

УДК: 616.15 – 036.022 (471.43)

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ НА ТЕРРИТОРИИ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

© 2011 И.В. Куртов, И.Л. Давыдкин, С.П. Кривова, Р.К. Хайретдинов, М.С. Носкова

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 02.10.2011

В статье приведены данные по распространенности и возможных факторах риска идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) на территории Самарской области. Обследовано 249 больных ИТП, проходивших стационарное лечение в Самарском гематологическом центре в 2005-2010 гг. Показаны особенности возникновения, течения и прогностические факторы при ИТП на территории крупного промышленного центра Среднего Поволжья. Показаны пути повышения качества жизни больных ИТП на территории Самарской области.

Ключевые слова: *тромбоцитопения, эпидемиология*

Симптомы идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) описал ещё Гиппократ, но только в 1735 г. Верльгоф выделил ИТП как самостоятельную нозологическую единицу – «болезнь пятнистых геморрагий» у молодых женщин. Этот проницательный врач описал клиническую симптоматику кровоточивости приблизительно за 100 лет до открытия тромбоцитов. Долгое время эту патологию называли болезнью Верльгофа. И лишь спустя 150 лет было доказано, что причиной геморрагий при болезни Верльгофа является уменьшение количества тромбоцитов в циркуляции [1]. В 60-х годах Куйбышевскими гемостазиологами было предложено также название этого заболевания – тромбоцитолитическая полигенная иммунопатологическая геморрагическая тромбоцитозавопатия [3]. В 1968 г. по рекомендации экспертов ВОЗ болезнь получила название «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура». В настоящее время в литературе можно встретить такие обозначения данной нозологической формы – как иммунная тромбоцитопеническая пурпура или аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура.

Сведения о распространенности и заболеваемости ИТП довольно скудны. По данным

Максимовой В.В. тромбоцитопеническая пурпура встречается у 3,5% больных с заболеваниями системы крови и у 43% больных с различными геморрагическими «диатезами» [7]. Тромбоцитопенической пурпурой страдают больные во всех странах и на всех континентах. В публикациях George J.N., El-Harake M.A., Aster R.H. (1995) распространённость ИТП среди взрослых и детей колеблется от 1 до 13 на 100000 человек [9]. По сведениям R. McMillan (2005), в США ежегодно регистрируется от 14 000 до 16 000 новых случаев аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры [11]. Среди взрослых ИТП поражает, главным образом, лиц молодого, трудоспособного возраста, причём 90% из них – пациенты до 40 лет. И.А. Кассирский и Г.А. Алексеев (1970) указывают, что в структуре различных форм геморрагических «диатезов» у лиц молодого и среднего возраста тромбоцитопеническая пурпура по частоте занимает первое место. В возрасте старше 50 лет патология встречается у 26,0% больных, 50-59 лет больные ИТП составляют 18,5%, 60-69 лет – 5,7%, 70-79 лет – 2,6%. Таким образом, отчётливо видна тенденция к снижению относительной частоты тромбоцитопенической пурпуры с возрастом. Как обстоит дело с этим вопросом в настоящее время, неясно.

В патогенезе ИТП ведущая роль принадлежит аутоиммунным механизмам развития тромбоцитопении и недостаточности тромбопоэза [2, 5, 6, 8, 10]. С целью разработки возможных профилактических и лечебных мероприятий в настоящее время изучаются закономерности возникновения и распространения ИТП на территории Самарской области. Научными сотрудниками кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии совместно с врачами клиники в течение многих лет проводится работа по изучению особенностей эпидемиологии, клиники,

*Куртов Игорь Валентинович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии. 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*

