

УДК: 616.15 – 036.022 (471.43)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2009 И.В. Куртов, И.Л. Давыдкин, С.П. Кривова, Ю.А. Косякова,
Р.К. Хайретдинов, Т.А. Гриценко, М.С. Авдошина
Самарский государственный медицинский университет
Статья поступила 8.10.2009 г.

В статье приведены данные по распространенности и возможных факторах риска идиопатической тромбоцитопенической пурпуре на территории Самарской области. Обследовано 274 больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, проходивших стационарное лечение в Самарском гематологическом центре в 2003-2008 гг. Показаны особенности возникновения, течения и прогностические факторы при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре на территории крупного промышленного центра Среднего Поволжья.

Ключевые слова: *тромбоцитопения, эпидемиология*

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) относится к самой частой из первичных тромбоцитопений и встречается с частотой 58-66 новых случаев хронической ИТП на миллион человек [7, 8]. Ежегодно в США регистрируется от 14000 до 16000 новых случаев ИТП [5, 6]. В патогенезе ведущая роль принадлежит аутоиммунным механизмам развития тромбоцитопении [1-4]. В настоящее время недостаточно изучены закономерности возникновения и распространения ИТП на территории крупного промышленного региона Среднего Поволжья с целью разработки возможных профилактических и лечебных мероприятий. Для совершенствования оказания медицинской помощи, повышения качества жизни больных геморрагическими заболеваниями необходимо изучение клинико-эпидемиологических показателей больных ИТП в Самарской области.

Обследовано 274 больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, проходивших стационарное лечение в Самарском

гематологическом центре в 2003-2008 гг. Среди впервые поступивших на лечение больных ИТП в каждом году преобладают женщины (62,3%). Соотношение мужчин и женщин равно 3:5 (табл. 1). За указанные годы больных ИТП, поступающих впервые в каждом году было 244, а поступающих повторно в году – 30 человек. Средний возраст мужчин больных ИТП составил 35,3±2,0 лет, а женщин – 47,5±1,4 лет. Возраст пациентов, поступающих впервые и повторно, различается. Из впервые поступивших больных ИТП больше всего молодых пациентов в возрасте до 30 лет (38,9%). Среди них преобладают пациенты мужского пола до 20-летнего (от 16 до 20 лет) возраста (75,0%) и женского пола (68,0%) в возрасте от 20 до 29 лет (рис. 1, таблица 2). В остальных возрастных группах женщин в несколько раз больше мужчин. Как видно из таблицы 8, повторно поступившие на лечение больные ИТП – в основном (60,0%) пожилые люди старше 60 лет и 70,0% из них – женщины. Надо отметить, что среди пациентов ИТП минимальный возраст был 16 лет (7 больных), а максимальный – 87 (1 больная). А 50% пациентов было в возрасте от 22 до 62 лет.

С целью совершенствования планирования оказания специализированной помощи, повышения качества диспансерного наблюдения, а также профилактических мероприятий нами проанализирована заболеваемость ИТП за 2003-2008 гг. по г. Самаре и Самарской области. Структура больных без учета повторности поступления в центр из различных административных территорий представлена на рис. 2.

Среди больных ИТП, поступивших на лечение в клинику, наибольшее число представлено жителями г. Самары - 177 человек (64,6%). За анализируемый период нет достоверной разницы в числе госпитализированных

Куртов Игорь Валентинович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделением гематологии клиник. E-mail: sam-med@mail.ru

Давыдкин Игорь Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

Кривова Светлана Петровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

Косякова Юлия Анатольевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

Хайретдинов Раис Кэтдусович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

Гриценко Тарас Алексеевич, врач отделения гематологии клиник

Авдошина Мария Сергеевна, старший лаборант кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии

в Самарский гематологический центр по годам. Основная часть больных ИТП из г. Самары проживает в Кировском, Промышленном и Октябрьском районах. Вместе с тем анализ структуры больных, поступивших впервые и повторно (табл. 3), показал, что в этих группах имеются свои особенности. Среди повторно

поступивших в стационар в анализируемые годы преобладают жители Кировского (40,0%), Промышленного (20,0%) и Октябрьского (20,0%) районов. Кроме того, в последние годы статистически достоверно увеличилась доля больных из Красноглинского района ($p < 0,05$).

