

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРНОГО КЛИМАТА КЫРГЫЗСТАНА
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ**

Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., А.А. Махмануров

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты реабилитационного курса детей идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в условиях среднегорья (1760 м) с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м). Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у 2-х достигнута полная, у 7 – частичная ремиссия, у 2 – улучшение клинико-гематологических показателей носило временный характер. Отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка. Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 75% детей и 62% взрослых.

Ключевые слова: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лечение, высокогорная климатотерапия.

**ИДИОПАТИКАЛЫК ТРОМБОЦИТОПЕНИКАЛЫК ПУРПУРАСЫ МЕНЕН ООРУЛАРДЫ
ДАРЫЛОО ҮЧҮН КЫРГЫЗСТАНДЫН ТООЛУУ КЛИМАТЫН КОЛДОНУУ**

Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., А.А. Махмануров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар курсунун кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада идиопатикалык тромбоцитопеникалык пурпура менен ооруган балдарды орто тоолуу шартта жандандыруу жана андан ары бийик тоолуу Төө-Ашуудагы (3200 м) дарыканада дарылоонун жыйынтыгы берилген. Бийик тоолуу климаттык терапия алган 12 баланын ичинен, 2 бала толугу менен, 7 бала толук эмес, 2 бала клиникалык гематологиялык көрсөткүчүнүн жакшырышып убактылуу гана болду. Бир балада эч кандай жакшыруу болгон жок. Бийик тоодо жетишкен жакшы клиникалык жыйынтык андан кийин узак убакытка (6 ай жана бир жыл) сакталды. Клиникалык-гематологиялык ремиссия 75% балдарда жана 62% чоң кишилерде жетишилди.

Негизги сөздөр: идиопатикалык тромбоцитопениялык пурпура, дарылоо, бийик тоолуу климатотерапиясы.

**USING THE MOUNTAIN CLIMATE OF KYRGYZSTAN FOR TREATMENT
THE PATIENTS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA**

Marishbek k. E., Esengeldi k. A., A.A. Machmanurov

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Chair of the Hospital Therapy, Profpathology with Hematology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article presents the results of rehabilitation programme for children with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) in the settings of mid – altitude (1760 meters) with subsequent treatment programme in high altitude in-patient care Tuya-Ashuu hospital (3200 meters). Out of 12 children received high altitude climate therapy, 2 children achieved – full remission, 7 children achieved – partial remission, 2 children showed transient improvement of clinical-hematologic indicators. Complete absence of the effectiveness was recorded in 1 child. Significant positive clinical results achieved in majority of patients in high-altitude settings persisted in the long term (during 6 and 12 months). Conclusion: Clinical-hematologic remission achieved in 75% children and 62% adults.

Key word: idiopathic thrombocytopenic purpura, treatment, mountain climate therapy.

Введение. Идиопатическая (иммунная) тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – это заболевание, манифестирующее иммуно-опосредованной

тромбоцитопенией [1]. Точная инцидентность неизвестна, однако ежегодно в США и Европе регистрируется около 50-100 новых случаев на

миллион человек, дети и взрослые составляют примерно одинаковое количество [2].

В последние годы в специальной литературе представлено значительное количество рекомендаций по лечению ИТП, которые мало сопоставимы между собой либо, наоборот, практически полностью дублируют друг друга [3,4]. Несовершенство существующих протоколов терапии ИТП, частая непредсказуемость ожидаемого ответа на используемые глюкокортикостероиды, высокая частота развития связанных с ними осложнений диктуют необходимость постоянного поиска новых методов лечения этого распространенного заболевания.

В частности, в последние 20 лет за рубежом широко апробированы и хорошо себя зарекомендовали такие альтернативные способы коррекции ИТП, как внутривенные иммуноглобулины, анти-Д иммуноглобулин и интерфероны [5]. Вместе с тем эффективность указанных препаратов при данном заболевании также ограничена (60-80% от всех наблюдений), а стоимость одного курса лечения сохраняется крайне высокой (5-10 тыс. долларов США).

