

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №9

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
АХБОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

<i>Tursunov F.N., Ismailov U.S., Madatov K.A., Sharopov A.N. O'TKIR PANKREATITNING TURLI XIL VARIANTLARINI RIVOJLANISHIDA GEN POLIMORFIZMINING ROLI</i>	<i>Tursunov F.N., Ismailov U.S., Madatov K.A., Sharopov A.N. THE ROLE OF GENE POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF VARIOUS VARIANTS OF ACUTE PANCREATITIS</i>	59
<i>Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Ashuraliyev Sh.X., Qurbonqulov A.A. MELLORI-VEYS SINDROMINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASHDAGI ZAMONAVIY QARASHLAR</i>	<i>Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Ashuraliev Sh.Kh., Kurbankulov A.A. MODERN PROSPECTS FOR EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MALLORY-WEISS SYNDROME</i>	62
<b>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</b>	<b>EXPERIMENTAL MEDICINE</b>	
<i>Mirzamuhammedov O.X., Nabiyeva R.U. TAJRIBAVIY GIPO TIREOZ KASALLIGI FONIDA TOKSIK MIOKARDITNI MODELLASHTIRISH OMILLARI TA'SIRINI BAHOLASH</i>	<i>Mirzamuhammedov O.Kh., Nabieva R.U. ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF FACTORS MODELING TOXIC MYOCARDITIS AGAINST THE BACKGROUND OF EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM</i>	66
<i>Тагайалиева Н.А., Амонова Д.М., Якубова Р.А., Баратов К.Р., Рахмонова Г.Г., Мухитдинов Б.И., Каланова М.А., Тураев А.С. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ДОКСОРУБИЦИНА И ЕГО ПОЛИГАЛАКТУРОНАН-ПРОИЗВОДНОГО PG-DOX</i>	<i>Tagayaliev N.A., Amonova D.M., Yakubova R.A., Baratov K.R., Rakhmonova G.G., Mukhitdinov B.I., Kalanova M.A., Turaev A.S. THERAPEUTIC INDEX OF DOXORUBICIN AND ITS POLYGALACTURONAN DERIVATIVE PG-DOX</i>	72
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	<b>CLINICAL MEDICINE</b>	
<i>Агзамова Г.С., Мухиддинов А.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 ПНЕВМОНИЕЙ</i>	<i>Agzamova G.S., Mukhiddinov A.I. FEATURES OF THE COURSE AND MODERN METHODS OF DIAGNOSIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH COVID-19 PNEUMONIA</i>	77
<i>Азимова С.Б., Каюмов А.А., Асрарова Н.М. ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ</i>	<i>Azimova S.B., Kayumov A.A., Asrarova N.M. ASSESSMENT OF IMMUNOHISTOCHEMICAL PROFILE AND CYTOGENETIC ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA</i>	82
<i>Аликулова Н.А., Уринова Г.М. ИНСУЛЬТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРАРДА АУТОРЕГУЛЯЦИЯ БОСҚИЧИНИ ТРАНСКРАНИАЛ ДОППЛЕР ВА АНГИОГРАФИЯ ПАРАМЕТРЛАРИ ОРҚАЛИ АНИҚЛАШ</i>	<i>Alikulova N.A., Urinova G.M. DETERMINATION OF THE AUTOREGULATION PHASE IN STROKE PATIENTS USING TRANSCRANIAL DOPPLEROGRAPHY AND ANGIOGRAPHY</i>	86
<i>Ashrapov J.R., Jalolova M.S., Asadullaev U.M., Qazakov Sh.J. IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GLIAL BRAIN TUMORS IN CHILDREN</i>	<i>Ashrapov J.R., Jalolova M.S. Asadullaev U.M., Kazakov Sh.J. BOLALAR GLIAL BOSH MIYA O'SMALARI TASHXISI VA DAVOSIDA IMMUNOGISTOKIMYONING O'RNI</i>	91
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Файбуллаева Х.Ж. МУЛТИФОКАЛ АТЕРОСКЛЕРОЗНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ</i>	<i>Bakhritdinov F.Sh., Sobirov J.G., Gaybullaeva Kh.J. RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS</i>	97
<i>Бобоева З.Н., Мирзамуродова М.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ ПРИ РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	<i>Boboeva Z.N., Mirzamuradova M.A. PATHOGENETIC ASPECT OF DISTURBANCES IN THE RHEOLOGICAL PROPERTIES OF BLOOD DURING THE DEVELOPMENT OF DISEASES</i>	106
<i>Бобомуратов Т.А., Аvezова Г.С., Маткаримова Д.С., Эгамбердиев С.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ</i>	<i>Bobomuratov T.A., Avezova G.S., Matkarimova D.S. Egamberdiev S.B. CLINICAL COURSE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN AND ASSOCIATED. PATHOLOGIES. RETROSPECTIVE ANALYSIS</i>	111

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ**

Бобомуратов Т.А., Аvezова Г.С., Маткаримова Д.С., Эгамбердиев С.Б.

