

**GEMORRAGIK VASKULITNING BAZI ETIOPATOGENETIK ASOSLARI
O‘RGANISH**

Abdullayeva Muxlisa Masrurovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasasi assistenti

Bakirova Moxira Abduvaliyevna

Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasasi assistenti

Annotatsiya. Gemorragik vaskulit immunokompleks kasalliklar guruxiga kiradi. Bu kasallik xaqida ilk marotaba 1837 yilda Shenleyn yozib qoldirgan. Yillar davomida kasallik xaqida malumotlar ko‘payib bordi lekin kasallikning etiologiyasi va patogenezini xaqida yagona to‘xtamga kelinmagan. Adabiyotlarda kasallikning turli nomlarini ko‘rish mumkin: Shenleyn-Genox kasalligi, Shenleyn-Genox sindromi, anafilaktoid purpura, kapillyarotoksikoz, allergik vaskulit va boshqalar. Nasonova V.A. va Tareeva E.M. larning taklifiga ko‘ra 1959 yildan boshlab bu kasallik gemorragik vaskulit deb atalgan [11,14, 12]. Xalqaro statistik tasnifi bo‘yicha esa kasallikni gemorragik purpura deb atash qabul qilingan [12,19,20]. Kasallikka mavsumiylik xos bo‘lib, kasallanish yilning sovuq va nam vaqtlarida ko‘payadi. Kasallikning etiologiyasi xaligacha noaniq. Gemorragik vaskulit ko‘prok streptokokk infeksiyalar tomonidan chaqiriladi deb xisoblanadi [17-20]. Boshqa adabiyotlarda esa [14,11-18] GV bilan kasallangan bemorlarning 81,7% sitomegalovirus va xlamidiya, 18,5%- 1chi-2chi tip herpes virusi, 7,1% toksoplazmoz bilan infitsirlangan. GVda sovuq qotish, quyosh nurida ko‘p qolib ketish, Ozik-ovkatga, dori-darmonga, sovuqqa nisbatan allergiyalar, surunkali infeksiya o‘choqlari, jaroxatlar va boshqalar ko‘zgatuvchi omil bo‘lishi mumkin. Ko‘p xollarda kasallikni keltirib chiqargan omilni aniqlab bo‘lmaydi.

Kalit so‘zlar: Gemorragik vaskulit, immunokompleks, xlamidiya, toksoplazmoz, bolalar, kasallik, artrit.

GV klassik immunokompleks kasalliklar guruxiga kiradi va kasallik asosida immunitet funksiyasining tug‘ma yoki orttirilgan etishmovchiligi yotadi. Ma‘lumki immunokompleks kasalliklarda G.H. Gall, R.R Cooms tasnifi bo‘yicha 3-tip immunopatologik reaksiyalar rivojlanadi. Adabiyotlarda keltirilishicha [11-13,19,20] GV bilan kasallangan bolalarda xujayraviy immunitetning etishmovchiligi kuzatiladi. Bu esa ular organizmini uzoq muddatli persistirlovchi viruslar (sitomegalovirus, herpes virusi 1- va 2- tip), xlamidiya, toksoplazmoz bilan infitsirlanganligidan xamda immoregulyator indeks, T limfotsit va uning subpopulyasiyasi (T-xelperlar va T-supressorlar) ning kamayganligidan dalolat beradi. Xujayraviy immunitet va fagotsitoz