Таблица 1. Средний возраст и распределение по полу больных ИТП (2003-2008 гг.)

Пол	Впервые поступившие		Повторно поступившие	
	абсолютное число (процент)	средний возраст	абсолютное число (процент)	средний возраст
мужчины	92 (37,7%)	34,5±2,0	7 (23,3%)	44,5±9,2
женщины	152 (62,3%)	46,3±1,5	23 (76,7%)	55,6±3,7
итого	244 (100%)		30 (100%)	

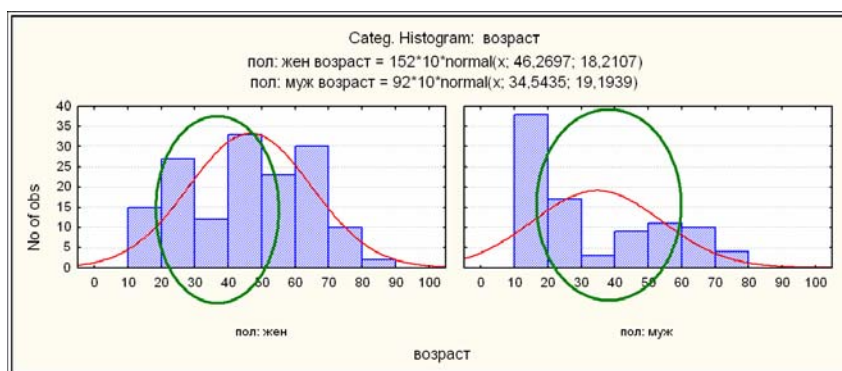


Рис. 1. Распределение по полу и возрасту больных ИТП, впервые поступивших в стационар

Таблица 2. Распределение стационарных больных ИТП по возрасту и полу

Пациенты ИТП	Возраст (лет)							
	≥19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80
Впервые поступившие	45 (18,4%)	50 (20,5%)	15 (6,1%)	36 (14,8%)	38 (15,6%)	40 (16,4%)	18 (7,4%)	2 (0,8%)
мужчины	34	21	3	6	13	11	4	0
женщины	11	29	12	30	25	29	14	2
Повторно поступившие	4 (13,3%)	1 (3,3%)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	12 (40,0%)	6 (20,0%)	0
мужчины	2	1	0	0	0	4	0	0
женщины	2	0	4	3	3	9	6	0

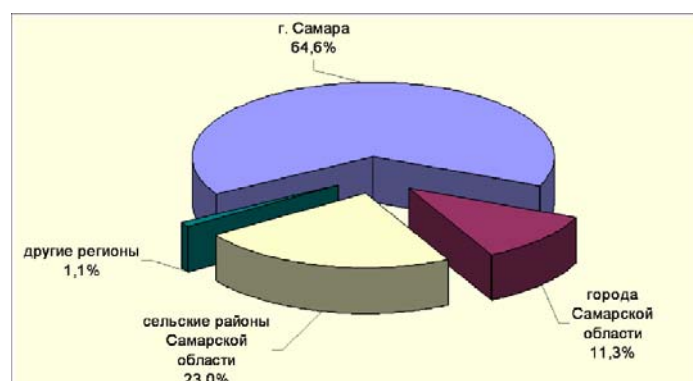


Рис. 2. Распределение больных ИТП по месту жительства

Таблица 3. Распределение стационарных больных ИТП по городам Самарской области за 2003-2008 гг.