**BOLALARDA GEMORRAGIK VASKULITNING KLINIK KECISHI VA YONDOSH PATOLOGIYALAR RETROSPEKTIV TAHLIL**

Bobomuratov T.A., Avezova G.S., Matkarimova D.S. Egamberdiev S.B.

**CLINICAL COURSE OF HEMORRHAGIC VASCULITIS IN CHILDREN AND ASSOCIATED PATHOLOGIES. RETROSPECTIVE ANALYSIS**

Bobomuratov T.A., Avezova G.S., Matkarimova D.S. Egamberdiev S.B.

Ташкентская медицинская академия

**Maqsad:** bolalarda gemorragik vaskulitning (Shenley-na – Genoxa kasalligi) klinik variantlarini, kursning yosh-jinsiy xususiyatlarini va birga keladigan patologiyaning tabiatini hisobga olgan holda retrospektiv tahlil qilish. **Material va usullar:** tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi bolalar kardiorevmatologiyasi bo'limida o'tkazildi. Retrospektiv tahlil qilish orqali 2012-2022 yillarda gemorragik vaskulit tashxisi bilan statsionar sharoitda davolangan 3 yoshdan 17 yosh-gacha bo'lgan bolalarning 416 ta kasallik tarixi o'rganildi. Barcha ma'lumotlar maxsus mo'ljallangan kartalarga ko'chirildi. Bemorlar guruhlarga bo'lingan va yoshi, jinsi, klinik kechishi, kasalliklarning mavsumiyligi, og'irligi va birga keladigan kasal-liklar bo'yicha tahlil qilingan. **Natijalar:** qorin bo'shlig'ining teri shakli, shuningdek, gemorragik vaskulit tufayli buyrak shi-kastlanishi sindromi, birgalikda patologiyasi bo'lgan bolalarda 2 marta tez-tez uchraydi. Bolalardagi allergik kasalliklar va ikkilamchi infeksiyalar, gelmintik invazyalar gemorragik vaskulitning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar bo'lib xizmat qildi. Xususan, bolalarning 35,0 % atopik dermatit va allergiyaga moyillik kabi belgilar kuzatilgan. Birgalikda patologiyasi bo'lgan gemorragik vaskulit bilan og'ri-gan bolalarda statsionar davolanish muddati birga keladigan patologiyasi bo'lmagan bolalarga qaraganda 2,5-3 baravar ko'p. **Xulosa:** bolalardagi gemorragik vaskulitning og'irligi buyraklarning shikastlanishini aniqlaydi.

**Kalit so'zlar:** bolalar, gemorragik vaskulit, Shenley-na – Genoxa, klinik ko'rinish, birga keladigan patologiya.

**Objective:** A retrospective analysis of clinical variants of hemorrhagic vasculitis (Schönlein-Henoch disease) in children, taking into account the age-sex characteristics of the course and the nature of the concomitant pathology. **Material and methods:** The study was carried out in the department of pediatric cardiorheumatology of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. Through a retrospective analysis, 416 medical histories of children aged 3 to 17 years who were treated in an inpatient setting with a diagnosis of hemorrhagic vasculitis in 2012-2022 were studied. All data was copied into specially designed cards. Patients were divided into groups and analyzed by age, gender, clinical course, seasonality of diseases, severity and concomitant diseases. **Results:** The cutaneous abdominal form, as well as kidney damage syndrome due to hemorrhagic vasculitis, are 2 times more common in children with concomitant pathology. Allergic diseases in children and secondary infections, helminthic infestations served as predisposing factors to the development of hemorrhagic vasculitis. In particular, 35.0% of children had such signs as atopic dermatitis and a tendency to allergies. In children with hemorrhagic vasculitis with concomitant pathology, the duration of hospital treatment is 2.5-3 times longer than in children without concomitant pathology. **Conclusions:** The severity of hemorrhagic vasculitis in children determines kidney damage.

