



Клинический случай

Клинический случай тяжелого течения геморрагического васкулита

Л.А. Филимонова¹, Ю.А. Згура¹, Р.А. Яскевич^{1,2}, Е.Л. Давыдов^{1✉}, М.Л. Россовская³,
Е.А. Дельвер³, Е.В. Капустина¹

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия;

² Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера – обособленное подразделение «Федерального исследовательского центра «Красноярский научный центр» Сибирского отделения Российской академии наук», Красноярск, Россия;

³ КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», Красноярск, Россия
✉ devgenii@bk.ru

Аннотация

Диагностика системных васкулитов нередко вызывает трудности в клинической практике. Представлен клинический случай характеризующейся полиорганной и коморбидной патологией. Манифестация заболевания кишечным кровотечением явилась поводом для диагностирования тяжелого язвенного колита. Появление характерной геморрагической сыпи, а затем почечной патологии с гематурией и тяжелым нефротическим синдромом позволило установить правильный диагноз.

Ключевые слова: геморрагический васкулит, кишечное кровотечение, нефротический синдром.

Для цитирования: Филимонова Л.А., Згура Ю.А., Яскевич Р.А., Давыдов Е.Л., Россовская М.Л., Дельвер Е.А., Капустина Е.В. Клинический случай тяжелого течения геморрагического васкулита. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (1): 67–71. DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00363

Clinical Case

A clinical case of severe hemorrhagic vasculitis

Lyudmila A. Filimonova¹, Julia A. Zgura¹, Roman A. Yaskevich^{1,2}, Evgeny L. Davydov^{1✉},
Maria L. Rossovskaya³, Elena A. Delver³, Ekaterina V. Kapustina¹

¹ Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia;

² Research Institute of medical problems of the North – a separate division of «Federal Research Center «Krasnoyarsk Scientific Center» Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences», Krasnoyarsk, Russia;

³ Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, Russia
✉ devgenii@bk.ru

Abstract

Diagnosis of systemic vasculitis often causes difficulties in clinical practice. A clinical case characterized by multiple organ and comorbid pathology is presented. The manifestation of intestinal bleeding was the reason for the diagnosis of severe ulcerative colitis. The appearance of a characteristic hemorrhagic rash, followed by renal pathology with hematuria and severe nephrotic syndrome, made it possible to establish the correct diagnosis.

Keywords: hemorrhagic vasculitis, intestinal bleeding, nephrotic syndrome.

For citation: Filimonova L.A., Zgura Yu.A., Yaskevich R.A., Davydov E.L., Rossovskaya M.L., Delver E.A., Kapustina E.V. A clinical case of severe hemorrhagic vasculitis. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (1): 67–71 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.5.1.00363

Введение

Системные васкулиты (СВ) – это группа разнородных заболеваний, протекающих с воспалением и некрозом стенок сосудов, вызывающих ишемию органов и тканей, кровоснабжающихся пораженными сосудами [1, 2]. Наиболее частым вариантом СВ является геморрагический васкулит (ГВ). В современной классификации СВ (Chapel Hill Consensus Conference, 2012) он представлен как IgA-ассоциированный васкулит (геморрагический васкулит, пурпура Шенлейн–Геноха) или васкулит с IgA иммунными депозитами [3].

Тяжесть заболевания обусловлена системными проявлениями, а именно изменениями со стороны органов пищеварительной системы, с развитием гепатита, панкреатита, с поражением кишечника и почек. Почки во-

влекаются в процесс более чем у половины больных, страдающих ГВ, с последующим формированием IgA-нефропатии, нефротическим синдромом и развитием хронической болезни почек [4, 5]. Наиболее типичным морфологическим признаком поражения почек при ГВ является наличие депозитов IgA в эндотелии капилляров и мезангиуме клубочков, утолщение капиллярных петель, пролиферация эндотелия сосудов, фибриноидное набухание их стенки, лимфогистиоцитарная инфильтрация капилляров, периваскулярное воспаление почечных артериол, клубочков, канальцев и стромы почки [6, 7]. Прогноз ГВ при IgA-нефропатии значительно хуже. У 50–80% заболевших взрослого населения клиника осложняется развитием нефротического синдрома, у 10–12% – нарушением функции почек [8, 9].