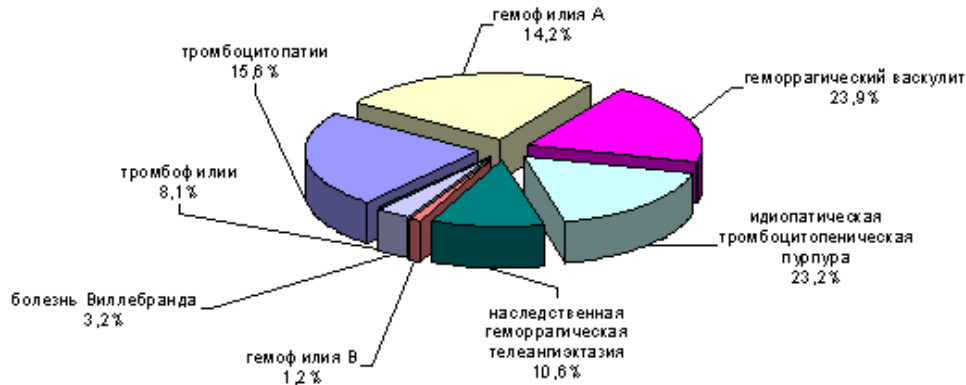
*Хайретдинов Раис Кэтдусович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии*

*Носкова Мария Сергеевна, старший лаборант кафедры госпитальной терапии с курсом трансфузиологии*

течения, геморрагических заболеваний в Самарской области. Данная работа явилась логичным продолжением ранее проведенных исследований.

Обследованы больные геморрагическими заболеваниями и изучены истории болезней 1577 пациентов, проходивших стационарное лечение в Самарском гематологическом центре в 2005-

2010 гг. Сведения о структуре заболеваемости по нозологическим формам имеют большое значение для планирования, организации, обеспечения и прогнозирования медицинской помощи, а также проведения диспансеризации. Структура по нозологиям 1577 больных представлена на рис. 1.



**Рис. 1.** Структура больных геморрагическими заболеваниями в Самарском гематологическом центре за 2005-2010 гг.

Среди всех поступивших в стационар за изученный период времени первое место делили больные геморрагическим васкулитом (23,9%) и аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой (23,2%). Далее были больные тромбоцитопатиями – 15,6%. Меньшее число госпитализаций приходилось на наследственную геморрагическую телеангиэктазию (10,6%), тромбофилии (8,1%), болезнь Виллебранда (3,2%) и гемофилию «В» (1,2%). Следует заметить, что по сравнению с предыдущими годами в 2,8 раза уменьшилось число госпитализированных пациентов с гемофилиями из-за эффективного лечения их современными препаратами в амбулаторных условиях. Значительно чаще поступают пациенты с наследственными и приобретёнными тромбофилиями, что связано с улучшением диагностики заболеваний.

Нами обследовано 249 больных ИТП, проходивших стационарное лечение в Самарском гематологическом центре в 2005-2010 гг. Среди впервые поступивших на лечение больных ИТП в каждом году преобладают женщины (66,3%).

Соотношение мужчин и женщин равно 1: 2 (таблица 1). За указанные годы больных ИТП, поступающих на стационарное лечение впервые в каждом году было 214, а поступающих повторно в году – 35 человек. Средний возраст мужчин больных ИТП составил  $38,7 \pm 2,1$  лет, а женщин –  $44,2 \pm 3,5$  лет. Возраст пациентов, поступающих впервые и повторно, различается. Среди впервые поступивших больных ИТП больше всего молодых пациентов в возрасте до 30 лет. Сохраняется динамика прежних лет: преобладают пациенты мужского пола до 20-летнего возраста (от 16 до 20 лет) и женского пола в возрасте от 20 до 29 лет (рис. 2). В остальных возрастных группах женщин в несколько раз больше мужчин. Повторно поступившие на лечение больные ИТП – в основном (62,0%) пожилые люди старше 60 лет и 72,0% из них – женщины. Повторная госпитализация со сроками более 10 лет у женщин обусловлена более благоприятным течением заболевания и большей продолжительностью жизни у пациенток.

