

Л.М. Казакова, Т.А. Протасова, Н.М. Орлова, Т.П. Гараничева, Г.М. Хабарова

Кемеровская государственная медицинская академия,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Прослежена динамика заболеваемости идиопатической тромбоцитопенической пурпурой по числу госпитализируемых в клинику больных за период с 1997 по 2007 гг., оценена эффективность базисной терапии. Из 29 больных выздоровление наступило у 61 % детей, у 30 % заболевание приняло хроническое течение, один ребенок погиб.

Ключевые слова: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, дети раннего возраста, лечение.

L.M. Kazakova, T.A. Protasova, N.M. Orlova, T.P. Garanicheva, G.M. Habarova
THE EFFICIENCY OF IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA TREATMENT
OF LITTLE CHILDREN

The development of idiopathic thrombocytopenic purpura morbidity is tracked in conformity with number of registered in the clinic in period from 1997 to 2007, the efficiency of basic therapy is estimated. Beyond the 29 patients the recovery was registered in 61 % of children, the illness took the chronic form in 30 %, 1 child died.

Key words: idiopathic thrombocytopenic purpura, little children, treatment.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) относится к наиболее частым геморрагическим заболеваниям у детей. В России заболеваемость ИТП составляет 3-4 на 100000 детского населения [1]. В республике Беларусь этот показатель значительно выше (5,3 на 100000 детского населения) и ежегодно отмечается рост ИТП, в основном за счет детей первых 5 лет жизни [2]. О росте ИТП в нашей стране свидетельствуют ряд авторов [3].

Чаще всего возникновение ИТП ассоциируется с вирусными, бактериальными инфекциями, вакцинацией, введением туберкулина [3, 4]. Чаще болеют дети первых 5 лет, и в 70 % случаев имеется спонтанное выздоровление [5, 6]. Согласно рекомендации Американского общества гематологов, лечение следует назначать при количестве тромбоцитов менее 30×10^9 и повышенной кровоточивости [7]. Самым опасным для жизни осложнением служит кро-

воизлияние в головной мозг, частота которого варьирует в пределах 1-3 % [6, 7].

Базисными препаратами в лечении ИТП считаются иммуносупрессоры (глюкокортикоиды) и иммуномодуляторы (внутивенные иммуноглобулины). Последние нейтрализуют антитромбоцитарные антитела, усиливают фагоцитоз иммунных комплексов и активированных компонентов комплемента [8], уменьшают выработку новых антител [9]. В первый день лечения рекомендуемая доза иммуноглобулинов составляет 0,4-0,8 г/кг и, если кровотечение держится, эту дозу следует повторить трижды [9].

Принято считать, что инфантильная форма ИТП (дети первых 2-х лет жизни) часто бывает рефрактерной к проводимой терапии и в 30 % случаев принимает хроническое течение [1].

Цель нашей работы – проследить динамику заболеваемости ИТП по числу госпитализируемых в клинику больных за период с 1997 по 2007 гг. и оценить эффективность базисной терапии при инфантильной форме ИТП.

Под нашим наблюдением находилось 29 детей в возрасте от 0 до 3-х лет.

Как следует из таблицы 1, из 29 детей 23 были представлены детьми первых двух лет жизни и пре-

Корреспонденцию адресовать:

Казакова Любовь Михайловна, д.м.н., профессор,
ГОУ ВПО КемГМА Росздора
г. Кемерово, 650029, ул. Ворошилова, 22а
Тел. раб.: (3842) 73-48-56, 73-48-55

Таблица 1
Возрастной состав больных ИТП

Возраст	Мальчики	Девочки	Всего
От 0 до 1 года	6	4	10
От 1 года до 2-х лет	8	5	13
От 2-х до 3-х лет	4	2	6
Всего:	18	11	29

обладали мальчики. При сравнении числа госпитализированных по годам обращает на себя внимание резкий скачок ИТП в последние 2 года. Так, если в 1997-2005 гг. ежегодно в клинику госпитализировались 12-15 больных, то в 2006 и 2007 гг. — по 42 больных, т.е. рост в 2,5 раза, максимальный рост отмечен среди детей первых 2-х лет жизни.