depressiyasi kanchalik kuchli bulsa, GV buyrak zararlanishi bilan kechishi ogir utadi va uning kaytalanish extimoli yukori buladi. GV ning umumiy kabul kilingan tasnifi mavjud emas. Amaliy nuqtai nazardan u yoki bu davo sxemasini tanlash uchun kasallikning shakli, kechishi va ogirlik darajasiga karab ajratiladi. Gv ning kuyidagi shakllari ajratiladi: oddiy (teri) shakli, bugim, abdominal, buyrak, aralash (yukoridagi barcha shakllar kushilib kelishi), molnienos shakli, kam uchraydigan (kardit, pulmonit, meningoensefalit) shakllari. Kasallikning kechishi utkir, kaytalanuvchi va molnienos bulishi mumkin. Ogirlik darajasiga kura engil, urta ogir va ogir darajalari farklanadi. Kupincha GV simptomlari ORVI fonida namoyon bo'ladi. SHuning uchun xam bemorlarda tana xarorati kutarilishi, kataral belgilar kuuzatiladi. GV klinikasi uning shakliga boglik xisoblanadi. Kupincha dastlab teri-gemorragik sindromi paydo buladi. Bunda asosan polimorf gemorragik toshmalar (petexiyadan bullagacha bulgan) kuzatiladi. Toshmalar simmetrik buladi va kul oyoklarning yozuvchi soxalarida, dumbada, asosan belning pastki kismida uchraydi. Bugim shaklida teri-gemorragik sindromga bugim sindromi kushiladi. Klinik simptomlari artritga emas periartritga xos buladi. Chunki bunda bugim va sinovial kobik zararlanmaydi, aksincha periartikulyar tukimani oziklantiruvchi tomir mikrotsirkulyasiyasi buzilishi natijasida shish, bugim konturlarining yassilanishi, xarakatda va palpatsiyada ogrik bulishi kuzatiladi. Boldirtovon bugimi kuprok zararlanadi. Bug'im sindromi GKS kabul kilishning 3-6 kundan uzidan deformatsiya va defiguratsiya koldirmasdan yukolib boshlaydi. Abdominal shaklida teri-gemorragik sindromga abdominal sindrom kushiladi. U kuyidagi adabiyotlarga karaganda [3,4,7,11,13,21-23] 19-94% bemorlarda kupincha teri-gemorragik sindrom bilan bir xil paytda namoyon buladi yoki kechrok kushiladi. Abdominal sindrom ichaklar devori kon tomirlarida ekssudatsiya, gemorragiya, aloxida segmentlarda sillik mushaklar spazmi va motorikani buzilishi natijasida yuzaga kelgan staz, tromboz va nekroz bilan boglik. Klinik tomondan bu shakl 3 xil variantda kechishi mumkin:

- 1) Abdominal sindromning engil variantida korinda turli intensivdagi xurujsimon yoki doimiy ogriklar kuzatiladi.
- 2) Og'rikka ko'ngil aynishi, qayt qilish kabi dispeptik o'zgarishlar qo'shiladi.
- 3) Eng og'ir varianti xisoblanib, bunga oshkozon-ichakdan qon ketish, kofe quyqasiga o'xshash qayt qilish, axlatning bo'tkasimon bo'lishi xos.

Abdominal sindromda asoratlar kam uchraydi. Bularga ichak invaginatsiyasi, peritonit, qon tomirda tromboz xosil bo'lishi xisobiga qon ketish va gematoma natijasida ichak tutilishi va ingichka ichak nekrozi kuzatilishi mumkin.

Buyrak shakli teri-gemorragik sindrom bilan birga kechadi. GV da buyrak bilan zararlanish 30% ni tashkil qilib, kasallikni og'irlashganidan dalolat beradi. Buyrak zararlanishi ko'prok abdominal sindromda kuzatiladi va aksariyat xollarda izolirlangan siydik sindromi (mikrogematuriya, kanalchali mikroproteinuriya) ko'rinishida

namoyon bo'ladi. Odatda kasallikning 2-3 haftasida kuzatiladi. Siydikdagi o'zgarishlar bir necha kundan to 4-6 oy va bir kancha yilgacha chuzilishi mumkin. Bundan tashkari GV da glomerulonefrit klinikasi namoyon bo'ladi. Ko'pincha gematurik va aralash, kamrok nefrotik shakli kuzatiladi. GV da buyrak zararlanishi morfologik jixatdan mezangioproliferativ va mezangiokapillyar glomerulonefrit ko'rinishida namoyon bo'ladi. Adabiyotlarga ko'ra [7,8,10,13,18], kasallik o'g'il bolalarda ko'prok kuzatiladi, buyrak zararlanishi va kaytalanish extimoli yukori buladi. Nefritning fakatgina GV da kuzatiladigan shakli bu o'tkirosti yomon sifatli glomerulonefrit bo'lib, bunda bir necha oylar ichida surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanib okibatda ulimga olib kelishi mumkin.

