

*Ганиева Марифат Шокировна, кандидат
медицинских наук, доцент кафедры
«Госпитальной и неотложной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

*Ефименко Оксана Владимировна, доцент кафедры
«Госпитальной и неотложной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

*Болтабаева Мукаддас Машираповна, ассистент
кафедры «Госпитальной и неотложной педиатрии» Андижанского
Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

*Низамутдинов Авазбек Марипжанович студент магистратуры
кафедры «Госпитальной и неотложной педиатрии»
Андижанского Государственного Медицинского института
Город Андижан, Республика Узбекистан*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация. В данной работе приводится анализ заболеваемости болезнью Шенлейна-Геноха у детей Андижанской области РУз за период 2018-2020 гг. Также проведен анализ возможных причин и отягощающих факторов заболевания. Также описаны клинические особенности различных вариантов БШГ, зависимость осложненных форм от наличия отягощающих факторов.

Ключевые слова: болезнь Шенлейна-Геноха, причины болезни, клинические особенности у детей.

*Ganieva Marifat Shokirovna, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department "Hospital and Emergency Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

*Efimenko Oksana Vladimirovna, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department "Hospital and Emergency Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

*Boltaboeva Mukaddas Mashrapovna, Assistant
Department of "Hospital and Emergency Pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

*Nizamutdinov Avazbek Maripzhanovich Master's student
of the department "Hospital and emergency pediatrics"
of Andijan State Medical Institute
Andijan City, Republic of Uzbekistan*

Annotation. This paper presents an analysis of the incidence of Schenlein-Genoch disease in children of the Andijan region of the Republic of Uzbekistan for the period 2018-2020. The analysis of possible causes and aggravating factors of the disease was also carried out. It also describes the clinical features of various variants of BSH, the dependence of complicated forms on the presence of aggravating factors.

Key words: Schenlein-Henoch disease, causes of the disease, clinical features in children.

Актуальность. Геморрагические васкулиты традиционно объединяются в группу заболеваний, основу которых составляет иммуновоспалительное поражение стенки сосудов в основном мелкого калибра, что ведёт к вовлечению в патологический процесс многих органов и тканей [1, 2,4,5,7,9,11,12]. Среди них наиболее часто выделяют вариант

болезни в виде болезни Шенлейна-Геноха, которая особенно часто встречается среди детей. В Узбекистане также, как и в странах СНГ распространен термин «геморрагический васкулит, болезнь Шенлейна-Геноха. Нарушение сосудистого, тромбоцитарного, плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза однозначно являются вторичными по отношению к иммунокомплексным процессам. [3,5,6,8,10,11]. Разнообразие клинических симптомов, тяжесть болезни и её исходы в определённой степени зависят от состояния свертывающей и противосвертывающей систем гемостаза [3,4,5,7]. Аутоиммунный процесс при БШГ, а именно образующиеся ЦИК, оседают на эндотелии капилляров и повреждают его, вследствие чего происходит дезорганизация коллагена стенки микрососудов, что является первым этапом разворачивания цепной реакции, ведущим механизмом в которой является активация ферментных реакций системы гемостаза [2,4,5,7].

Материал и методы исследования. Заболеваемость болезни Шенлейна-Геноха была изучена у детей, проживающих в Андижанской области с 2018– 2020 гг. Всего за этот период она было зарегистрирована у 553 ребенка. По данным Андижанской областной медицинской статистики, численность детского населения Андижанской области по годам составляла: в 2018 г - 1009097 детей, 2019г - 1037672, 2020 г – 1066746 детей. В среднем ежегодно БШГ впервые регистрировалась у 133,6 детей. Из них –58,2 городских, 75,8 – сельских. Наиболее низкой она была в 2020, заболело 150 детей, и составила 1,4 на 1000 детского населения, высокой — в 2019 (205 детей) и соответствовала 2%. В 2018 (198 детей) и соответствовала 1,9%. Среднегодовой показатель заболеваемости составил 0,017 на 1000 детского населения (таблица 1).

