчезают из списка антиревматических препаратов, несмотря на все возможные побочные эффекты, обуславливается простым фактом, что ГКС, в отличие от других препаратов, достоверно эффективны. В определенных ситуациях им нет реальной

альтернативы.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Kirwan J.R. and the Arthritis and Rheumatism Council Low-Dose Glucocorticoids Study Group. The effect of glucocorticoids on joint destruction in rheumatoid arthritis. N.Engl. J. Med., 1995, 333, 142-146.
2. Michels H. Is there a renaissance of corticosteroid therapy? Rev.Rheum., 1997, 64, suppl. 10, 183-185.
3. Stoeber H. Corticosteroid treatment of juvenile chronic polyarthritis over 22 years. Eur. J. Pediatr., 1976, 121, 141-7.

Поступила 18.05.2000г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616.16-002

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ ПОСЛЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ (описание клинического случая)

В.Н.Сороцкая, Т.С.Сальникова

Тульская областная больница

(главный врач -заслуженный врач РФ О.Д. Лукичев)

Мы сочли необходимым представить настоящее наблюдение для того, чтобы насторожить врачей, особенно педиатров, при проведении прививок, вакцинаций у ослабленных пациентов, перенесших недавно вирусную или микробную инфекцию. Стремление к необдуманному выполнению предписаний о 100% проведении прививок, особенно в детских коллективах, без учета анамнеза может привести к тяжелым осложнениям.

Больная Г. 15 лет, поступила в ревматологическое отделение Тульской областной больницы 31 мая 1998 г. в 12 часов дня с жалобами на геморрагические высыпания на коже нижних конечностей, носовое кровотечение, повышение температуры тела до 38°C.

В течение предшествующего месяца девоч-

ка отмечала общую слабость, быструю утомляемость, что связывала с нагрузкой в конце учебного года. Через 2 дня после проведенной в школе профилактической прививки АДС-М (дифтерийно-столбнячный ослабленный анатоксин) появились обильные геморрагические высыпания на коже голеней и единичные на бедрах, развилось профузное носовое кровотечение, что послужило показанием для экстренной госпитализации.

При поступлении: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, на коже голеней обильная петехиальная сыпь синюшно-красного цвета, не выступающая над уровнем кожи, обильное геморрагическое отделяемое из носа. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия до 130 ударов в мин. АД 95/60 мм.рт.ст. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Анализ мочи без патологии.

Стернальная пункция не выявила данных

Адрес для переписки:

Сальникова Татьяна Сергеевна

300031, г. Тула, 1-й проезд Металлургов, 9-66

Тел.: (08-72) 43-86-36

в пользу системного заболевания крови: костный мозг клеточный, соотношение клеток белого ростка к клеткам красного ростка 4:1, мегакариocyты 0-1 в п/зр. с вялой отшнуровкой тромбоцитов. Раздражение клеток миелоидного ряда.

Окулистом обнаружена ангиопатия сетчатки. Введено 180 мг преднизолона внутривенно на физиологическом растворе, проводилась гемостатическая парентеральная терапия в виде этамзилата 12, 5 % -4, 0 в/в струйно, аминокап-

Таблица 1.

Динамика лабораторных показателей.

Общ. анализ крови Дата и время	Нв г/л	Лейкоциты *10 ⁹	Тромбоциты *10 ⁹	п/я %	с/я %	Лимфоциты %	Моноциты %	СОЭ мм/час
31/05/98 12:00	116	1,5	100	2	2	62	32	8
18:00	92	1,4	70	8	4	54	34	6
22:00	80	1,4	60	6	2	54	32	8
1/06/98 6:00	80	1,3	80	6	2	58	32	15
18:00	92	1,2	90	5	2	78	7	28
22:00	90	1,3	60					27
02/06/98	80	1,8	110	8	10	43	37	41
04/06/98	84	2,4	120	14	22	37	26	60
06/06/98	88	2,6	250	28	28	24	12	64
10/06/98	88	8,7	540	78	1	6	8	36
15/06/98	96	4,9	200	3	63	27	10	23
22/06/98	96	5,6	150	3	63	24	7	10
29/06/98	120	4,2	140	1	50	39	10	10

В биохимических и иммунологических анализах от 1.06.98г. особых отклонений не выявлено.

Изменения в коагулограмме (таблица 2), выраженные при поступлении, расценены как

роновой к-ты 5% 100,0 в/в, переливания одногруппной свежзамороженной плазмы в дозе 500 мл. , неоднократно в течение суток проводилась передняя, а затем и задняя тампонада носа.