Кожные высыпания при ГВ являются диагностическим маркером заболевания и наблюдаются у всех больных в различные периоды заболевания. Европейской лигой борьбы с ревматизмом (EULAR) совместно с Организацией международных исследований детской ревматологии (PRINTO) и Европейским обществом детской ревматологии (PRES) разработаны современные диагностические критерии ГВ (EULAR/PRINTO/PRES, 2010), они представлены пурпурой или петехиями и дополнительно одним из следующих критериев: 1) боли в животе; 2) воспаление или боли в суставах; 3) поражение почек; 4) лейкоцитокластический васкулит с предшествующим накоплением IgA или пролиферативный гломерулонефрит с предшествующим накоплением IgA. Для постановки диагноза необходимо как минимум 2 критерия: наличие пурпуры или петехий – обязательный критерий и как минимум 1 дополнительный критерий [10, 11].

Поражение желудочно-кишечного тракта реже диагностируется у пациентов с ГВ, при легком течении может протекать бессимптомно, при тяжелых формах может вызывать серьезные осложнения. Клинически это проявляется болями в животе, часто интенсивными, спастического характера, тошнотой, рвотой, диареей с кровянистыми выделениями, лихорадкой, слабостью, может развиваться тяжелая энтеропатия с потерей белка, больные быстро теряют в весе [12, 10]. При поражении сосудов слизистой оболочки кишечника, может развиваться тяжелое кровотечение с признаками постгеморрагической анемии. Ряд клинических наблюдений подтверждает выраженность кожных проявлений с риском желудочно-кишечных кровотечений, с вовлечением в патологический процесс внутренних органов, с нарушением их функции и развитием тяжелых осложнений [13–17].

Цель исследования. Рассмотрение примера тяжелого течения ГВ у больного 68 лет, осложненного желудочно-кишечным кровотечением, с последующим развитием IgA-нефропатии.

Клинический случай

Пациент В., 68 лет, в августе 2022 г. обратился к дерматологу поликлиники по месту жительства с жалобами на кожные высыпания в области ладоней, подошв. При осмотре на коже ладоней, подошв на фоне эритемы определялись серопапулы, мелкопластинчатое шелушение. Был выставлен диагноз экзема ладоней и подошв, назначено наружное лечение: антигистаминные препараты, мази с глюкокортикостероидами (ГКС) без эффекта. Через 2 нед у пациента появился жидкий стул черного цвета до 4–6 раз в сутки, боли в желудке и животе, рвота съеденной пищей. Родственниками вызвана бригада «Скорой помощи», пациент госпитализирован в хирургический стационар. Проведена консультация хирурга в приемном покое, данных за острую хирургическую патологию не выявлено, в госпитализации отказано. При проведении электрокардиографии (ЭКГ) обнаружены признаки рубцовых из-

менений. Пациент проконсультирован терапевтом. С диагнозом: ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия II функционального класса (ФК), ПИКС (инфаркт миокарда неизвестной давности), гипертоническая болезнь 2-й степени (риск 3-й), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I степени (II ФК по NYHA), пациент отправлен домой под наблюдение участкового терапевта.

На следующий день усилилась диарея с обильным выделением крови до 8–12 раз в сутки, боли в животе, выраженная слабость, повышение температуры до 37 °С; вызвана бригада «Скорой помощи», пациент доставлен вновь в приемный покой хирургического отделения, осмотрен хирургом, с диагнозом «кишечное кровотечение» госпитализирован.

При поступлении беспокоили жалобы на слабость, сильные боли в животе, жидкий стул с кровью до 12 раз в сутки, лихорадка 37,7 °С, высыпания на коже ног и рук геморрагического характера, мелко-пятнистые, отеки и боль в голеностопных суставах, темный цвет мочи.

В анамнезе заболевания: заболел в августе 2022 г., когда появились кожные высыпания в области ладоней, подошв, лечился у дерматолога без улучшения. За месяц похудел на 14 кг.