Таблица 1

**Заболеваемость БШГ по Андижанской области в 2018-2020гг
(на 1000 детского населения)**

Годы	Число случаев (n=401)	заболеваемость
2018	128	1,9
2019	167	2,0
2020	106	1,4
Среднегодовая заболеваемость	133,6	1,76

Как представлено в таблице 1, роста заболеваемости за 3 года не отмечено: в 2018г она составила 1,9, в 2019-2020 гг 3,4 на 1000 детского населения. Возможно это объясняется тем, что в 2020 году в связи с пандемией Ковид, точной регистрации больных с БШГ не было. В среднем за 3 года заболеваемость по Ковид составила 1,76. Все наблюдаемые случаи носили спорадический характер, групповых заболеваний или вспышек не было. Мы также не встретили в отечественной и зарубежной литературе описания вспышек заболевания.

Изучая заболеваемость БШГ, мы попытались выявить закономерности, обуславливающие ее возникновение. Мы также не встретили в отечественной и зарубежной литературе описания вспышек заболевания. Изучая заболеваемость БШГ, мы попытались выявить закономерности, обуславливающие ее возникновение.

На отрицательное воздействие резко континентального климата и экологической обстановки Средней Азии (Киргизия, Таджикистан) на здоровье детей, в своих исследованиях, указывают много авторов [2,4,6,9]. Длительный период сухой, жаркой температуры воздуха, чрезвычайная неустойчивость погоды, характеризующаяся резкими перепадами атмосферного давления, недостаток солнечной энергии зимой и избыток ее летом, снижают функциональную и иммунологическую реактивность человека.

Мы изучили метеозависимость БШГ на 100 больных, находившихся на лечении в гематологическом отделении ОДММЦ города Андижана с

2018 г по 2020г. Наиболее наглядно роль погодных факторов отражается на дебюте заболевания в зависимости от сезона года (рисунок 1).

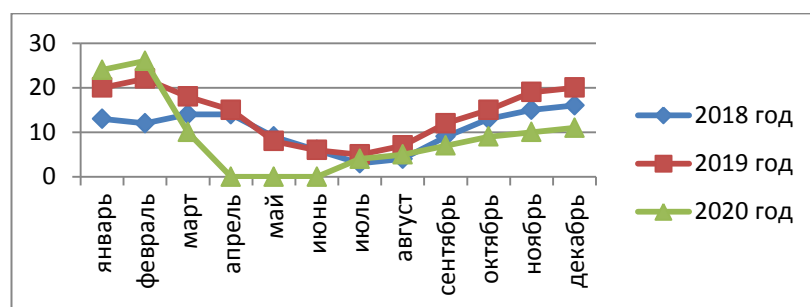


Рис.1. Частота встречаемости БШГ в зависимости от времени года

Наибольшее число дебютов БШГ выпадает на холодное время года: зимне-весеннее, наименьшее - на летний периоды. Распределение первичной заболеваемости болезнью Шенлейна-Геноха по месяцам сезонов также различны. Наши данные не совпадают с заключениями некоторых авторов, что поражение почек, чаще отмечалось у больных, заболевших в весенне-летний период (61,3%), когда воздействие неблагоприятных погодных условий было минимальным, а «простудные» заболевания встречались реже. Данное заключение, позволило нам сделать предположение, что инфекционный фактор не всегда является определяющим в развитии БШГ.

По нашим данным февраль и март являются критическими месяцами не только для развития БШГ, но и для рецидивов болезни (рисунок 2). В феврале и марте поступали дети с наиболее тяжелыми формами БШГ.