**Таблица 1.** Средний возраст и распределение по полу больных ИТП (2005-2010 гг.)

Пол	Впервые поступившие		Повторно поступившие	
	абсолютное число и процент	средний возраст	абсолютное число и процент	средний возраст
мужчины	71 (33,7%)	$38,7 \pm 2,1$	12 (34,3%)	$42,5 \pm 3,2$
женщины	143 (66,3%)	$44,2 \pm 3,5$	23 (65,7%)	$57,2 \pm 2,7$
Итого	214 (100%)		35 (100%)	

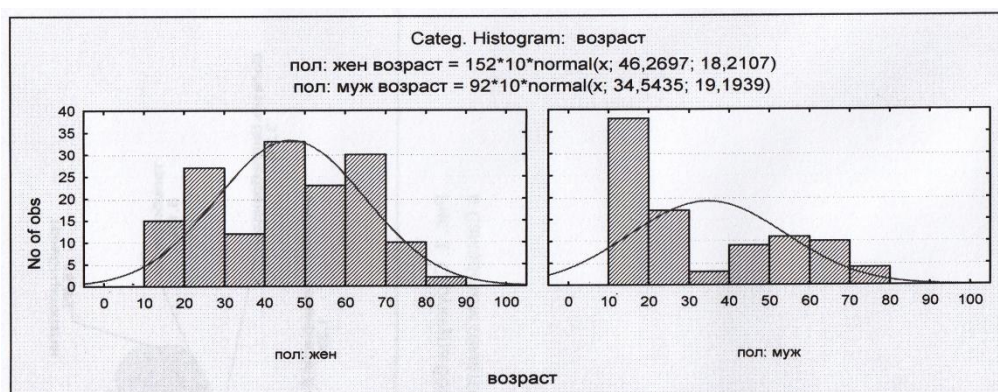


Рис. 2. Распределение по полу и возрасту первичных больных ИТП

С целью улучшения планирования оказания гематологической помощи населению, повышения эффективности диспансеризации, а также разработки мер профилактики проанализирована заболеваемость ИТП за 2005-2010 гг. в г. Самаре и в некоторых городах Самарской области. Структура больных, проходивших лечение в отделении гематологии Клиник Самарского государственного медицинского университета, представлена на рис. 3. Как и в предыдущие годы среди больных ИТП, поступивших на лечение в клинику, наибольшее число представлено жителями г. Самары (71,2% от всех пациентов). За последние 2 года снизилась госпитализация в Самарский гематологический центр в связи с увеличением количества больных, проходящих лечение амбулаторно. Большинство больных ИТП из г. Самары проживает в Кировском, Промышленном и Октябрьском районах. Вместе с тем анализ структуры больных, поступивших впервые и повторно (таблица 2), показал, что в этих группах имеются некоторые особенности. За последние 5 лет 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 Куйбышевского района ( $P < 0,05$ ).

По данным Приволжского межрегионального территориального управления по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды к районам Самарской области с повышенным уровнем загрязнения атмосферного воздуха в 2010 г. по прежнему относились Сызрань, Самара, Чапаевск, Тольятти. 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. Наши данные свидетельствуют об отсутствии прямой взаимосвязи между числом больных ИТП, впервые поступивших

в гематологическое отделение клиники, и степенью загрязнения атмосферного воздуха или воды в районах проживания пациентов.

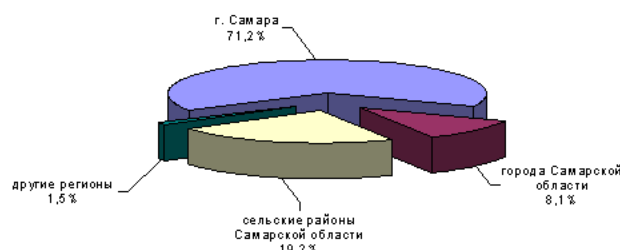


Рис. 3. Распределение больных ИТП по месту жительства

Таблица 2. Распределение стационарных больных ИТП по районам г. Самары и по некоторым городам Самарской области за 2005-2010 гг.

