

Особенности диспансерного наблюдения детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой

Т.В. Русова¹, Г.А. Ратманова¹, О.Б. Козлова², Т.В. Частухина², Э.Ю. Коллеров², М.В. Заводин²,
В.Н. Фокин², В.Г. Субботина¹

¹Ивановская Государственная медицинская академия
153012, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

²Ивановская областная клиническая больница
153040, г. Иваново, ул. Любимова, д. 1

В статье в краткой форме обобщаются литературные сведения и собственный опыт авторов по осуществлению диспансерного наблюдения детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.

Ключевые слова: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, дети, диспансеризация

От правильной тактики ведения пациента в условиях детской поликлиники во многом зависит дальнейшее течение заболевания, формирование осложнений и качество жизни ребёнка. Чётко разработана система диспансеризации детей с гемофилией, в меньшей степени представлены рекомендации по наблюдению детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП).

В течение последних 10 лет под нашим наблюдением находились 33 ребёнка с острым течением ИТП и 8 детей с хроническим течением ИТП в возрасте от 1 года до 15 лет. У всех детей заболевание развилось после острых инфекционных процессов, в основном ОРВИ. Кроме того, пациенты школьного возраста имели очаги хронической инфекции в носоглотке, кариес. С целью повышения эффективности диспансеризации детей с ИТП в условиях первичного звена здравоохранения мы систематизировали имеющиеся рекомендации по особенностям наблюдения за этой категорией больных, с учётом опыта работы детского гематологического отделения областной клинической больницы г. Иваново. Ниже предлагается следующая система диспансеризации больных с данной патологией.

В литературе имеются рекомендации о снятии с учета больных с острой ИТП через 12 месяцев после выздоровления. Однако мы неоднократно наблюдали случаи рецидива заболевания на втором году после острой ИТП. В связи с этим считаем необходимым наблюдение за данными пациентами более длительный период – не менее 3–5 лет.

Согласно стандартам оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями, опубликованным в 2009 году для обсуждения врачами-специа-

листами, при хронической ИТП рекомендуется снимать детей с диспансерного учета через 3 года после последнего обострения. Однако при хроническом течении заболевания мы не наблюдали таких длительных ремиссий и дети находились на диспансерном учете до 18-летнего возраста с последующей передачей по наблюдению терапевтов.

Цель диспансеризации: профилактика и ранняя диагностика обострений и осложнений (в том числе, желудочно-кишечное или почечное кровотечение), назначение и коррекция профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации.

Педиатр после выписки из стационара осматривает ребёнка первые 3 месяца один раз в 2 недели, следующие 9 месяцев – ежемесячно, на втором году диспансеризации при отсутствии обострений – 1 раз в 2 месяца, в последующем – ежеквартально. Перед каждым осмотром выполняется анализ крови с подсчетом тромбоцитов. Кроме того, обязательно выполнение анализа крови при ОРВИ или других инфекционных и воспалительных заболеваниях. При хроническом течении процесса частота наблюдения педиатра, а также проведение анализов крови определяется индивидуально, но не реже 1–2 раз в месяц.

Гематолог на первом году диспансеризации осматривает ребёнка ежеквартально, затем 1–2 раза в год, по показаниям (при хроническом течении процесса) чаще. С целью выявления и санации хронических очагов инфекции в носоглотке и полости рта отоларинголог и стоматолог консультируют пациентов 2 раза в год. Невролог осматривает ребёнка по показаниям: хроническое течение заболевания, жалобы на головную боль, двигательные, тактильные нарушения (исключение кровоизлияния в ткани мозга).

Анализы мочи выполняются детям при хроническом течении процесса в случаях снижения тромбоцитов ниже $50 \times 10^9/\text{л}$ для исключения почечного кровотечения. Необходимо отметить, что почечные кровотечения у детей с ИТП отмечаются редко. В течение 10 лет мы наблюдали только одного ребенка с микрогематурией. В случае гематурии у больных необходимо исключить воспалительные заболевания почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит) и дисметаболические нефропатии. Иммунологическое обследование (титр антитромбоцитарных антител) выполняется при прогрессировании геморрагического синдрома и снижении уровня тромбоцитов при хроническом течении.

После выписки из стационара режим ребёнка строится в соответствии с возрастом, но противопоказаны физические и психические перегрузки, инсоляция. Так, мы наблюдали случай обострения хронического процесса у мальчика 5 лет после интенсивной инсоляции в летний период времени, который проявлялся тромбоцитопенией и кожным геморрагическим синдромом.