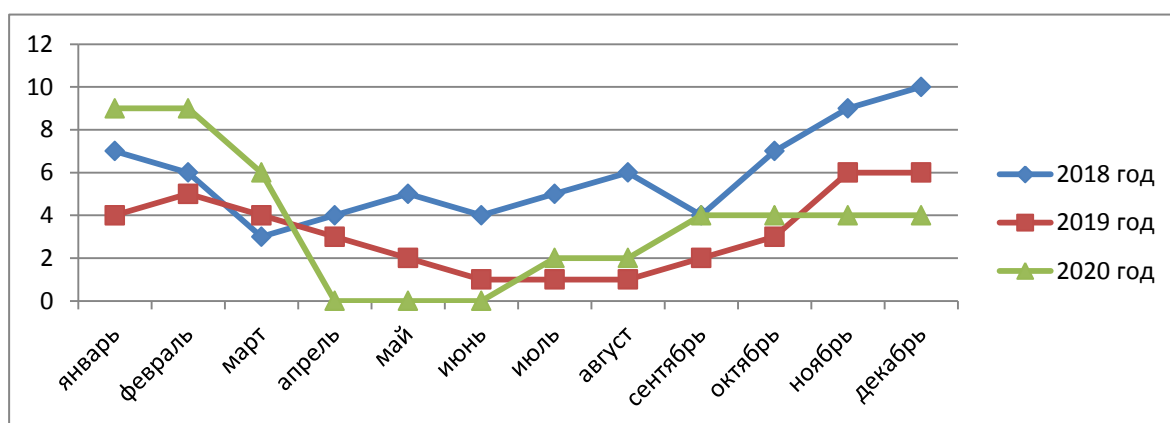


Рис.2. Частота рецидивов БШГ в зависимости от времени года

Именно в это время года мы наблюдаем рост ОРЗ, обострение хронических очагов инфекций, в этот же период чаще начинается БШГ. Ниже мы провели анализ причин заболеваемости БШГ среди детей Андижанской области (таблица 2).

Таблица 2

Причины заболеваемости БШГ у детей Андижанской области

Наименование патологии	Кол-во больных	%
Частые ОРВИ (4 и больше раз)	135	91,2
Частые ангины	69	46,6
Острые рецидивирующие бронхиты	52	35
Кишечные инфекции	23	15,5
дерматиты	23	15,5
Острые пневмонии	16	10,8
Инфекции мочевыводящих путей	15	10,1
аппендициты	14	9,5
отиты	13	8,8
гастродуодениты	11	7,4
пиодермии	8	5,4
стоматиты	7	4,7

энтеробиоз	4	2,7
Ветряная оспа	59	39,7
Краснуха	32	21,6
Корь	5	3,4
Скарлатина	3	2

Большинство детей - 67,5% (100) до дебюта БШГ, перенесли свыше двух заболеваний. Только у одного ребенка в анамнезе не отмечалось перенесенных заболеваний, в дальнейшем он перенёс абдоминальную форму БШГ, средней тяжести, с выздоровлением. Наиболее часто (от 6 и больше заболеваний) болело 15 детей, 60% (9) из них перенесли смешанную форму с ПС, в 53,3% случаев в тяжелой форме. У 17 детей, перенесших только ОРВИ, почечных форм было только 29,4% (5), заболевание протекало в основном в среднетяжелой форме (58,8%). В наших наблюдениях мы обнаружили провоцирующую роль и ряда других причин в развитии БШГ у детей – стрептококковый тонзиллит – 33 случая, аллергические реакции – 17 случаев, после прививок – 1 случай. В контрольной группе частыми ОРВИ болело 6,7% (2) детей, ангинами - 10% (3), корь перенесли - 13,3% (4), ветряную оспу - 10% (3). Наблюдаемые дети с БШГ болели достоверно чаще ($p < 0,02$), чем дети из контрольной группы. Частые перенесенные заболевания у детей с БШГ также свидетельствуют о несостоятельности клеточного звена иммунитета.

Многие авторы указывают на провоцирующую роль острых респираторных вирусных инфекций (в 70,4% среди всех инфекционных факторов по данным Борисовой Е.В.) [2,6,7]. При анализе историй болезней больных с БШГ мы не обнаружили закономерности между динамикой заболеваемости и ОРВИ (таблица 3)

Таблица 3

Взаимосвязь заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, детскими инфекциями и БШГ (‰)

Вид инфекции	2018	2019	2020
ОРЗ	0,29	0,2	0,29
БШГ	0,32	0,35	0,30

Как видно в таблице, по годам отмечается рост ОРВИ. При росте ОРВИ, отмечается подъем заболеваемости БШГ, самой низкой заболеваемость ОРВИ была в 2020 году, в этот же период была самой низкой заболеваемость БШГ. Однако при сравнении заболеваемости ОРВИ в 2018 и 2020 гг отмечается значительное ее нарастание, заболеваемость же БШГ остается на том же уровне, как и в 2018 году и составляет 0,29% (рисунок 3)