Семейный анамнез по патологии почек и системных заболеваний соединительной ткани не прослеживается. В армии служил. Курит с 1974 г. около 1 пачки в день. Отдаленный почечный анамнез – мочекаменная болезнь с самостоятельным отхождением камней в 1975 г. Повышение артериального давления (АД) в течение года максимально до 196/100 мм рт. ст., болей в сердце стенокардического характера не отмечает. Аллергический анамнез не отягощен.

Данные объективного обследования. Состояние ближе к тяжелому. Кожные покровы бледные, отеки голеностопных суставов, на голенях, нижней трети бедер и на верхних конечностях, на плечах и предплечьях сыпь геморрагического характера, местами склонность к слиянию, с симметричным расположением. АД – 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 98 в мин, частота дыхания – 22 в мин. В легких без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Язык влажный, обложен беловатым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации, без четкой локализации, симптомов раздражения брюшины нет.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований. В анализе крови: Hb – 85 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты – $11,6 \times 10^9$, СОЭ – 43 мм/ч. В анализе мочи белок – 2,8 г/л; эритроциты сплошь. Анализ кала на скрытую кровь – резко положительный.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 95 в мин, ЭОС отклонена влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ), рубцовые изменения в стенке левого желудочка.

Эхокардиография: склероз аорты с кальцинозом кольца и створок аортального клапана 1-й степени, аорта расширена в области корня, аортальная недостаточность 0–1-й степени; расширена полость левого

предсердия, гипертрофия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, диастолическая функция левого желудочка нарушена по 1-му типу; кальциноз кольца и створок митрального клапана 1-й степени; митральная недостаточность 1–2-й степени; сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная; участки гипокинезии: 7-й сегмент миокарда левого желудочка; недостаточность трехстворчатого клапана 1–2-й степени; легочная гипертензия; систолическое давление в легочной артерии – 36 мм рт. ст.

Фиброгастроуденоскопия (ФГДС): диффузный поверхностный гастрит с очагами гиперплазии в теле желудка, дуоденогастральный рефлюкс; эрозии в теле желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: умеренная гепатоспленомегалия.

Протокол эндоколоноскопии (фиброколоноскопия – ФКС): илеоцекальный отдел без особенностей, стенки толстой кишки эластичны, слизистая нисходящего отдела ободочной кишки диффузно гиперемирована, с множественными эрозиями, местами язвами со слизисто-гнойным налетом. Взята биопсия. Заключение: язвенный колит нисходящего отдела ободочной кишки, высокой степени активности. По результатам колоноскопии с биопсией – единичные эрозии до 0,3–0,5 см в диаметре в 20 см от ануса.

Консультации узких специалистов. Консультация гастроэнтеролога: язвенный колит, левосторонний тотальный колит, впервые выявленный (?), тяжелое течение; состояние после кишечного кровотечения; железодефицитная анемия средней степени тяжести; эрозивный гастрит.

Консультация терапевта: ГВ, вторичный, смешанная форма, с поражением почек, нефротический синдром; тяжелое течение; ИБС, стенокардия II ФК, ПИКС (инфаркт миокарда неизвестной давности), гипертоническая болезнь 3-й степени (риск 4-й), сердечная недостаточность IIIA (III ФК по NYHA).

Лекарственная терапия. Метилпреднизолон 40 мг/сут и препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) сульфасалазин 4 г/сут, блокаторы протонной помпы и H₂-гистаминовые рецепторы, мочегонные, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Через неделю состояние улучшилось, диарея 2–3 раза в сутки, без примеси крови. Диагноз: язвенный колит, умеренной степени активности, продолжает получать ГКС и 5-АСК в прежней дозе, рекомендовано продолжить лечение в отделении гастроэнтерологии.