**Key words:** children, hemorrhagic vasculitis, Henoch-Schönlein disease, clinical picture, concomitant pathology.

Геморрагический васкулит (ГВ) (болезнь Шенлейна – Геноха), который относится к группе системных васкулитов, характеризуется микроциркуляторными нарушениями вследствие накопления иммуноглобулина А (IgA)-содержащих иммунных комплексов в сосудах кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почек. Это заболевание – одно из самых распространенных системных васкулитов в детском возрасте [6,14]. В мире заболеваемость среди детей колеблется от 3 до 26,7 на 100 тыс. детей [4,10,12]. В патогенезе заболевания лежит поражение интимы мелких сосудов кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта, почек IgA-иммунокомплексами. В результате развивается эндотелиальная дисфункция – снижение синтеза активаторов фибринолиза, активация системы перекисного окисления липидов (ПОЛ), процессов коагуляционно-тромбоцитарного гемостаза [1,3,4,10].

Различные проявления клинических признаков, тяжесть заболевания и последствия во многом зави-

сят от состояния свертывающей и противосвертывающей системы гемостаза. Течение и клинические особенности ГВ у детей зависят от того, какая система или орган повреждены. Клинические признаки поражения почек встречаются у 26-60% детей с ГВ (De Almeida J.L. et al., 2007; Weiss P.F. et al., 2007).

Актуальность исследования обусловлена необходимостью выявления клинико-лабораторных признаков для объективной динамической оценки активности заболевания, а также разработки критериев прогнозирования его исхода и определения наиболее эффективного лечения больных для достижения ремиссии и предотвращения негативных исходов.

**Цель исследования**

Ретроспективный анализ клинических вариантов геморрагического васкулита (болезни Шенлейна – Геноха) у детей с учетом возрастнo-половых особенностей течения и характера сопутствующей патологии.

## Материал и методы

Исследование проводилось в отделении детской кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Путем ретроспективного анализа было изучено 416 историй болезни детей в возрасте от 3-х до 17 лет, находившихся на лечении в стационарных условиях с диагнозом «геморрагический васкулит» в 2012-2022 гг. Все данные было скопированы в специально разработанные карты. Больные были разделены на группы и проанализированы по возрасту, полу, клиническому течению, сезонности заболеваний, степени тяжести и сопутствующим заболеваниям.

## Результаты и обсуждение

Изучение динамики заболеваемости ГВ по данным отделения кардиоревматологии показало,

что до 2019 г. наблюдалось увеличение заболеваемости, однако эти сведения не были статистически достоверными. Уменьшение числа стационарных больных детей с этим диагнозом в 2020-2021 гг. можно связать с пандемией коронавируса. Эти пациенты, скорее всего, лечились амбулаторно. Кроме того, на основе этих данных невозможно определить тенденцию к увеличению или уменьшению ГВ у детей, поскольку дети с ГВ получают лечения не только в этой клинике. Пациенты из других регионов республики получают лечение также в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Согласно полученным данным, 71,7% больных геморрагическим васкулитом детей были в возрасте 7-14 лет, 2,1% – 1-3-х лет, 2,8% – 15-18 лет (таблица).

Таблица

Распределение больных по возрасту и полу, абс. (%)

Возраст, лет	Мальчики	Девочки	Всего
1-3	4 (1,8±0,6)	5 (2,4±0,7)	9 (2,1±0,7)
3-6	50 (23,3±2,1)	46 (22,8±2,0)	96 (23,7±2,1)
7-10	90 (42,3±2,4)	73 (36,2±2,3)	163 (39,1±2,3)
11-14	65 (30,3±2,2)	71 (35,2±2,3)	136 (32,6±2,2)
15-18	5 (2,3±0,7)	7 (3,4±0,8)	12 (2,8±0,8)
Итого	214 (51,4±2,4)	202 (48,6±2,4)	416 (100)

Из 416 детей мальчики составили приходится 51,4±2,4%, девочки – 48,6±2,4%, т.е. болезнь у мальчиков встречается чаще, что совпадает с данными литературы.

Установлена сезонность в росте заболеваемости: так, увеличение заболеваемости отмечалось в осенние (сентябрь, октябрь, ноябрь) и весенние (март, апрель, май) месяцы. Другие исследователи также наблюдали снижение заболеваемости в летние месяцы. В частности, по данным М.А. Кудряшовой [2], в летние месяцы заболеваемость регистрируется в 3-4 раза реже, чем в другие сезоны, но при этом тяжелые формы заболевания чаще встречаются именно в летнее время года.