Учитывая наличие агранулоцитоза, была

Таблица 2.

Динамика коагулограммы.

Дата	Гематокрит г/л	Агрегация тромбоцитов (АДФ, адреналином)	Рекальцификации плазмы	ПТИ	Фибриноген г %	Этаноловый тест	Ретракция сгустка, %	Время свертывания, мин
1.06.	0, 25	агрегаты не образовывались в течение 3 минут	107 сек.	0,95	4,4	слабо полож.	40,6	8
15.06	0,4	25сек, 50 сек.	60сек.	1,0	3,6	отриц.	70.4	3

ранняя стадия ДВС-синдрома. Были выявлены нарушения агрегации тромбоцитов (агрегация тромбоцитов с АДФ и адреналином - агрегаты не образовались в течение 3-х минут), наличие продуктов паракоагуляции (положительный этаноловый тест, положительный 0-фенатролиновый тест).

начата парентеральная антибактериальная терапия гентамицином 80 мг х 2 раза в сутки.

В течение первых суток сохранялись выраженная общая слабость, повышение температуры до 40°, без ознобов, кровотечение из носа, из всех мест инъекций, анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Были продолжены терапия

преднизолоном в дозе 500 мг в/в и трансфузии плазмы по 500 мл. С 1.06.98г. назначен преднизолон внутрь 50 мг/сутки, гемостатическая терапия, которую проводили в течение 8 дней.

На 2-е сутки купирован геморрагический синдром, положительная динамика в анализах крови отмечалась к третьим суткам, температура снизилась на 6-е сутки, стойкая нормализация уровня тромбоцитов и лейкоцитов на 8-е сутки.

При выписке из стационара девочка получала 45 мг/сут. преднизолона, дозу постепенно снижали по 1/4 таб. в 2 недели в течение 2 месяцев, затем 1/4 таблетки в неделю. За период с июня 1998 по апрель 1999г. сохранялись удовле-

творительное состояние больной, нормальная температура тела и стабильные гематологические показатели при отсутствии гормональной терапии в течение 2-х месяцев.

Заключительный диагноз: Геморрагический васкулит, токсико-аллергического генеза, с поражением кожи, гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения). Острый ДВС-синдром.

Данный клинический случай интересен тем, что наглядно демонстрирует картину острого геморрагического васкулита, развившегося после вакцинации АДС-М и осложненного острым ДВС-синдромом.

Поступила 20.01.2000г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В РЕВМАТОЛОГИИ

УДК: 616.72-00.77-003.1

О ВОЗМОЖНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕВМАТОЛОГИИ.

О.М.Фоломеева.

Институт ревматологии

(директор – академик РАМН Насонова В.А.) РАМН

Происходящий в последние годы интенсивный процесс реформирования системы финансирования отечественного здравоохранения сделал остро актуальными проблемы медицинской экономики как науки, определяющей наиболее эффективные пути и методы использования ресурсов и средств здравоохранения. В рамках этой науки активно развивается фармакоэкономика (ФЭ), изучающая клинические и экономические преимущества тех или иных лекарственных препаратов и схем терапии.

Экономика здравоохранения, применяющая теории, концепции и средства экономики к проблемам медицины, включает в себя оценку стоимости заболевания и определение эффективности здравоохранительной деятельности по охране здоровья населения [2].

Поворот медицины в сторону экономики носит глобальный характер. Потребность в таких исследованиях и их актуальность отражается, в частности, в возрастающем в геометрической прогрессии количестве научных публикаций по различным проблемам ФЭ в информационной сети Medline: от 1500 в 1994г до 5000 в 1996г.[3].

Весь мир учится "считать" свои медицинские затраты, чтобы максимально сохранить здоровье населения при возможно оптимальных (минимальных) финансовых вложениях.

Причина универсального интереса к вопросам экономики обусловлена объективными тенденциями, характерными для современной системы здравоохранения практически во всех странах мира. Это прежде всего - неуклонное увеличение расходов на медицинскую помощь на фоне ограниченных или даже снижающихся возможностей финансирования потребностей здравоохранения. Его издержки растут намного быстрее, чем происходит прирост в других секторах экономики.

Адрес для переписки:
Фоломеева Ольга Михайловна
115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34а
Институт ревматологии РАМН
Тел.: (095) 114-44-81