Поэтому поиск любых альтернативных методов лечения ИТП считается актуальным. Начиная с 1990 годов в Кыргызской Республике в лечении ИТП у взрослых, активно стали использовать высокогорный климат. Исследования отечественных ученых [6,7] доказали, что 40-дневное пребывание на высоте 3200 метров над уровнем моря положительно влияет на течение ИТП и ремиссия у взрослых больных достигается в 60% случаев. В связи с чем, высокогорный климат был включен в схему терапии детей с хронической ИТП, при этом у детей был использован ступенчатый метод лечения: до высокогорной климатотерапии дети проходили курс реабилитации в условиях среднегорья.

Цель исследования: Изучить клиническую картину и состояния тромбоцитопоза у детей и взрослых с хронической ИТП для оценки эффективности использования высокогорного климата в терапии данного заболевания.

Материал и методы исследования

В исследование включено 12 детей с хронической ИТП (в возрасте от 5 до 14 лет; средний возраст $10,25 \pm 1,43$ года), находившихся на реабилитации в Детском медико-социальном реабилитационном комплексе «Алтын-Балалык» (г. Чолпон-Ата, 1650 м. н.у.м.), с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м. н.у.м.). Продолжительность курса реабилитации составила 30 дней, высокогорной климатотерапии – 40 дней. Для сравнения результатов лечения в статье приведены

данные по взрослым больным (105 чел.), которые получили высокогорную климатотерапию в разные периоды, начиная с 2000 года.

При диагностике ИТП учитывали анамнестические данные о наличии геморрагического синдрома, тромбоцитопении, нормальное или увеличенное содержание мегакариоцитов в костном мозге, отсутствие спленомегалии и другой патологии, сопровождающейся тромбоцитопенией, и связь заболевания с приемом медикаментов.

Статистический анализ полученных нами данных проводился с использованием программы SPSS for Windows v.10.0.5. Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни (непараметрический метод) с уровнем достоверности 0,05.

Полученные результаты

У всех детей до поступления в детский медико-социальный реабилитационный комплекс (ДМСРК) применялись те или иные методы медикаментозной терапии, которые оказали временную эффективность. Так, лечение гормонами, в частности преднизолоном, в стандартных дозах 1-2 мг/кг/сут в течение 20-25 дней проведено 5 детям. Из них у 2 детей отмечался положительный кратковременный эффект в течение одного года, у 2 детей ремиссия продолжалась 2 года и у одного ребенка – в течение 3-х лет. Четверым детям применялись высокие дозы пероральных глюкокортикоидов (6-9 мг/кг в сутки), которая оказала положительный эффект от 3 до 5 лет. Высокие дозы парентеральных глюкокортикоидов, в частности, 10-20 мг/кг в сутки метилпреднизолона применялись у остальных 3 детей, эффективность которой отмечена у всех: у 1 ребенка – кратковременный положительный эффект в течение 6 месяцев, у остальных двоих – ремиссия доходила до года.

Проявления геморрагического синдрома наблюдались у 10 детей (83%), в том числе кровоизлияния зарегистрированы у 6 чел. (60%), петехии – у 4 чел. (40%). Влажная пурпура имела у половины из 12 больных. В процессе реабилитации, улучшение состояния наблюдалось со 2-й недели пребывания в реабилитационном комплексе и особенно заметные сдвиги зарегистрированы к концу срока. Частота кожных проявлений геморрагического синдрома и влажной пурпуры уменьшилась в 1,5 раза и более.

Количество тромбоцитов до реабилитации в среднем составило $28,5 \pm 2,71 \times 10^9$ /л. При этом у 2-х детей этот показатель был ниже критической цифры ($18,4$ и $19,1 \times 10^9$ /л, соответственно). К концу срока

реабилитации уровень тромбоцитов заметно увеличился и составил $39,8 \times 10^9/\text{л}$, то есть со стороны тромбоцитов зафиксирован прирост.