Продолжительность стационарного лечения детей с геморрагическим васкулитом зависит от клинической формы заболевания и степени его тяжести, сопутствующей патологии, встречающейся у ребенка. По нашим данным, средняя продолжительность лечения детей в стационаре составила 10±2,3 дня.

Наиболее очевидным клинико-диагностическим признаком геморрагического васкулита у детей является пальпируемая на коже эритематозная сыпь [2,4,5,11,15,17]. Диагностика заболевания у больных до появления сыпи затруднительна, однако при наличии сыпи подтверждается заболевание. Сыпь появляется в основном на ногах и руках пациента с 3-4-го дня болезни. Клинические признаки, такие как острые респираторные инфекции: назофарингит 221 (53,1±2,4%), тонзиллит 266 (23,7±2,0%) и лихорадка 99 (63,9±2,3%), наблюда-

лись до появления клинических признаков из анамнеза пациентов.

Во многих исследованиях, посвященных изучению геморрагических васкулитов у детей, отмечается аллергический фон в детском организме и частое заражение ОРЗ как факторы, способствующие развитию заболевания [2-4,12,10]. Начало заболевания в большинстве случаев сопровождается инфекцией носоглотки или кишечника, пищевой аллергией [16]. Наличие инфекционного заболевания до начала ГВ (в большинстве случаев носоглоточной или кишечной инфекции) объясняет постоянный интерес к роли различных инфекционных агентов в развитии болезни. По разным данным, инфекция верхних дыхательных путей возникает до начала ГВ в 30-65% случаев [15]. Кроме того, ряд исследователей показали высокую распространенность очагов хронической инфекции, в частности хронического синусита или тонзиллита, у 74% детей с ГВ [13].

У 403 (96,8±0,8%) детей присутствовал аллергический фон. При изучении жизненного анамнеза выявлены различные диатезы, рвота, частые инфекции верхних дыхательных путей. Сопутствующая патология (хронические заболевания) у детей, которая влияет на течение любого заболевания, имела у 252 (60,5%) наблюдаемых больных. Чаще выявлялись атопический дерматит – у 92 (22,1±2,0%), анемия – у 266 (23,7±2,0%), а также различные инфекции, в частности энтеровирусная инфекция – у 46 (11,1±1,5%), желудочно-кишечные инфекции – у 76 (18,2±1,8%), хеликобактерная инфекция – у

105 (25,2±2,1%), гастродуоденит – у 43 (10,3±1,4%). Кожно-суставная форма была обнаружена у 183 (43,9±1,4%) пациентов, из которых у 98 (45,3%) была выявлена сопутствующая патология. В частности, у 13,0% больных детей отмечались рецидивы симптомов артрита.

Острые респираторные вирусные инфекции, наблюдаемые у 221 (53,1±2,4%) ребенка, были отмечены как триггеры заболевания.

Согласно данным литературы, наиболее распространенной формой заболевания является кожная и кожно-суставная форма [2,4,8], причем у всех пациентов также преобладала кожная и кожно-суставная форма, при этом кожная геморрагическая сыпь наблюдалась у 100% обследованных. Однако у 93 (22,3±2,0%) больных была выявлена нормальная (кожная) форма, при которой наблюдались высыпания пурпурного типа с геморрагическим оттенком.

Сыпь расположена симметрично и имеет типичную локализацию, обнаруживаясь вокруг суставов, ягодиц, ног. После высыпания появляется пигментация, кожа становится сухой и шелушащейся. У большинства из 74 (17,7±1,8%) больных кожно-геморрагический синдром сопровождался артритным синдромом, у детей чаще поражались суставы ног, рук, реже – коленные суставы, позвоночник.

Поражение суставов (артрит, артралгия) наблюдается у 90% больных. [11]. Чаще всего поражаются голеностопные, коленные суставы, иногда локтевые суставы запястья. Особенностью ГВ является отсутствие осложнений в суставах и полное выздоровле-

ние, изменения наблюдаются в редких случаях. При геморрагическом васкулите артрит (поражение суставов) часто совпадает с периодом появления сыпи и обычно проявляется болью в суставах, гиперемией и околосуставным отеком.