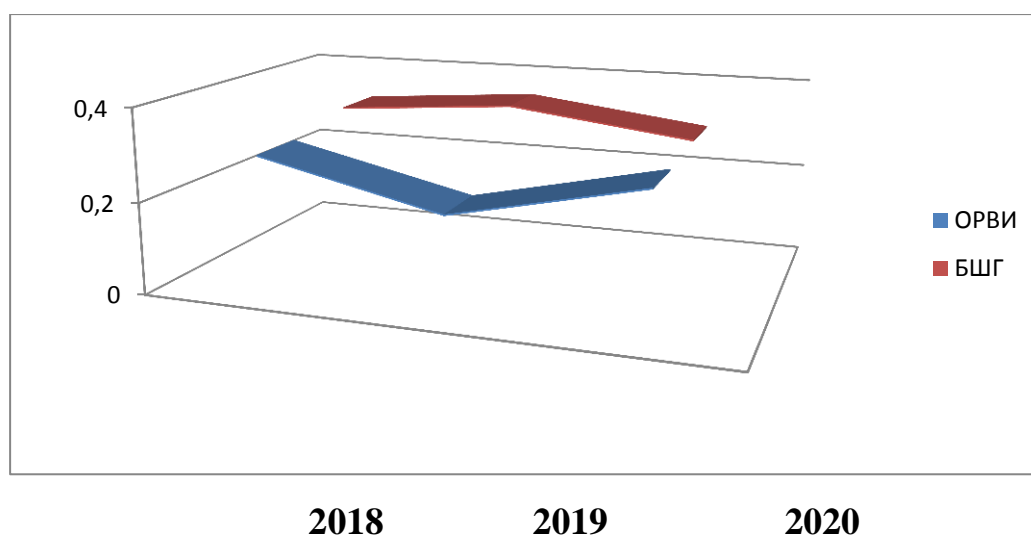


Рисунок 3. График зависимости БШГ и ОРВИ

Для выявления факторов, влияющих на формы и тяжесть течения БШГ, мы проанализировали преморбидный фон у 100 заболевших детей. Возраст родителей, при рождении детей, в основном был от 20-35 лет. Дети были разделены на три группы: I группа - больные, возраст матерей при рождении которых был меньше 20 лет; II группа - от 20 до 35 лет; III группа — больше 35лет (таблица 4)

Таблица 4

Влияние возраста матерей на формы и тяжесть БШГ

группы	%	Формы БШГ						Тяжесть БШГ					
		простая		Смешанная без ПС		Смешанная с ПС		легкая		Средняя		тяжелая	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
До 20 лет, n= 1		1	100	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-
20-35 лет, n=24		10	1,33	19	25,3	46	61,33	6	8	19	25,3	50	66,7
Старше 35 лет, n= 75		9	37,5	13	54,16	2	8,33	4	16,7	8	33,3	12	50

Как представлено в таблице, у 25% детей, матери были детородного возраста (от 20-35 лет). У матерей 20-35 лет, дети в 61,33% случаев перенесли смешанную форму БШГ с почечным синдромом, из них в 66,7% случаев тяжелой степени. Однако анализ влияния возрастного показателя родителей на формы БШГ и тяжесть заболевания, выявил более редкое распространение БШГ и его тяжёлых форм среди женщин до 20 летнего возраста и старше 35 лет.

Анализ здоровья родителей детей с БШГ выявил, что 51% (51) матерей и 29,6% (29) отцов имели хронические заболевания, что превышало, показатели заболеваемости родителей в контрольной группе. У матерей контрольной группы было 23,3% (11) хронических заболеваний, у отцов - 13,3% (4). У 13 матерей больных детей, были заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматизм у 5 матерей, гипертоническая болезнь - 6, ВПС-2), 32 женщины страдали анемией, у 13,2% (12) родственников наследственность была отягощена

аллергическими заболеваниями (нейродермит, бронхиальная астма, лекарственная, пищевая аллергия), у 3 -хронический тонзиллит. У 61,8% матерей с хроническими заболеваниями, дети перенесли БШГ, смешанную форму с почечным синдромом, в то время как у здоровых матерей — в 37,5% случаях. Хронические заболевания чаще встречались у женщин, проживающих в сельской местности (55,6% - из села, 45,6% - из города), их дети перенесли почечный синдром в 74% случаях, что достоверно чаще, чем у городских матерей с хроническими заболеваниями.

Необходимо отметить, что в анамнезе 7 больных детей, по материнской линии отмечена БШГ: у 4-х детей матери болели в детстве, у 2-х - родные сестры матери, у одной из них сестра умерла в старшем возрасте от ХПН, и в этой же семье у брата матери, дети страдали в детстве БШГ, сейчас они взрослые, хронических заболеваний не имеют. У одного ребенка, БШГ перенесла двоюродная сестра матери.