GV ning kam uchraydigan shakllariga : o'pka qon tomirlarining zararlanishi bilan kechadigan va bazan o'pkadan qon ketish natijasida o'linga olib keladigan shakli; bosh og'rishi, meningeal simptomlar, epileptik xurujlar bilan kechadigan serebral shakllari va boshqalar kiradi.

GV ning asosiy diagnostik kriteriysiga kon ketishining purpurna-vaskulit tipidagi teri-gemorragik sindrom kiradi. GV da kuzatiladigan paraklinik uzgarishlarga kuyidagilar kiradi:

Periferik konda neytrofilli leykotsitoz, leykoformulani chapga siljishi bilan, ECHT biroz pasayishi, turgun bulmagan eozinofiliya, kon ketishda postgemorragik gipoxrom anemiya; kasallikning ikkinchi haftasida disproteinemiya (gamma fraksiyasini oshishi); kon zardobida IgG va IgA ning oshishi; komplement titriga nisbatan SIK mikdorining oshishi. Adabiyotlarga kura [11-13,20,16,18] GV da komplementning S3 komponenti kamayadi. Ushbu tekshiruvlarni barchasi shundan dalolat beradiki, konda Villebrand omilini oshishi natijasida mikrotsirkulyati sodir buladi. Villebrand omilining mikdori kanchalik yukori bulsa, zararlangan kon tomirlar maydoni shunchalik kata buladi va bu esa uz navbatida GV ning ogir kechishiga olib keladi. GV da kompleks tekshiruv bilan birga kuyidagilarni xam tekshirish lozim:

Kasallikning boshlanishi prodromal davrdan boshlanadi. Bu davr 4-14 kun davom etadi. Prodromal davr spetsifik emas va ko'pincha tana xarorati ko'tarilishi, lanjlik, ishtaxaning pasayishi, bosh og'rigi bilan kechadi. Kasallik ko'pincha o'tkir boshlanadi bazan esa simptomlar bemor axvoli yaxshi, o'zgarishsiz bo'lgan xolatda xam boshlanishi mumkin. GV xar kanday simptom bilan boshlanishi mumkin lekin ko'pincha teri-gemorragik sindromdan boshlanadi [18, 12, 13, 14, 16]. Teri shakli: GVning asosiy simptomlaridan biri bu toshmalardir. Toshmalar kasallik boshlanganidan 1-5 kunlarida yuzaga chiqadi toshmalarning o'ziga xosligi bu ularning papulyoz-gemorragik xarakterda bo'lishidir. Bundan tashqari GV da toshmaning o'ziga xos xususiyatlariga kuyidagilar kiradi: simmetriklik, o'lchami 2-5 mmgacha, barmok bilan bosganda yuqolmaydi, teri satxidan ko'tarilib turadi, asosan ko'l va oyoqlarni yozuvchi yuzalarida, eng ko'p esa dumba va bug'imlar atrofida