Место жительства	Впервые поступившие	Повторно поступившие
	абс. число %	абс. число %
Районы г. Самары:		
Промышленный	33 (21,7)	5 (20,0)
Кировский	32 (21,1)	10 (40,0)
Октябрьский	32 (21,1)	5 (20,0)
Железнодорожный	18 (11,8)	1 (4,0)
Советский	15 (9,9)	1 (4,0)
Ленинский	9 (5,9)	-
Красноглинский	8 (5,3)	3 (12,0)
Куйбышевский	3 (2,0)	-
Самарский	2 (1,3)	-
Итого:	152	25
Города Самарской области:		
Тольятти	9 (30)	-
Новокуйбышевск	9 (30)	1 (100)
Жигулевск	5 (16,7)	-
Чапаевск	3 (10,0)	-
Отрадный	2 (6,7)	-
Сызрань	2 (6,7)	-
Итого:	30	1

По данным Приволжского межрегионального территориального управления по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды к районам Самарской области с повышенным уровнем загрязнения атмосферного воздуха в 2008 г относились Сызрань, Самара, Чапаевск, Тольятти. Следует отметить, что в Самаре нет динамики по индексу загрязнения атмосферного воздуха за 2007-2008 гг. Индекс загрязнения атмосферного воздуха в Сызрани находится на более высоком уровне, чем в Самаре. Наши данные свидетельствуют об отсутствии прямой взаимосвязи между числом больных ИТП, впервые поступивших в

гематологическое отделение клиники, и степенью загрязнения атмосферного воздуха в районах их проживания.

По данным Приволжского межрегионального территориального управления по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды загрязнение воды водоемов I и II категории в целом по Самарской области по санитарно-химическим показателям, оставаясь на уровне выше, чем в среднем по России, за ряд последних лет снизилось. В 2008 г. по сравнению с 2004 г., доля проб воды не соответствующих гигиеническим нормативам по химическому составу сократилась по водоемам I категории (используемой для питья) в 1,4 раза и составила 42,1%, по водоемам II категории (используемой для рекреации) - в 2,1 раза и составила 28,3%. Почва, являясь основным накопителем химических веществ техногенной природы и фактором передачи инфекционных и паразитарных заболеваний, может оказывать неблагоприятное влияние на условия жизни населения и его здоровье. Анализ имеющихся данных санитарного состояния почвы населенных мест Самарской области показал, что в 2008 г., по сравнению с предыдущим периодом, отмечается увеличение доли проб почвы, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям по сравнению со средними величинами по РФ.

Анализ заболеваемости с учетом численности населения в разных районах г. Самары (число случаев госпитализации на 100000 населения) по количеству больных ИТП, поступающих впервые на лечение, не позволяет сделать однозначный вывод о характере влияния окружающей среды на уровень заболеваемости (табл. 4). Вместе с тем, кластерный анализ с использованием показателей заболеваемости и численности населения в динамике позволил нам четко выделить 3 группы районов г. Самары (рис. 3).

Таблица 4. Количество больных по районам г. Самары на 100 тыс. населения

Районы города	Население района	Больные ИТП (абсолютное число)		Количество госпитализированных больных на 100 тыс. населения	
		поступили впервые	поступили повторно	поступили впервые	поступили повторно
Октябрьский	110100	32	5	29,1	4,5
Железнодорожный	103600	18	1	17,4	1,0
Ленинский	63800	9	0	14,1	0,0
Кировский	231100	32	10	13,8	4,3
Промышленный	268700	33	5	12,3	1,9
Красноглинский	79200	8	0	10,1	0,0
Советский	178400	15	1	8,4	0,6
Самарский	30500	2	0	6,6	0,0
Куйбышевский	80400	3	0	3,7	0,0