Место жительства	Впервые поступившие (%)	Повторно поступившие (%)
Районы г. Самары:		
Промышленный	21,7	20,0
Кировский	21,1	40,0
Октябрьский	21,1	20,0
Железнодорожный	11,8	4,0
Советский	9,9	4,0
Ленинский	5,3	-
Красноглинский	2,0	-
Куйбышевский	5,9	12,0
Самарский	1,3	-
Самарская область:		
Новокуйбышевск	30,0	-
Жигулёвск	16,7	-
Чапаевск	30,0	100,0
Отрадный	6,7	-
Сызрань	10,0	-

Кластерный анализ, с использованием показателей заболеваемости ИТП и численности населения в динамике, позволил нам выделить определенные группы районов г. Самары. Октябрьский и Железнодорожный районы г. Самары составили группу с высокой заболеваемостью ИТП. Вторая

группа включает районы со средним уровнем заболеваемости – Советский, Промышленный, Кировский. Третью группу составили Красноглинский, Ленинский, Куйбышевский и Самарский районы. Подобная картина наблюдалась и в предыдущие годы.

**Таблица 3.** Распределение стационарных больных ИТП из некоторых сельских районов Самарской области за 2005-2010 гг.

Место жительства	Впервые поступившие (%)	Повторно поступившие (%)
Самарская область:		
Красноярский	28,8	25,0
Кинельский	20,3	
Нефтегорский	13,6	
Волжский	10,2	25,0
Челно-Вершинский	3,4	25,0
Безенчукский	1,7	
Похвистневский	3,4	
Кошкинский	3,4	
Богатовский	1,7	25,0
Больше-Черниговский	3,4	
Сергиевский	5,1	
Кинель-Черкасский	3,4	
Приволжский	1,7	

Из районов Самарской области на лечение находились 19,2% больных ИТП. Необходимо отметить, что в 4 раза увеличилась госпитализация пациентов с ИТП из Нефтегорского района (таблица 3).

При изучении социального статуса поступивших на лечение 249 больных ИТП было установлено, что среди впервые госпитализированных 47,6% пациентов было трудоспособного возраста из них 14,0% инвалидов и 21,5% – пенсионеров (таблица 4). Среди инвалидов в связи с наличием ИТП больше половины (61,5%) пациентов были трудоспособного возраста. Среди поступающих на повторное лечение преобладают пациенты пожилого и старческого возраста, а также инвалиды (66,5%).

Выявлена определенная закономерность при изучении сезонности поступления всех больных ИТП с впервые выявленным заболеванием или его рецидивом (рис. 4). Основное число пациентов (61,1%) поступали в клинику весной и летом. Нами отмечено, что данная тенденция просматривается в течение многих предыдущих, изученных лет. Во все годы процент поступающих больных весной и летом достаточно стабилен и высок. По количеству госпитализаций из летних месяцев лидирует июль, а из весенних – апрель.

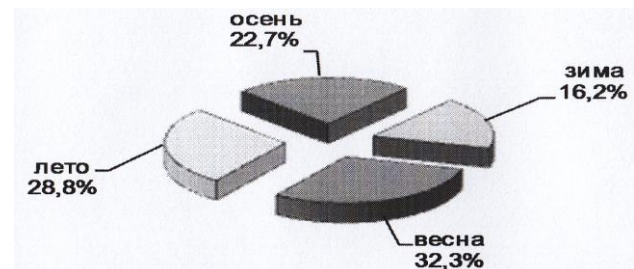
**Таблица 4.** Распределение больных ИТП по социальному статусу

Социальный статус больных	Впервые поступившие		Повторно поступившие	
	n=214	%	n=35	%
пенсионеры	46	21,5	15	42,8
инвалиды	30	14,0	7	20,0
учащиеся	35	16,4	4	11,5
служащие и рабочие	72	33,6	7	20,0
неработающие	31	14,5	2	5,7

Из числа пролеченных больных 200 человек получили лечение ГКС, стойкая ремиссия получена у 45 человек (22,5%), спленэктомия проведена у 49 больных, ремиссия получена у 38 больных (77%). Из числа больных, не ответивших на лечение, у 12 больных использовались современные лекарственные средства, таких как стимуляторы тромбопоэза (ромиплостим и элтромбопаг), что позволило получить ремиссию у 10 больных (83%). Таким образом, видно, что эффективность стимуляторов тромбопоэза выше, чем после спленэктомии и позволяет в ряде случаев избежать оперативного вмешательства.