joylashgan bo‘ladi, qaytalanuvchi va birlashish xususiyatiga ega, eski elementlarni yonida yangi elementlar xam paydo bo‘ladi. Kasallikning boshlanishida toshmalar kizil rangda bo‘lib keyinchalik, ko‘kimir-kizg‘ish tusga kiradi va 3-5 kunda sarik-jigarrang tusda bo‘ladi. GV ning og‘ir kechishida mikrotromboz xisobiga yuzaga kelgan to‘qima ishemiyasi natijasida toshma elementlari nekrozi xam kuzatilishi mumkin. Toshmalar qichishish bilan birga kechishi mumkin. Bemorlarning 30% ida toshmadan sung uzoq muddat terida pigmentatsiya (gemosideroz) qoladi. Demak yuqoridagilardan ko‘rinib turibdiki GV da toshmaning kechishi to‘lkinsimon xarakterda bo‘ladi. Bo‘g‘im sindromi: kupincha teri sindromi bilan birga keladi yoki undan bir necha kundan sung kushiladi. Bu sindromni kelib chikish sababi qon tomir devorining o‘tkazuvchanligi oshishi xisobiga bug‘im atrofi teri va teri osti yog‘ qavatining shishi va kam xollarda qon quyulishi xisoblanadi. GV ga kichik bug‘imlardagi o‘zgarishlar xarakterli emas. Bug‘imlardagi o‘zgarishlar quyidagi tarzda namoyon bo‘ladi; bo‘g‘imlarda og‘rik, xajmining kattalashishi, palpatsiyada og‘rik, maxalliy giperemiya, maxalliy xaroratning oshishi, xarakatni cheklanishi. Bazida og‘rik kontrakturadlari xam kuzatilishi mumkin. Bu jarayon esa o‘z navbatida yuqori xarorat bilan kechadi. Bug‘imlardagi o‘zgarishlar odatda 2-5 kun saqlanadi, keyin deformatsiyasiz yo‘qoladi. Ko‘pincha bo‘g‘im shakli angionevrotik shish bilan kechadi. Abdominal shakli: GV bilan kasallangan bemorlarni 50-70% ida uchraydi. Asosiy belgisi -aniq lokalizatsiyasiz qorinda kuchli xurujsimon og‘rik bo‘lishi. Og‘rik to‘satdan paydo bo‘ladi va ichak kolikasi xarakterida bo‘ladi. Ko‘pincha kindik atrofida, kam xollarda epigastral soxa va yonbosh ichak soxasida bo‘ladi. GV da og‘rik ichak devori, tutqichi, subseroz qavati va og‘ir xolatlarda shillik qavatiga qon quyulishi bilan izoxlanadi. Og‘rik paytida bemorda ko‘ngil aynishi, qon aralash qayt qilishi kuzatiladi. YOlg‘on chaqiriqlar, tez tez axlat qilish yoki uning bo‘lmasligi kuzatilishi mumkin. Obektiv ko‘rganda bemorda qorin dam bo‘lishi, palpatsiyada og‘rik bo‘ladi. Qorin parda tasirlanish simptomlari odatda aniqlanmaydi. Jigar va talok kattalashishi kasallikka xarakterli emas. Abdominal sindrom qaytalanuvchi xususiyatga ega bulib, bunda bemorlar parxezni buzishi natijasida kasallikning kaytalanishi kuzatiladi. Ko‘p qon ketish natijasida kollaps, o‘tkir postgemorragik anemiya yuzaga kelishi mumkin. Abdominal sindromning yomon asoratlariga; invaginatsiya, ichak bo‘shlig‘ining gematoma bilan bosilishi yoki yopilib qolishi natijasida ichak tutilishi, ichak nekrozi, perforatsiya, peritonit kiradi. Buyrak shakli: 1852 yilda birinchi bo‘lib

GV diagnostikasida quyidagi tekshiruvlar o‘tkaziladi.