По некоторым данным, у 80% пациентов при ГВ обнаруживаются изменения в желудочно-кишечном тракте [9,11]. Основными клиническими признаками являются боль в животе (88%), кровотечение (75%), диарея (30%) и рвота (25%). Эти симптомы имели место у 62,0% детей. Больные предъявляли жалобы на боль, которая варьировала от слабой в эпигастральной области до сильной в боковой области. Чаще всего клиническая картина напоминала клинику острого живота. В 20-50% случаев желудочно-кишечная клиника начиналась до появления высыпаний на коже. У 16-30% детей боль в животе усиливалась при желудочно-кишечном кровотечении, вызванным тромбозом и некрозом вен слизистой оболочки кишечника, реже – при инвагинации и перфорации кишечника [18].

Кожно-абдоминальная форма была обнаружена у 38 (9,1±1,4%) пациентов. Этот вид геморрагического васкулита в 2 раза чаще встречается у детей с сопутствующей патологией. У 25% выявлена хеликобактерная инфекция, у 18% – глистные инвазии, у 10% – гастродуоденит. Своевременное выявление сопутствующей патологии при данном типе ГВ и его лечение привело к длительному наблюдению за больными в условиях стационара, в частности к увеличению продолжительности лечения (рис. 1, 2).



**Рис. 1. Пациент 11 лет с диагнозом ГВ кожно-абдоминальная форма, средней тяжести.**

Клинически значимое поражение почек в виде нефрита развивается в среднем у 40% детей с ГВ в течение первых 4-6 недель после начала заболевания, но, согласно разным данным, этот показатель колеблется от 20 до 80% [15]. Часто может развиваться микрогематурия, протеинурия, иногда нефротический синдром, сопровождающийся массивной протеинурией. В некоторых случаях на фоне нефротического синдрома развивается артериальная



**Рис. 2. Пациент 5 лет с диагнозом ГВ кожная форма, средней тяжести.**

гипертензия предсердий [7]. Чаще всего морфологические изменения в почках проявляются в виде мезангиопролиферативного гломерулонефрита [4].

Поражение почек при геморрагическом васкулите у детей усугубляет течение и прогноз заболевания. Проявления почечного синдрома у пациентов могут варьировать от легкой протеинурии и микроскопической гематурии до острого поражения почек. Поражение почек наблюдается примерно у полови-

ны детей с сопутствующей патологией, а частота его встречаемости составила 30,4%. Смешанная (кожная+суставная+абдоминальная+почечная) форма заболевания встречается у 7,4±1,2% пациентов, при этом у них наблюдалось удлинение периода стационарного лечения, а 47% больных детей лечились в стационаре более 20 дней. Высокая активность заболевания была у 43% детей с сопутствующими заболеваниями и только у 18% пациентов без сопутствующей патологии.

#### Выводы

1. Почти у всех (100%) пациентов, получавших лечение по поводу геморрагического васкулита, имелись признаки поражения кожи, сопровождающиеся появлением на коже пальпируемых геморрагических высыпаний. У детей с ГВ с сопутствующей патологией продолжительность стационарного лечения в 2,5-3 раза больше, чем у детей без сопутствующей патологии.

2. Кожная абдоминальная форма, а также синдром поражения почек при ГВ в 2 раза чаще встречаются у детей с сопутствующей патологией. Аллергические заболевания у детей и вторичные инфекции, глистные инвазии служили предрасполагающими к развитию геморрагического васкулита факторами. В частности, у 35,0% детей наблюдались такие признаки как атопический дерматит, склонность к аллергии.