Необходимо беречь ребёнка от травм. В течение 3–5 лет после обострения нецелесообразна смена климата. Питание должно быть полноценным, но с ограничением облигатных аллергенов.

После выписки из стационара в течение месяца проводится фитотерапия с кровеостанавливающим действием (тысячелистник, пастушья сумка и др.), затем перерыв 1 месяц с последующим 2-х месячным курсом. Далее при хроническом течении процесса рекомендуются 2–3 курса фитотерапии в год, продолжительностью по 2 месяца. В перерывах между фитотерапией 2–3 раза проводятся двухнедельные курсы препаратов, улучшающих функцию тромбоцитов, которые назначает гематолог. При хроническом течении заболевания, лечение этими препаратами проводится 2–3 раза в год, чередуя с фитотерапией.

При хроническом течении процесса гематологом по показаниям назначаются глюкокортикоиды или иммунодепрессанты. Коррекция дозы или отмена этих препаратов осуществляется также гематологом. Педиатр только контролирует их побочное действие.

В течение двух лет после спленэктомии ребёнок нуждается в защите от бактериальных инфекций. Рекомендуется введение бициллина-5 один раз в месяц в течение 6 месяцев после операции [3]. В дальнейшем мы рекомендуем осуществлять мероприятия, направленные на повышение иммунитета, санацию очагов инфекции не только у ребёнка, но и его ближайшего окружения.

Детям с ИТП с осторожностью проводятся инвазивные диагностические и лечебные процедуры. Уровень тромбоцитов, рекомендуемый для безопасности инвазивных процедур, следующий:

- лечение зубов – > 10 тыс.;
- удаление зубов – > 30 тыс.;

- малые хирургические операции – > 50 тыс.;
- большие хирургические операции – > 80 тыс.

Кроме того, следует учесть, что антиагрегантные, антигистаминные препараты, НПВС, сульфаниламиды снижают функциональные свойства тромбоцитов (адгезию и/или агрегацию) и их назначение должно быть строго обосновано.

Согласно методических указаний Минздравсоцразвития РФ, более 80 % детей с ИТП выздоравливают в течение 9–12 месяцев и в последующем не дают рецидивов. В этом случае они могут быть привиты после стойкой нормализации числа тромбоцитов (анализ следует повторить перед вакцинацией) [4]. С учётом возможности развития тромбоцитопении после введения живых вакцин, их следует проводить с большей осторожностью. По мнению А.Г. Румянцева с соавт., прививку следует проводить через год после выздоровления [3]. Эти дети после выписки из стационара освобождаются от занятий физкультурой на 1 год с проведением ЛФК по индивидуальной программе, затем переводятся в подготовительную группу. Исключены контактные виды спорта, не рекомендованы игра в футбол, велосипед [5]. Ограничение: занятия бегом, ходьба на лыжах, коньки.

Дети с хроническим течением болезни и рецидивами могут быть привиты только в периоде стойкой ремиссии, сроки которой определяются индивидуально [3, 4]. Эти дети освобождаются от занятий физкультурой в образовательном учреждении на весь период диспансерного наблюдения, возможна ЛФК по индивидуальной программе. Лечение в местных санаториях возможно через год после выписки из стационара, в южных санаториях – через 3–5 лет ранней весной или поздней осенью (март, апрель, октябрь, ноябрь) [6].

Заболевание ограничивает профпригодность подростков, а также является противопоказанием к работе во вредных производствах. Противопоказаны следующие факторы: нервно-психическое напряжение, неблагоприятные микроклиматические факторы, опасность травматизма, работа на высоте, контакт с токсическими веществами и все виды излучения. На уроках труда противопоказаны работы с колюще-режущими предметами. Направляются на МСЭ дети с хроническим течением и уровнем тромбоцитов ниже $50 \times 10^9/\text{л}$. Юноши с данным заболеванием не подлежат призыву на военную службу.

Предлагаемая и используемая нами кратность наблюдения и объём исследования позволяют оценить состояние здоровья пациента в период диспансерного наблюдения и своевременно принять меры в случае рецидива заболевания. Комплексный подход к диспансерному наблюдению детей с геморрагическими заболеваниями, преемственность в работе участкового педиатра, гематолога и врачей других специальностей позволяют избежать тяжёлых осложнений и ранней инвалидизации детей.

Литература.