По клиническим проявлениям больные были разделены на 2 группы: 1-я — сухая форма ИТП (16 больных), 2-я — влажная форма (13 больных). При сопоставлении течения антенатального периода обращало на себя внимание более частое осложнение беременности в группе больных влажной формой ИТП (угроза прерывания, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, инфекционные заболевания матери во время беременности). Семь детей из этой группы были родоразрешены посредством кесарева сечения, чего не наблюдалось в 1-й группе. По характеру вскармливания различий в 2-х группах не выявлено, а фоновой патологией чаще страдали дети, заболевшие влажной формой ИТП (табл. 2).

Таблица 2
Вскармливание и фоновая патология детей с ИТП

Нозология	Сухая форма (n=16)		Влажная форма (n=13)	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Искусственное вскармливание	8	50	8	50
Рахит	12	75	12	75
Анемия	10	63	10	63
Дисбиоз кишечника	8	50	8	50
Носительство герпетических вирусов	8	50	8	50

Только у трети больных дебюту болезни предшествовали вирусные инфекции (6 человек), кишечные (2 человека), полиомиелитная вакцинация (1 случай). У остальных детей заболевание началось на фоне относительного здоровья. Тяжесть состояния определялась выраженностью геморрагического синдрома. Так, при сухой форме геморрагический синдром ограничивался только экхимозами (1 больной), но чаще в сочетании с петехиями, расположенными на ногах и туловище (9 больных) и реже (6 больных) петехии распространялись на лицо и слизистые выротовой полости, что создавало риск подобных высыпаний в головном мозге. Количество тромбоцитов у больных сухой формой ИТП варьировало от 11 до $66 \times 10^9/\text{л}$, составив в среднем $37 \times 10^9/\text{л}$.

Лечение проводилось дифференцированно и зависело от числа тромбоцитов и выраженности кож-

но-геморрагического синдрома. Так, при наличии экхимозов и содержании тромбоцитов выше $50 \times 10^9/\text{л}$, назначалась только симптоматическая терапия (Σ -аминокапроновая кислота, дицинон). При наличии петехий на лице назначался преднизолон в дозе 5 мг/кг на 5-7 дней в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулина в среднем 0,5 г/кг. В двух случаях дети получали только внутривенное введение иммуноглобулина, в двух — только преднизолон.

Все больные сухой формой ИТП ответили подъемом тромбоцитов на 3-5 день лечения до $100 \times 10^9/\text{л}$ и выше. Был полностью купирован кожно-геморрагический синдром, все дети выписаны с выздоровлением. На протяжении последующих 3-х лет после выписки никто из пациентов повторно в клинику не поступал.

Клинические проявления у больных влажной формой ИТП включали выраженную петехиальную сыпь на всей поверхности кожи и кровотечение носовое (9 человек), кишечное (2 человека), из мест инъекций (2 человека). Содержание тромбоцитов было от единичных (у 4-х больных) до $28 \times 10^9/\text{л}$, составив в среднем $9,5 \times 10^9/\text{л}$. В связи с выраженной тромбоцитопенией и кровотечением больным назначали пульс-терапию солумедолом в дозе 20-30 мг/кг в течение 3-5 дней (8 человек) или преднизолоном 5 мг/кг на неделю (5 человек). Наряду с этим, 11 детей получали внутривенные иммуноглобулины в дозе 0,9 г/кг. Подъем тромбоцитов отмечался у 10 детей в конце недели и у одного — в конце месяца от начала лечения. Выздоровление наступило у 8 больных. У 4 детей заболевание приняло хроническое течение с частыми рецидивами (5-6 обострений в течение года). Каждое обострение сопровождалось кровотечением и кожно-геморрагическим синдромом. Ремиссию удавалось получить, используя преднизолон в сочетании с внутривенными иммуноглобулинами.