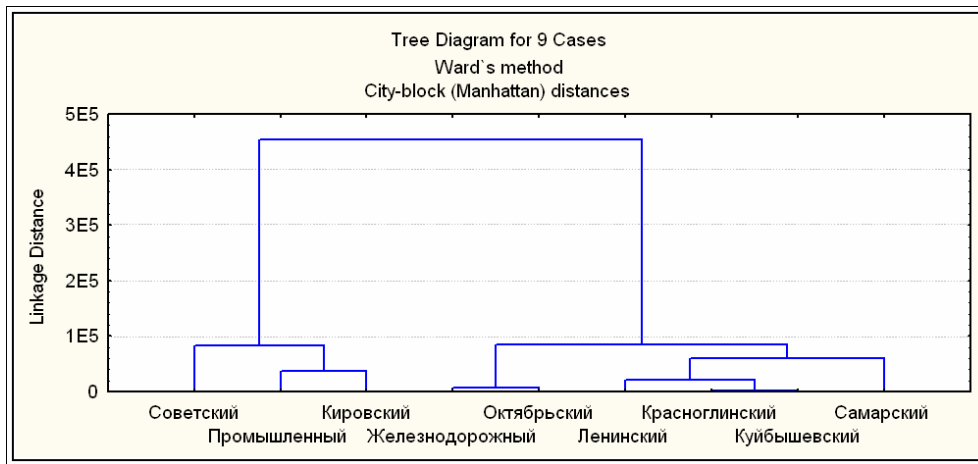


Рис. 3. Кластеризация административных районов г. Самары по числу больных на 100 тыс. населения, поступающих в гематологический центр

В первую группу вошли районы с высоким уровнем заболеваемости – Октябрьский, Железнодорожный. Вторая группа включает районы со средним уровнем заболеваемости – Советский, Промышленный, Кировский. Третью группу составили Красноглинский, Ленинский, Куйбышевский и Самарский районы. Из районов Самарской области на лечении находились 63 пациента (23,0%). Чаще всего это были больные из Красноярского, Кинельского и Похвистневского районов (табл. 5). Соотношение впервые поступающих из г. Самары и других городов области к больным из сел – 2:1, а среди повторно поступающих – 5:1.

Таблица 5. Распределение стационарных больных ИТП из сельских районов Самарской области за 2003-2008 гг.

Место жительства	Впервые поступившие	Повторно поступившие
	абс. число (%)	абс. число (%)
Районы Самарской области:		
Красноярский	17 (28,8)	1 (25,0)
Кинельский	12 (20,3)	
Похвистневский	8 (13,6)	
Волжский	6 (10,2)	1 (25,0)
Челно-Вершинский	2 (3,4)	1 (25,0)
Безенчукский	1 (1,7)	
Кошкинский	2 (3,4)	
Нефтегорский	2 (3,4)	
Богатовский	1 (1,7)	1 (25,0)
Больше-Черниговск.	2 (3,4)	
Сергиевский	3 (5,1)	
Кинель-Черкасский	2 (3,4)	
Приволжский	1 (1,7)	
Итого:	59	4

Мы рассмотрели социальный статус поступавших на лечение 274 больных ИТП. Среди

впервые госпитализированных 43,2% пациентов было трудоспособного возраста и 39,5% – пенсионеров и инвалидов (табл. 6). Среди инвалидов в связи с наличием ИТП больше половины (61,5%) пациентов было до 55-летнего возраста. Среди поступивших на повторное лечение преобладают пенсионеры и инвалиды (66,5%).

Таблица 6. Распределение больных ИТП по социальному статусу

Социальный статус больных	Впервые поступившие	Повторно поступившие
	n=244 (%)	n=30 (%)
пенсионеры	50 (20,6)	14 (46,5)
инвалиды	46 (18,9)	6 (20,0)
учащиеся	42 (17,3)	3 (10,1)
служащие	38 (15,7)	2 (6,7)
рабочие	34 (13,9)	3 (10,0)
неработающие	33 (13,6)	2 (6,7)

Изучена и сезонность поступления всех больных ИТП с впервые выявленным заболеванием или его рецидивом (рис. 4). Из рисунка следует, что большее число (58,1%) пациентов поступали в клинику весной и летом. Такая же тенденция просматривается у впервые поступивших на лечение: 31,6% – весной и 28,7% – летом (рис. 5).