В последующем эти дети были направлены для дальнейшего лечения на высокогорную базу Туя-Ашу (3200 м). Перед отправкой в условия высокогорья, в течение недельного срока, дети находились дома в г. Бишкек, и одновременно проходили обследование.

У незначительного количества детей (35%) в первые дни пребывания в высокогорье отмечались признаки высотной болезни (головные боли, головокружение, одышка, сердцебиение при незначительной физической нагрузке). Но эти симптомы у детей проходили в течение 3-5 дней. Большинство детей не испытывало признаков высотной болезни, что скорее всего объясняется пребыванием детей в условиях среднегорья.

Улучшение состояния в горах начиналось с 20-го дня пребывания в условиях высокогорья, когда число тромбоцитов увеличилось почти в 2 раза от исходного уровня ($p < 0,05$), а на 40-й день лечения высокогорьем их количество увеличилось в 3,5 раза (составляя в среднем $98,7 \pm 3,51$ тыс./мкл).

У наших детей с ИТП для изучения процентного содержания различных форм тромбоцитов, проведено исследование тромбоцитограммы (рис.).

Как видно из рисунка, до лечения количество нормальных пластинок составило 48%, старые формы – 28%, дегенеративные – 18% и формы раздражения – 6%. К концу высокогорной климатотерапии выявлено увеличение числа нормальных кровяных пластинок в 1,3 раза, форм раздражения – в 2,5 раза. Количество старых и дегенеративных форм, наоборот уменьшилось до 14% и 9% соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительных сдвигах со стороны тромбоцитограммы.

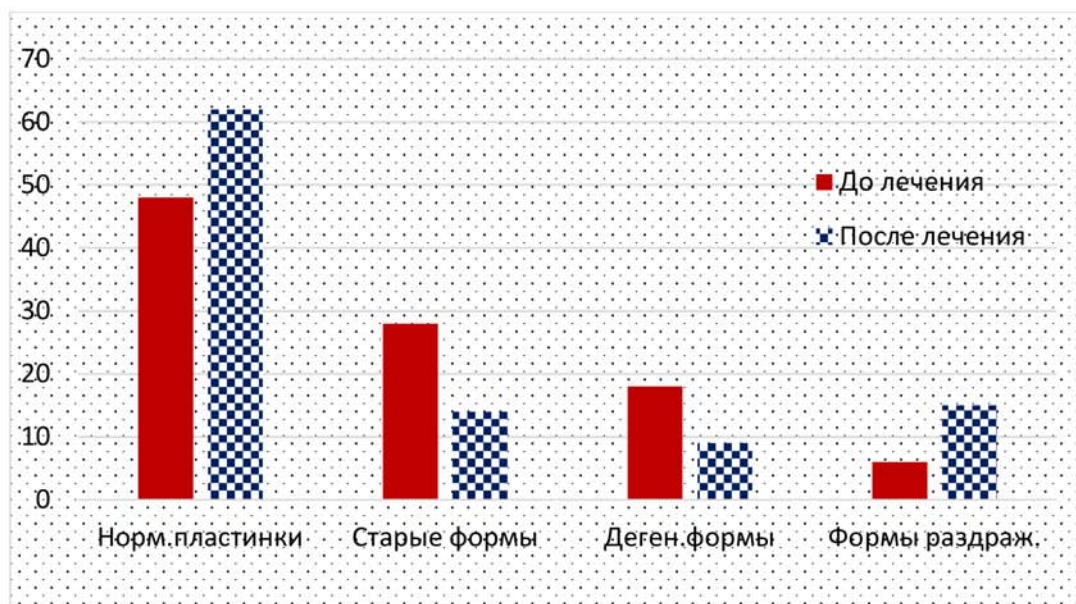


Рис. Тромбоцитограмма у детей ИТП в процессе высокогорной климатотерапии.