1. Приказ МЗ и СР РФ № 344 «Стандарт оказания медицинской помощи больным с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (при оказании специализированной помощи) от 21. 05 2007.
2. Отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям, болезни крови и кроветворных органов. Приложение № 21 к Приказу МЗ РФ № 151 от 07.05.1998.
3. Практическое руководство по детским болезням. Том 4. Гематология /онкология детского возраста / Под ред. Коколиной В.Ф., Румянцев А.Г. – М.: Медпрактика, 2004. С. 304–417.
4. Вакцинопрофилактика. Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактики. Методические указания МУ МЗ РФ 3.3.1. 1123-02 от 01.08.2002.
5. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 1000 с.
6. Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей. Методические указания МЗ РЗ № 99/231 от 22.12.99.

Children with idiopathic thrombocytopenic purpura follow-up examination features in primary care

T.V. Rusova¹, G.A. Ratmanova¹, O.B. Kozlova², T.V. Chastukhina², E.Yu. Kollerov², M.V. Zavodin², V.N. Fokin², V.G. Subbotina¹

¹Ivanovo State Medicine Academy

Engels ave. 8, Ivanovo, 153012

²Ivanovo Regional Clinical Hospital

Lyubimova st. 1, Ivanovo, 153040

The article summarizes in brief the reference data and personal experience of authors for the follow-up examination of children with idiopathic thrombocytopenic purpura.

Keywords: children, follow-up examination, idiopathic thrombocytopenic purpura.

Проект «Проверь себя!» повысит осведомленность о заболеваниях печени в России

Российское общество по изучению печени (РОПИП) совместно с Международным медицинским центром «ОН КЛИНИК», Центром молекулярной диагностики (CMD) и компанией Abbott запустили 1 октября 2011 г. в Москве проект «Проверь себя!», направленный на сбор и анализ данных о частоте заболеваний печени в России, выявление их основных факторов риска и привлечение внимания общественности к этим проблемам. Предполагается, что обследование, проводимое в рамках проекта, охватит до 4000 участников, позволит определить профиль типичного пациента с заболеваниями печени, а также наиболее эффективные меры лечения и профилактики. Партнеры надеются, что эта инициатива поможет снизить в России частоту заболеваний печени, связанных с употреблением алкоголя и неправильным питанием, благодаря просветительским мероприятиям, повышению осведомленности о заболеваниях и ранней диагностике.

Основные цели проекта «Проверь себя!» состоят в том, чтобы предоставить пациентам возможность бесплатно обследовать состояние печени и получить врачебные рекомендации, а также помочь накопить важные статистические данные для научных работников и организаторов здравоохранения, которые будут использованы для дальнейшего развития гепатологии в России. Партнеры проекта предполагают, что в будущем он может охватить и другие города России.

В течение октября 2011 года жители РФ старше 18 лет будут иметь возможность, записавшись по телефону Горячей линии (495) 640-47-47, пройти бесплатное обследование состояния печени в Москве на базе Центра молекулярной диагностики (CMD) и клиник «ОН КЛИНИК». После обследования участники проекта смогут получить бесплатную консультацию врача-гастроэнтеролога «ОН КЛИНИК», который даст

рекомендации по профилактике заболеваний печени или возможным вариантам лечения. Обследование в рамках проекта «Проверь себя!» позволит ученым составить общую картину заболеваний печени в изучаемой популяции пациентов, распространенности жировой дистрофии алкогольного и неалкогольного генеза, гепатитов. Особенности, характерные для пациентов с данными заболеваниями, помогут определить их основные факторы риска.

По мнению партнеров, проект «Проверь себя!» позволит проинформировать людей о том, что чрезмерное употребление алкоголя и неправильное питание являются основными факторами риска развития серьезных заболеваний печени. Согласно статистическим данным, причиной каждой восьмой смерти россиян становятся заболевания, связанные с употреблением алкоголя. Заболевания сердца и печени уносят в России больше жизней, чем в большинстве прочих стран мира, что обусловлено воздействием алкоголизма. Согласно данным Мосгорстата, алкогольные болезни печени составляют 35,7 % в общем числе смертельных исходов, связанных с употреблением алкоголя. Кроме того, по данным экспертов, в 2010 году более 38 % москвичей имели избыточную массу тела, что в два раза выше, чем было зарегистрировано 12 лет назад. Ожирение повышает риск жировой дистрофии печени, наиболее распространенного заболевания печени во всем мире.

Российское общество по изучению печени планирует представить результаты проекта Министерству здравоохранения и социального развития РФ для дальнейшего рассмотрения и обсуждения.

Более подробная информация о проекте «Проверь себя!» представлена на сайте www.testliver.ru.