Во все годы процент поступающих больных весной и летом достаточно стабилен и высок. Лишь в 2008 г. увеличилось число направленных в стационар больных ИТП в осеннее время (31,7%). По количеству госпитализаций из летних месяцев лидирует июль (15,7%), а из весенних – апрель (17,3%). Повторно поступающие пациенты чаще всего госпитализировались осенью – 46,7%, а 26,7% из них лечились в октябре.

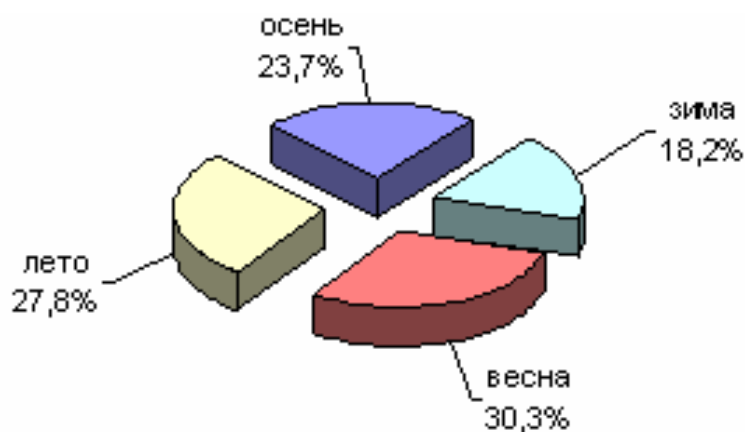


Рис. 4. Частота поступлений больных ИТП в 2003-2008 гг. в зависимости от времени года

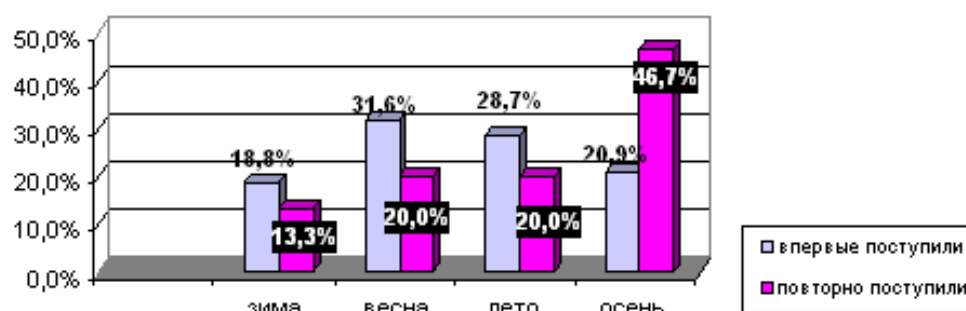


Рис. 5. Распределение всех больных ИТП по временам года

Выводы:

1. Для ИТП дополнительными факторами риска, способствующим более частому возникновению заболевания, может служить пожилой возраст, весенне-летний период для первого обострения заболевания, осенний период для рецидива заболевания. Определенную роль, по нашим данным, особенно у людей старше 50 лет, среди провоцирующих факторов начала или рецидива ИТП стал преобладать стресс (раннее увольнение, ощущение собственной невостребованности). В настоящее время указанные факторы необходимо учитывать при проведении вторичной профилактики заболевания.
2. Больных ИТП необходимо вызывать за 1 месяц до апреля, июля и октября (так как в эти месяцы чаще наблюдается обострение ИТП) на протяжении 5 лет после купирования геморрагического синдрома, проводить осмотр, уточнять количество тромбоцитов. Назначать, по показаниям, гемостатические симптоматические препараты, фитотерапию, а при необходимости – индивидуально и небольшие дозы преднизолона. Больным обязательно разъяснять цель диспансерного наблюдения и регулярных визитов к врачу. Надо информировать пациентов об опасности прямого воздействия солнечных лучей, о том, что ОРЗ и обострения хронических очаговых инфекций могут вызывать рецидивы заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баркаган, З.С. Патология тромбоцитарного гемостаза / З.С. Баркаган // Руководство по гематологии. Под редакцией А.И. Воробьева - М.: Медицина, 2005. – Т. 3. – 416 с.
2. Горшунова, Н.К. Эффективность диспансеризации больных геморрагическими болезнями пожилого и старческого возраста / Н.К. Горшунова // Эффективность диспансеризации гематологических больных: Сб. науч. трудов. Под ред. В.А. Германова. – Куйбышев, 1986. – С. 59-66.
3. Диагностика и лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры: рекомендации Американского общества гематологов // Междунар. журнал мед. практики. – 1997. - № 6. – С. 60-67.
4. Ковалева, Л.Г. Оценка эффективности лечения и медико-социальная адаптация взрослых, больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой / Л.Г. Ковалева, Л.М. Мещерякова, А.Е. Лекарский, Ф.И. Гыцу // Гематол. и трансфузиол. – 1983. – № 12. – С.17-21.
5. Лечение взрослых больных с хронической аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой, рефрактерной к обычной терапии / Р. МакМиллан // Международный журнал медицинской практики. – 1997. – № 6. – С.51-59.
6. Рекомендации по диагностике и лечению аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры // Русский мед. журнал. – 1998. - № 1. – С. 52-53.
7. George, J.N. Thrombocytopenia due to enhanced platelet destruction by immunologic mechanisms / J. N George, E. Beutler, M.A.Lichtman et al. // Williams Hematology. 5th ed. – New York: McGraw-Hill, 1995. – P. 1315-55.
8. McMillan, R. The effect of antiplatelet autoantibodies on megakaryocytopoiesis / R. McMillan, D. Nugent // Int. J. Hematol. – 2005. – V. 81, № 2. – P. 94-99.

EPIDEMIOLOGY AND SANITARY-AND-HYGIENIC MONITORING OF
IDIOPATHIC WERLHOF'S DISEASE IN TERRITORY OF SAMARA OBLAST

© 2009 I.V. Kurtov, I.L. Davydkin, S.P. Krivova, Yu.A. Kosyakova,
R.K. Hayretdinov, T.A. Gritsenko, M.S. Avdoshina
Samara State Medical University
Article is received 2009/10/08

In article data for prevalence and possible risk factors of idiopathic Werlhof's disease in territory of Samara oblast are cited. 274 patients with idiopathic Werlhof's disease, who has passed hospitalization in Samara hematology center per 2003-2008 years are surveyed. Features of occurrence, current and prognostic factors at idiopathic Werlhof's disease in territory of large industrial centre of Middle Volga region are shown

Key words: *thrombocytopenia, epidemiology*

*Igor Kurtov, Candidate of Medicine, Associate Professor,
Head of the Clinics Hematology Department. E-mail:
sam-med@mail.ru*

*Igor Davydkin, Doctor of Medicine, Professor, Head of the
Hospital Therapy with Course of Transfusiology Department*

*Svatlana Krivova, Candidate of Medicine, Assistant at the
Hospital Therapy with Course of Transfusiology Department*

*Yuliya Kosyakova, Candidate of Medicine, Assistant at the
Hospital Therapy with Course of Transfusiology Department*

*Rais Hayretdinov, Candidate of Medicine, Associate Professor
at the Hospital Therapy with Course of Transfusiology Department*

Taras Gritsenko, Doctor of Hematology Branch of Clinics

*Mariya Avdoshina, Senior Laboratorian at the Hospital
Therapy with Course of Transfusiology Department*