Все дети контрольной группы родились в срок, 76,7% (23) от 1-2. беременности. 68,2% (101) детей, заболевших БШГ, родилось от 1-2 беременности, в 89% случаев в срок. Патологическое течение беременности было отмечено у 58% (86) матерей, достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,002$), у которых оно отмечалось в 30% случаях (Таблица 5).

Таблица 5

Осложнения беременности у матерей (n= 100)

Осложнения	дети с БШГ		контроль	
	абс	%	абс	%
Токсикоз беременной	38	44,2	4	13,3
Гестоз	20	23,3	-	-
Угроза прерывания беременности	15	17,4	-	-
Гипертония	4	4,7	-	-
Анемия	39	45,3	4	13,3
Пиелонефрит	16	18,6	1	3,3

Обострение хронических заболеваний	1	1,2	-	-
Острые вирусные заболевания	8	9,3	-	-

Как видно из данных таблицы 7, во время беременности чаще регистрировалась анемия (45,3%), токсикозы 1 и 2 половины беременности (44,2%), реже - гестозы (23,3%), пиелонефрит (18,6%) и угроза прерывания беременности у 17,4% матерей. В контрольной группе у матерей был токсикоз 13,3% (4), анемия - 13,3% (4), пиелонефрит 3,3% (1).

Патологическое течение беременности является отягощающим фактором антенатального периода, которое воздействует негативно на формирование иммунной системы и может способствовать возникновению БШГ и более тяжелому его течению [2,6,8,9]. Матери детей, с БШГ смешанной формы с почечным синдромом, с хроническим, тяжелым течением, имели значительно больше осложнений во время беременности, чем матери, дети которых перенесли простую форму с острым и легким течением (рисунок 4).

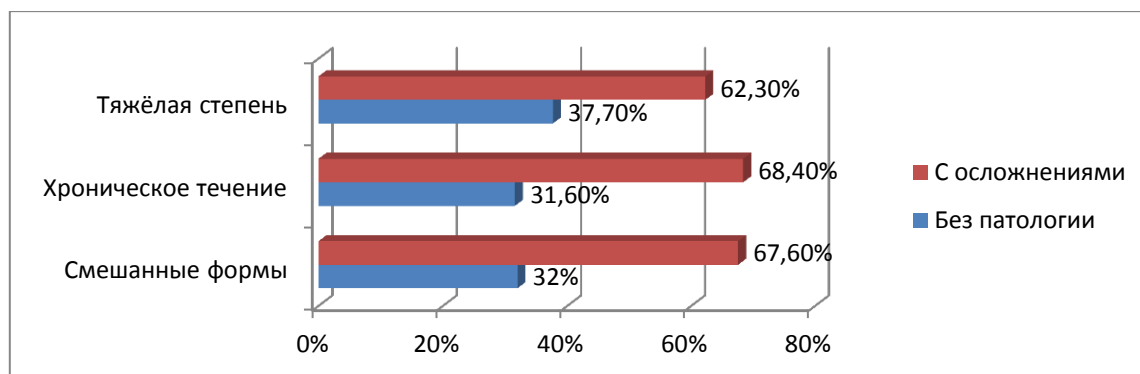


Рис. 4. Влияние течения беременности на формы, течение и тяжесть БШГ

Как видно на рисунке, 67,6% детей с почечным синдромом при БШГ ($p < 0,05$), 68,4% больных с хроническим течением болезни ($p < 0,05$), 62,3% - с тяжелыми формами БШГ ($p > 0,05$) родилось от матерей с осложненным течением беременности. 89,9% (133) наблюдавшихся детей были рождены

в срок, 6,1% (9) от преждевременной и 4,0% (6) - от переносимой беременности. Патологическое течение родов было отмечено у 10 матерей: у 7-х - оперативные роды, у 2-х женщин было ножное предлежание плода, у одной - преждевременное излитие околоплодных вод.

При анализе вида вскармливания детей с БШГ выяснилось, что 19% детей (19%) на первом году жизни находилась на раннем искусственном вскармливании, 28 (28%) на смешанном и 52 (52%) на грудном вскармливании (рисунок 5,6).