Laborator tekshiruvlardan: umumiy qon taxlili - anemiya (qon yoqotilganda), leykotsitoz neytrofilyoz bilan birga. Leykotsitar formulani chapga siljishi, ECHT tezlashishi, jarayon faolligi yuqori bo‘lganda to‘qimalarda eozinofillarni to‘planishi xisobiga qonda eozinopeniya kuzatiladi. YUqoridagi qon elementlari mikdorining

oshishi bemor uchun yaxshi o'zgarish xisoblanadi va allergik jarayonning pasayganligidan dalolat beradi. Qonning oqsil spektri - gipoalbuminemiya, gipoproteinemiya, disproteinemiya, alfa 2 globulin fraksiyalari oshishi kuzatiladi. O'tkir fazali ko'rsatgichlar - glikoproteidlar, seromukoidlar konsentratsiyasining oshishi, S-reaktiv oqsil reaksiyasi musbat bo'lishi. Koagulyasion gemostaz ko'rsatgichlari: Giperkoagulyasiyadan dalolat beruvchi Li-Uayt bo'yicha ivish vaqti, aktivlangan kisman tromboplastin vaktining kiskarish, giperfibrinogenemiya, plazmaning rekalsifikatsion vaktining, geparin vaktining kiskarishi, plazmaning geparinga tolerantligining oshishi, AT III mikdorining pasayishi kuzatiladi (normada 75-115%).

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Mirrakhimova M.H., Nishanbaeva N.Y., Clinical Manifestations Of Connective Tissue Dysplasia In Children With Glomerulonephritis //Journal of Pharmaceutical Negative Results/Volume 13/Special Issue 9 | 2022,rr.4203-4205
2. Khalmatova Barnoturdixodjayevna.,Mirrakhimova Maktuba Khabibullayevna., Nishonboyeva Nilufar Yunusjanovna// Diagnosis and Therapy Of Pancreatic Dysfunction In Atopic Dermatitis In Children/The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research (ISSN – 2689-1026)/ Published: March31,2021|Pages:132-140Doi: <https://doi.org/10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue03-19/pp>
3. Nishanbayeva N.Yu., Mirrakhimova M.X. Bolalarda atopik dermatitda oshqozon ichak traktidagi klinik laborator o'zgarishlarni aniqlash, tashxislash va davolash tamoyillarini takomillashtirish //«Tibbiyotda yangi kun» 6(38/1)2021 ISSN 2181-712X. EISSN 2181-2187 pp.720-726.
4. Nishonboyeva, N.Y, Mirrakhimova, M.K, Ibragimova, S.A /Digestive organs status in children with atopic dermatitis. Journal of Critical Reviews, 2020, 7(5), pp. 678–679
5. Ibragimov, S.A., Mirrakhimova, M., Nishonboyev, N.Y., Abdullaev, B.S./Comorbid course of atopic dermatitis with bronchial asthma in children: Frequency, clinical and allergological characteristics. Journal of Critical Reviews, 2020, 7(17), pp. 2317–2321
6. Mirrakhimova M. Kh, Nishanbaeva N. Yu, Kasimova M. B PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN ATOPIC DERMATITIS.// International Journal of Education, Social Science & Humanities. FARS Publishers,Impact factor (SJIF) = 6.786//Volume-11| Issue3| 2023,pp. 734-738
7. Mirrakhimova M. Kh, Nishanbaeva N. Yu, Shamsiyeva E.R, Saydaliev A.B//Atopic Dermatitis and Mental Disorders Psychosomatic