**Выводы:** дополнительными факторами риска при ИТП, способствующими более частому возникновению заболевания, могут служить пожилой и старческий возраст, весеннее-летний период для первого обострения заболевания, осенний период для рецидива ИТП. Расширение

спектра используемых лекарственных препаратов, включающее стимуляторы тромбопоэза, для лечения ИТП позволяет добиваться ремиссии у ранее неизлечимых больных, улучшать продолжительность и качество жизни пациентов.



**Рис. 4.** Частота поступлений больных ИТП в 2005-2010 гг. в зависимости от времени года

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Абдулкадыров, К.М.* Иммунологические и реологические параллели при лечении антилимфоцитарным глобулином больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой / *К.М. Абдулкадыров, С.С. Бессмельцев* // Клинич. медицина. 1990. № 6. С. 49-53.
2. *Баркаган, З.С.* Патология тромбоцитарного гемостаза. Руководство по гематологии / Под ред. *А.И. Воробьева*. – М.: Медицина, 2005. Т. 3. 416 с.
3. *Германов, В.А.* Так называемая болезнь Верльгофа (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура) – тромбоцитолитическая полигенная иммунопатологическая геморрагическая тромбоцитопатия / *В.А. Германов, А.Е. Шварц* // Геморрагические тромбоцитопатии: Сб. науч. трудов. Под ред. *В.А. Германова*. – Куйбышев, 1978. С. 66-72.
4. *Горишнуова, Н.К.* Эффективность диспансеризации больных геморрагическими болезнями пожилого и старческого возраста / Эффективность диспансеризации гематологических больных: Сб. науч. трудов. Под ред. *В.А. Германова*. – Куйбышев, 1986. С. 59-66.
5. Диагностика и лечение идиопатической тромбоцитопенической пурпуры: рекомендации Американского общества гематологов // *Международ. журнал мед. практики*. 1997. № 6. С. 60-67.
6. *МакМиллан, Р.* Лечение взрослых больных с хронической аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой, рефрактерной к обычной терапии / *Международный журнал медицинской практики*. 1997. № 6. С. 51-59.
7. *Максимова, В.В.* Эпидемиология болезни Верльгофа по материалам Куйбышевского гематологического центра за 10 лет / *Материалы научно-практич. конференции врачей Куйбышевской области*. – Куйбышев, 1970. С. 75-76.
8. Рекомендации по диагностике и лечению аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры // *Русский мед. журнал*. 1998. № 1. С. 52-53.
9. *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. 1315-1355.
10. *Ghanima, W.* Thrombopoietic agents in immune thrombocytopenia / *W. Ghanima, J.B. Bussel* // *Semin. Hematol.* 2010. Vol. 47(3). P. 258-265.
11. *McMillan, R.* The effect of antiplatelet autoantibodies on megakaryocytopoiesis / *R. McMillan, D. Nugent* // *Int. J. Hematol.* 2005. Vol. 81. N 2. P. 94-99.

**EPIDEMIOLOGY AND WAYS OF IMPROVEMENT THE LIFE  
QUALITY AT PATIENTS WITH IDIOPATHIC TROMBOCYTOPENIA  
PURPURA ON THE TERRITORY OF SAMARA OBLAST**

© 2011 I.V. Kurtov, I.L. Davydkin, S.P. Krivova, R.K. Hayretdinov, M.S. Noskova

Samara State Medical University

In article the data after prevalence and possible risk factors of idiopathic trombocytopenia purpura (ITP) on the territory of Samara oblast is cited. It is surveyed 249 patients with ITP passing hospitalization in Samara hematology center in 2005-2010 years. Features of occurrence, current and prognostic factors of ITP on the territory of large industrial center of Middle Volga region are shown. Ways of improvement of life quality of patients with ITP on the territory of Samara oblast are shown.

Key words: *thrombocytopenia, epidemiology*

*Igor Kurtov, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Department of Hospital Therapy with Course of Transfusiology. E-mail: sam-med@mail.ru*

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

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

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

*Mariya Noskova, Senior Laboratory Assistant at the Department of Hospital Therapy with Course of Transfusiology*