Рис.5. Вскармливание детей с БШГ



Рис.6. Вскармливание детей из группы контроля



Как показано на рисунке 5, 23 (78%) детей контрольной группы находились на естественном вскармливании, 4 (12%) - на смешанном, 3 (10%) – на искусственном. Дети больные БШГ находились на искусственном вскармливании чаще, чем дети из группы контроля. По нашим данным дети, получавшие раннее искусственное вскармливание, в дальнейшем перенесли в 15,4% (12) случаев простую форму, в 25,6% (20) - смешанную, в 59% (46) - смешанную с почечным синдромом форму БШГ. Дети с почечной формой БШГ, достоверно чаще находились на раннем искусственном вскармливании ($p<0,01$).

При всех формах БШГ наибольший процент составляют дети, находившиеся на раннем искусственном вскармливании. Влияние видов вскармливания на формы БШГ представлено на рисунке 7.

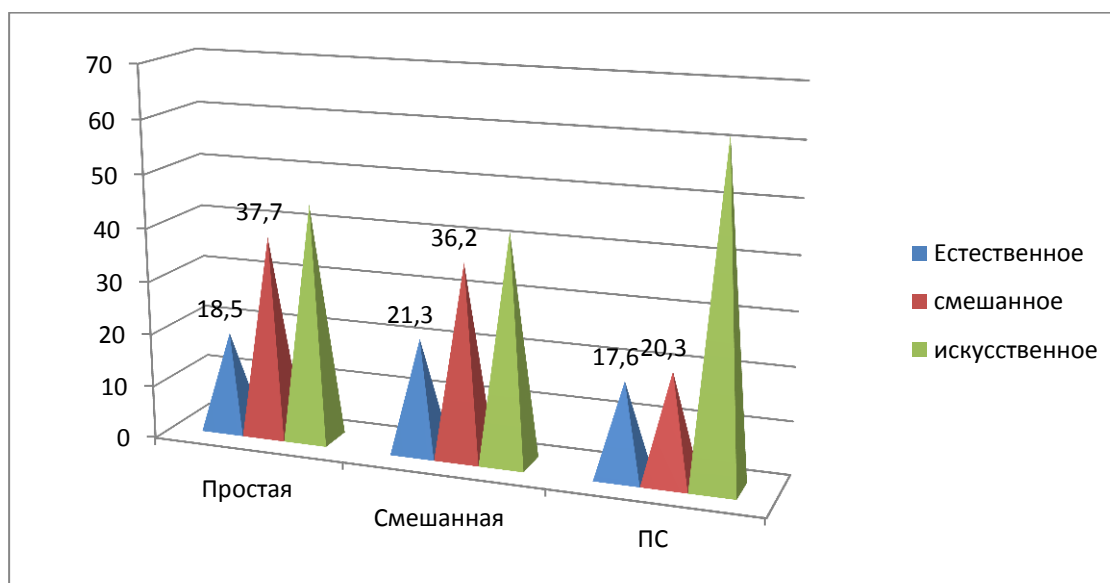


Рис.7. Влияние видов вскармливания на формы БШГ

Как показано на рисунке 7, меньше всего на естественном вскармливании находились дети с почечным синдромом -17,6% (13). С простой формой грудное кормление получало 18,5% (5) детей, со смешанной -21,3% (10). Ранний перевод на искусственное кормление был больше у детей с ПС и составил 62,2% ($p<0,01$). Только 46,2% (36) детей,

которые находились на искусственном вскармливании, получали адаптированные молочные смеси, остальные - коровье молоко, неадаптированные молочные и кисломолочные смеси.

В сельской местности, из-за дороговизны адаптированных молочных смесей, дети (42) получали в основном коровье молоко, белок которого относится к пищевым аллергенам и по данным литературы содержит более 20 различных белков, потенциально вызывающих развитие пищевой аллергии. 98% городских детей получали адаптированные молочные смеси. Из 46 детей с почечным синдромом БШГ, находившихся на искусственном вскармливании, 7 детей — городские жители, 39 - сельские. У сельских детей, находившихся в раннем возрасте на искусственном вскармливании, почечный синдром развивался чаще, чем у городских детей.

Аллергологический анамнез был осложнен у 43,2% (64) пациентов, что достоверно чаще, чем в контрольной группе. В контрольной группе это осложнение было у 16,7% (5) детей (у 2-х — аллергический диатез, у 3-х — атопический дерматит). 27 детей с БШГ в раннем возрасте перенесли экссудативно-катаральный диатез, 9 — страдало респираторным аллергозом, 18 — нейродермитом. У 33 — отмечалась пищевая аллергия, у 23 — лекарственная, у одного ребенка - холодовая. Эти дети в 18,7% (12) перенесли простую форму БШГ, в 29,7% (19) - смешанную. У 51,6% (33) развивался почечный синдром, у детей с не осложненным аллергологическим анамнезом ПС развивался в 48,8% случаев.