Результаты лечения оценивались согласно следующим критериям: полная ремиссия (значительное улучшение или нормализация гематологических показателей, отсутствие потребности в гормонах и трансфузии компонентов крови); частичная ремиссия (стойкое улучшение гематологических показателей, снижение потребности в гормонах и гемотрансфузии); временное улучшение (менее 2 мес.) гематологических показателей и отсутствие эффекта. Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у двух детей достигнута полная и у 7 – частичная ремиссия. У 2 детей улучшение клинико-гематологических по-

казателей носило временный характер, и отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка.

Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). На высокогорную климатотерапию положительно ответили 75% больных детей с хронической ИТП.

За последние двадцать лет в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м) прошли лечение 105 взрослых больных. Полная клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 37 из них (35%), частичная ремиссия – у 25 чел. (24%), временное улучшение клинико-гематологических показателей зарегистрировано у – 22 чел. (21%), и не ответили на высокогорную терапию 16 (15%) больных. В отличие от детей, эффективность высокогорной климатотерапии у взрослых значительно ниже. Если у детей на лечение высокогорьем ответили 75% детей, то у взрослых этот процент составил всего 62%.

Резюмируя вышеизложенное, можно предположить, что полученные положительные результаты у больных ИТП в процессе лечения в условиях высокогорья, обусловлены следующими причинами: во-первых, гипоксия способствует повышенной выработке тромбопоэтинов, которые в свою очередь, стимулируя мегакариоцитарный росток костного мозга, увеличивают количество тромбоцитов в периферической крови; во-вторых, увеличение выработки в горах глюкокортикоидов не исключает их иммуносупрессивного влияния, если учесть, что большая часть тромбоцитопении носит аутоиммунный характер.

Выводы:

1. Условия среднегорья оказывают благоприятное воздействие на течение тромбоцитопении у детей, и особенно, на прохождение периода адаптации в условиях высокогорной базы Туя-Ашу.
2. Высокогорная климатотерапия, как у детей, так и у взрослых улучшает клиническое течение заболевания, вызывает достоверное повышение количества тромбоцитов и их качественные сдвиги.
3. При сравнении результатов лечения, эффективность высокогорной климатотерапии бо-

лее выражена у детей, чем у взрослых: положительно ответили на терапию 75% детей и 62% взрослых.

Литература

1. Имбах, П. *Диагноз и лечение хронической иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей* / П. Имбах // *Гематология и трансфузиология*. - 1998. - №3. - С. 27-31.
2. Blanchette, V. *Childhood Immune Thrombocytopenic Purpura: Diagnosis and Management* / V. Blanchette, P. Bolton-Maggs // *Pediatric Clinic of North America*. - 2008. - №55. - P. 393-420.
3. Масчан, А.А. *Современные методы диагностики и лечения первичной иммунной тромбоцитопении (по итогам совещания совета экспертов)* / А.А. Масчан, Л.Г. Ковалёва, А.Г. Румянцев // *Вопросы гематологии и иммунологии в педиатрии*. - 2010. - Т.9. - №4. - С. 5-14.
4. Andersen, J.C. *Response of resistant idiopathic thrombocytopenic purpura to pulsed high-dose dexamethasone therapy* / J.C. Andersen // *The New England Journal of Medicine*. - 1994. - Т.330. - №22. - P. 1560-1564.
5. Rodeghiero, F. *Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from international working group* / F. Rodeghiero, R. Stasi, T. Gamsheiner // *Blood*. - 2009. - Т. 113. - №11. - P. 2386-2393.
6. Раимжанов, А.Р. *Перспективы лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры* / А.Р. Раимжанов, С.М. Маматов // *Наука и новые технологии*. - 1999. - №3. - С. 92-96.
7. Маматов, С.М. *Морфофункциональные особенности гемопоэза у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в процессе высокогорной климатотерапии* / С.М. Маматов // *В кн. Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. Сборник научных трудов*. Бишкек. - 1998. - С. 563-569.