- Relationships//Journal of Coastal Life Medicine. JCLMM 1/11 (2023)
//pp.1153–1159
8. Камилов А.И., Махмудова Д.И., Ахмедов М.Н., Каримов У.А. Республикада болаларнинг касалланиши ва улишининг ахволи, уларнинг камайтириш чора тадбирлари тугрисида. //Педиатрия, 2012, № 2, -С. 8-12.
 9. Камилов А.И., Ахмедов Д.И., Туреева Н.К. «Состояние и перспективы развития педиатрической службы в Республике Узбекистан». // Педиатрия, 2012, № 2, -С. 5-7.
 10. Караулов А.В., Марциновски В.Ю., Хваталин И.В. Некоторые аспекты иммунномоделирующей терапии больных затяжной пневмонией в период реконвалесценции. //Терапевтический архив, 2016, № 4, -С. 113-117.
 11. Карлинский В.М., Вендланд И.О. Дефицит цинка у детей и подростков. //Педиатрия, 2013, № 1, -С. 63-66.
 12. Карлинский В.М., Вендланд И.О. Профилактика дефицита цинка. //Вопросы охраны материнства и детства, 2017, № 10, -С. 57-61.
 13. Карманов В.К. Применение электрофореза меди в комплексном лечении острой пневмонии у детей раннего возраста. //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуре, 2016, вып. 1, -С.77-80.
 14. Карманов В.К., Высоцкая Л.М. Изменение содержания меди, калия и натрия в плазме крови у детей раннего возраста больных пневмонией. // Микроэлементы в биосфере и их применение в сельском хозяйстве и медицине Сибири и Дальнего Востока, Улан-Уде, 2015, -С. 385-388.
 15. Касымова Ш.К., Алимухамедов А.Б., Чупрова В.А. Использование эндоваскулярного лазерного облучения крови (ЭВЛОК) с целью иммуннокоррекции при тяжелых формах пневмонии. //Теоретическая и клиническая медицина, 2014, № 6, -С. 115.
 16. Кирсанов А.И., Долгодворов А.Ф., Леонтьев В.Г., Горбачева И.А. Концентрации химических элементов в разных биологических средах человека. //Клиническая лабораторная диагностика, 2011, № 3, -С.16-19.
 17. Климанская Б.Б., Шехтер А.Б. Клинико-морфологический анализ результатов эндобронхиального применения гелий-неонового лазера при лечении хронической пневмонии у детей. //Грудная хирургия, 2015, № 4, -С.59-64.
 18. Климанская Е.В., Сосюра В.Х. Влияние ультрафиолетового лазерного излучения на бронхопатогенную инфекцию в эксперименте и клинике эндобронхита при хронической пневмонии. //Вопросы охраны материнства и детства, 2014, № 9, -С.14-18.

19. Коденцова В.М., Трофименко А.В., Вржесинская О.А. Использование в питании детей витаминно-минеральных комплексов. // Педиатрия, 2013, № 4, -С.73-77.
20. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии. Минск. «Белорусь», 2012- С. 93-98.
21. Кончаловский М.В., Шишникова Т.В., Чотий В.Г. Применение карбоната лития в качестве лейкостимулятора при острой лучевой болезни человека. // Гематология и трансфузиология, 2019, № 3, -С. 16-22.
22. Корочкин И.М., Капустина Г.М. О патогенетических аспектах применения низкоэнергетического гелий-неонового лазера при острой пневмонии. // Советская медицина, 2017, № 3, -С.18-22.
23. Кортев А.И., Вахрушева Т.С. Биоэлементы медь, железа, цинк как показатели тяжести течения хронической пневмонии у детей. // Микроэлементы в биосфере и их применение в сельском хозяйстве и медицине Сибири, Дальнего Востока. Улан-Уде, 2016, -С. 406-408.
24. Кошелева В.Н. Лазер в лечении ран. Саратов. 2015, -С.-125.
25. Крюк А.С., Красильников А.П. Изучение раневой микрофлоры и естественного иммунитета у травматологических больных в процессе лазеротерапии. // Ортопедия, травматология и протезирование, 2015, № 6, -С.13-16.
26. Кулик В.И., Иванов А.В. Изменение иммунологических характеристик лимфоцитов человека под воздействием гелий-неонового лазера. В кн.: Применение лазеров в медицине. М, 2014, -С.95.
27. Курбанов Д.Д., Амонов И.И. Биологическое значение микроэлементов в регионе зубной эндемии. // Медицинский журнал Узбекистана, 2013, № 1, -С. 104-106.
28. Кусельман А.И., Черданцева А.П. Магнито-инфракрасно-лазерная терапия у детей. // Педиатрия, 2017, № 5, -С.17-26.
29. Ленинджер А.Л. Основы биохимии. М.: Медицина, 2015, т.1,-С. 294-299, т.3,-С. 884 -889.