В одном случае (ребенок в возрасте 1,5 месяцев) выздоровление не наступило, и ребенок умер на 3-й день пребывания в клинике от субарахноидального кровоизлияния в область лобных, теменных и затылочных долей головного мозга, диффузных кровоизлияний в легкие.

Таким образом, за последние 2 года отмечен значительный рост госпитализированных детей с ИТП, особенно в возрасте первых 2-х лет жизни. У детей раннего возраста преобладала сухая форма ИТП, которая заканчивалась выздоровлением за 15-28 дней, независимо от метода лечения.

Дети с влажной формой ИТП требовали комплексной терапии, включающей глюкокортикоиды в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулинов. Выздоровление имело место лишь у 61 % больных, у 30 % детей заболевание приняло хроническое течение, и в одном случае наступил летальный исход.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Якунина, Л.Н. Практическое руководство по детским болезням /Якунина Л.Н., Донгаш Е.К. — 2004. — Т. 4. — С. 373-416.

- Ходулева, С.А. Распространенность и структура заболеваемости ИТП у детей Гомельской области /Ходулева С.А., Козарцова Т.И. //Гематология и трансфузиология. – 2005. – №2. – С. 25-28.
- Острая ИТП у детей, ассоциированная с введением противокраснушной вакцины /Петров В.Ю., Якунина Л.Н., Плахута Т.Г. и др. //Педиатрия. – 2003. – № 6. – С. 51-56.
- Петров, В.Ю. ИТП у детей, ассоциированная с введением туберкулина /Петров В.Ю., Якунина Л.Н., Плахута Т.Г. //Педиатрия. – 2004. – № 4. – С. 16-19.
- Dickerhoff, R. Die ITP in Kindsalter – wieviel Diagnostik and Therapie ist sinnvoll? /Dickerhoff R. //Klin. Peditr. – 1995. – V. 207. – P. 98-102.
- Чупрова, А.В. Сравнительная эффективность стартовой терапии глюкокортикоидами ИТП у детей /Чупрова А.В., Суходоева Н.Е., Анмут С.А. //Педиатрия. – 2003. – № 4. – С. 11-14.
- Georgi, J.N. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guediline developed by explicit method for the American Society of Hematology /Georgi J.N. //Blood. – 1996. – V. 88. – P. 3-40.
- Basta, M. Modulation of complement – mediated immune damage by intravenosus Ig /Basta M. //Clin. Exp. Immunol. – 1996. – V. 104, Suppl. 1. – P. 21-25.
- Berchtold, P. Autoantibodies against platelet glycoproteins in autoimmune thrombocytopenic purpura /Berchtold P., Wenger L. //Blood. – 1993. – V. 81. – P. 1246-1250.



ПАРАЦЕТАМОЛ СПОСОБСТВУЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Младенцы и дети ясельного возраста, которым давали парацетамол в качестве общего болеутоляющего средства и для того, чтобы сбить температуру, имеют гораздо больше шансов заболеть в школьном возрасте астмой или экземой. Таковы данные нового исследования.

При этом австралийские специалисты отмечают: из международного исследования неясно - само ли лекарство является фактической причиной развития аллергических заболеваний, но на всякий случай призывают родителей при простуде избегать давать детям парацетамол.

Исследование, результаты которого были опубликованы в известном британском медицинском журнале Lancet, показало, что применение парацетамола в первые несколько лет жизни ребенка на 50 процентов увеличивает риск появления у него к семи годам какого-нибудь аллергического заболевания.

Дети, которым часто давали это лекарство, имеют в три раза больше шансов на развитие у них астмы, различных аллергических реакций, а также риноконъюнктивита, вдвое больше они подвержены риску получить экзему, говорит руководитель исследования, профессор Ричард Бисли из Института медицинских исследований Новой Зеландии.

Исследование с привлечением более 200000 детей из 31 страны является одним из самых масштабных в своем роде. Оно позволяет объяснить загадочное увеличение заболеваний астмой среди детей в последние 50 лет.

Источник: MIGnews.com