#### Литература

1. Авезова Г.С. Геморрагический васкулит у детей // Вестн. ТМА. – 2023. – №9. – С. 223-229.
2. Кудряшова М.А. Прогностические факторы течения и исхода болезни Шенлейна – Геноха у детей: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 176 с.
3. Храмова А.С., Яковлева А.В. Клинико-эпидемиологические особенности геморрагического васкулита у детей // Молодежь – практическому здравоохранению. – 2018. – №3. – С. 1018-1020.
4. Bogdanović R. Henoch – Schönlein purpura nephritis in children: risk factors, prevention and treatment // Acta Paediatr. – 2009. – Vol. 98, №12. – P. 1882-1889.
5. Brogan P, Eleftheriou D, Dillon M. Small vessel vasculitis // Pediatr. Nephrol. – 2010. – Vol. 25, №6. – P. 1025-1035.
6. Butbul Aviel Y, Dafna L, Pilar G, Brik R. Endothelial function in children with a history of Henoch – Schönlein purpura // Pediatr. Rheumatol. Online J. – 2017. – Vol. 15, №1. – P. 3-11.
7. Chang W.L., Yang Y.H., Wang L.C. et al. Renal manifestations in Henoch – Schönlein purpura: a 10-year clinical study // Pediatr. Nephrol. – 2005. – Vol. 20, №9. – P. 1269-1272.
8. Chao H.C., Kong M.S., Lin S.J. et al. Gastrointestinal manifestation and outcome of Henoch – Schönlein purpura in children // Chang Gung Med. J. – 2000. – Vol. 23, №3. – P. 135-141.
9. Chen S.Y., Kong M.S. Gastrointestinal manifestations and complications of Henoch – Schönlein purpura // Chang Gung Med J. – 2004. – Vol. 27, №3. – P. 175-181.
10. Hahn D., Hodson E.M., Willis N.S., Craig J.C. Interventions for preventing and treating kidney disease in Henoch – Schönlein Purpura (HSP) // Cochrane Datab. Syst. Rev. – 2015. – №8. – P. 74-81.
11. Jauhola O., Ronkainen J., Koskimies O. et al. Renal manifestations of Henoch – Schönlein purpura in a 6-month prospective study of 223 children // Arch. Dis. Child. – 2010. – Vol. 95, №11. – P. 877-882.

12. Jiang M.Y., Li W., Xu X.P. et al. Role of p300 in the pathogenesis of Henoch – Schönlein purpura nephritis and as a new target of glucocorticoid therapy in mice // Chin. Med. J. (Engl.). – 2019. – Vol. 132, №16. – P. 1942-1950.

13. Kawasaki Y., Ono A., Ohara S. et al. Henoch – Schönlein purpura nephritis in childhood: pathogenesis, prognostic factors and treatment // Fukushima J. Med. Sci. – 2013. – Vol. 59, №1. – P. 15-26.

14. Mir S., Yavascan O., Mutlubas F. et al. Clinical outcome in children with Henoch – Schönlein nephritis // Pediatr. Nephrol. – 2007. – Vol. 22, №1. – P. 64-70.

15. Nakaseko H., Uemura O., Nagai T. et al. High prevalence of sinusitis in children with Schönlein – Henoch purpura // Int. J. Pediatr. – 2011. – Vol. 2011. – P. 562638.

16. Piram M., Mahr A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch – Schönlein): current state of knowledge // Curr. Opin. Rheumatol. – 2013. – Vol. 25, №2. – P. 171-178.

17. Rigante D., Castellazzi L., Bosco A. et al. Is there a cross-road between infections, genetics, and Henoch – Schönlein purpura? // Autoimmun. Rev. – 2013. – Vol. 12, №10. – P. 1016-1021.

18. Wang X, Zhu Y, Gao L, Wei S, Zhen Y, Ma Q. Henoch – Schönlein purpura with joint involvement: Analysis of 71 cases // Pediatr. Rheumatol. Online J. – 2016. – Vol. 14, №1. – P. 20-26.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Бобомуратов Т.А., Авезова Г.С.,

Маткаримова Д.С., Эгамбердиев С.Б.

**Цель:** ретроспективный анализ клинических вариантов геморрагического васкулита (болезни Шенлейна – Геноха) у детей с учетом возрастно-половых особенностей течения и характера сопутствующей патологии. **Материал и методы:** исследование проводилось в отделении детской кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Путем ретроспективного анализа было изучено 416 историй болезни детей в возрасте от 3-х до 17 лет, находившихся на лечении в стационарных условиях с диагнозом «геморрагический васкулит» в 2012-2022 гг. Все данные были скопированы в специально разработанные карты. Больные были разделены на группы и проанализированы по возрасту, полу, клиническому течению, сезонности заболеваний, степени тяжести и сопутствующим заболеваниям. **Результаты:** кожная абдоминальная форма, а также синдром поражения почек при геморрагическом васкулите в 2 раза чаще встречаются у детей с сопутствующей патологией. Аллергические заболевания у детей и вторичные инфекции, глистные инвазии служили предрасполагающими к развитию геморрагического васкулита факторами. В частности, у 35,0% детей наблюдались такие признаки как атопический дерматит, склонность к аллергии. У детей с геморрагическим васкулитом с сопутствующей патологией продолжительность стационарного лечения в 2,5-3 раза больше, чем у детей без сопутствующей патологии. **Выводы:** тяжесть течения геморрагического васкулита у детей определяет поражение почек.

**Ключевые слова:** дети, геморрагический васкулит, болезнь Шенлейна – Геноха, клиника, сопутствующая патология.