У детей, страдающих аллергией, заболевание протекало в среднем — тяжелой (54,7%) и тяжелой форме (39,1%) и достоверно чаще принимало хроническое течение ($p < 0,05$). Всего с хроническим течением было 44 ребенка, из них у 56,8% (25) детей аллергологический анамнез был осложнен, у 43,2% (19) - не осложнен. Наши данные расходятся с

заклЮчениями некоторых авторов, которые утверждают, что у детей, с осложненным аллергическим анамнезом заболевание протекает остро [6].

Выводы:

1. Показатель заболеваемости БШГ в условиях резко континентального климата Андижанской области составляет 1,76 ‰ и характеризуется приблизительно одинаковым уровнем.
2. Наибольшее число дебютов и рецидивов БШГ выпадает на зимне-весенний период.
3. Факторами, отягощающими БШГ у детей Андижанской области явились отягощенная наследственность по аллергическим, сердечно-сосудистым заболеваниям, анемиям, болезням почек; возраст матерей, хронические заболевания матери, патологическое течение беременности; ранний перевод детей на искусственное вскармливание, частые заболевания острыми вирусными инфекциями, наличие у большинства детей хронических очагов инфекции.
4. У детей, страдающих аллергией, заболевание протекало в среднем — тяжелой (54,7%) и тяжелой форме (39,1%) и достоверно чаще принимало хроническое течение.

Использованные источники:

1. Борисова Е.В. К патогенезу геморрагического васкулита у детей / Е.В. Борисова, Л.М.Казакова, А.В. Шабальдин // Педиатрия. - 2008. —№2. — С 94–98.
2. Кривошеев О.Г. Системные сосудистые пурпур — клинИко-этиологические варианты. автореф. дисс...канд. мед. наук. М., 1999.
3. Медицинская статистика / Е.А Лукьянова //.— М: Изд-во РУД.— 2002. —С. 87-92.
4. Поражение почек при болезни Шенлейна - Геноха у детей / Г.А. Лыскина, Е.Г. Кикинская, Г.А. Зиновьева, Е.В. Фролкова // Педиатрия. — 2005. — № 5. — С. 22–28.

5. Проблема рецидивирующих форм Шенлейна-Геноха у детей / Г.А. Лискина // Симпозиум «Пурпура Шенлейна-Геноха у взрослых и детей». – Мед. газета. – 2004. – С. 62–64
6. Сороцкая В.Н. Геморрагический васкулит токсико-аллергического генеза, осложнённый ДВС синдромом и гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения) /В.Н. Сороцкая, Т.С.Сальникова // Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – №1. – С. 61–62
- 7.Davin J. C. Henoch-Schonlein Purpura Nephritis: pathophysiology, treatment, and future strategy / J. C. Davin // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2011. – Vol. 6, № 3. – P. 679–89.
- 8.Henoch-Schoenleinsyndromeinchildren: experiencefrom southern part of Saudi Arabia / N.N Harbi // East afr. Med. – 2011.- Vol.73. №3. – P. 191–193
- 9.Lin Z.N. Interleukin - 1 receptor antagonistallele: is it a genetic link between Henoch-Schonlein nephritis and IgA–nephropathy? / Z.N Lin [et al.] // Kidney Int. - 2007. – Vol. 51. - № 6. – P.938-942
10. Murugasu B. A child with Henoch-Schonlein nephritis and selective proteinuria - case report / B.Murugasu, H.K.Yap, G.S.Chiang // J-Singapore-Paediatr-Soc. – 2010. - Vol. 32. – № 1-2. – P. 43-45
- 11.Namgoong M.K. Eosinophil cationic protein in Henoch-Schonleinpurpura and in Ig A – nephropathy / M.K.Namgoong [et al.] // PediatrNephrol. - 2007. – Vol.11.- № 12.– P. 703.
12. Bogdanovic' R. Henoch-Schonlein purpura nephritis in children: risk factors, prevention and treatment / R. Bogdanovic' // Acta. Paediatr. – 2009. – Vol. 98, № 12. – P. 1882– 9.