Через 12 дней приема преднизолона стали беспокоить сильные боли в эпигастрии, без четкой связи с приемом пищи, дважды рвота съеденной пищей с прожилками крови. На ФГДС – язва тела желудка (1,3×0,8×0,4 см), множественные свежие эрозии. Больной продолжил прием сульфасалазина 4,0 г/сут, дозу метилпреднизолона снизили до 20 мг/сут, увеличили дозу антисекреторных препаратов и антацидов. Болевой синдром купирован, на контрольной ФГДС – стадия

рубцевания. Пациент выписан на амбулаторное лечение, которое принимал не в полном объеме, самостоятельно отменил ГКС.

Состояние больного ухудшилось, усилилась слабость, моча темного цвета, стали нарастать отеки до уровня нижней трети бедра и на лице. При проведении амбулаторного обследования выявлена массивная протеинурия с суточной потерей белка до 4,0 г/л; диспротеинемия сыворотки крови. Скопление жидкости в брюшной, плевральной и полости перикарда при УЗ-исследовании. Проводимая терапия в течение месяца (мочегонные, петлевые диуретики, верошпирон, препараты калия и 5-АСК) эффекта не дала.

В связи с ухудшением общего состояния 16.11.2022 пациент госпитализирован в неврологическое отделение городской больницы скорой медицинской помощи г. Красноярск (КМКБСМП им. Н.С. Карповича), где при дополнительном обследовании получены следующие результаты.

Лабораторные данные. Клинический анализ крови: гемоглобин – 83 г/л, эритроциты – 2,96 млн, гематокрит – 26,1%; тромбоцитов – 496 тыс. СОЭ – 37 мм/ч. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 40,8 мг/л; ревматоидный фактор – отрицательно; глюкоза – 4,54 ммоль/л; билирубин общий – 23,2 мкмоль/л; прямой 4,1 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза – 11,2 Ед; аспаратаминотрансфераза – 23,3 Ед; креатинин – 102 мкмоль/л; мочевины – 6,2 ммоль/л; азотемические показатели крови в норме, общий белок – 35,8 г/л, соотношение альбумин/глобулины – 0,7 (при норме 1,2–2,0), альбумины – 19,25 г/л; холестерин общий – 3,8 ммоль/л; триглицериды – 2,69; липопротеины низкой плотности – 1,31; калий сыворотки – 2,86; хлор – 135,7;

Коагулограмма: международное нормализованное отношение – 1,29; протромбиновый индекс – 67%; фибриноген – 3,2 г/л; активированное частичное тромбопластиновое время – 34,2 с; антитромбин III – 93%; диурез – 1100 мл. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2–4–6 в поле зрения, эритроциты неизмененные – 15–20 в поле зрения; эритроциты измененные 20–25–30 в поле зрения, белок мочи – 2,1 г/л, суточная потеря белка до 3,8–4,3 г/л, белок Бенц–Джонса в моче – отрицательный.

Антитела IgG к кардиолипину – отрицательно; антитела IgG к нативной ДНК – 1,8 МЕ/мл; аутоиммунная панель, антитела к экстрагируемым ядерным антигенам 6 антигенов (SS-A; SS-B; SM; RNP/Sm; Scl-70; Jo-1) – отрицательно.

УЗИ органов брюшной полости и почек: асцит, гепатомегалия, диффузные изменения в печени и в поджелудочной железе, атеросклероз брюшного отдела аорты.

Лабораторные данные: микрореакция преципитации на сифилис, ВИЧ, антиген SARS-CoV-2 не обнаружены.

В стационаре выставлен диагноз: ГВ с поражением кожи (васкулитно-пурпурные высыпания в анамнезе), кишечника (острые язвы желудка, ректосигмоидного

отдела толстой кишки), почек (нефротический синдром, микрогематурия), неуточненной этиологии. Осложнение: асцит.

Сопутствующий диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II ФК, полная блокада ЛНПГ, ХСН IIa (III ФК по NYHA) с сохраненной фракцией выброса, гипертоническая болезнь 3-й степени, риск 4-й, атеросклероз брюшного отдела аорты, хроническая анемия смешанного генеза (железодефицитная, хронического воспаления) средней тяжести.

В отделении получал лечение ГКС (преднизолон 60 мг/сут внутривенно), препараты 5-АСК 4 г/сут; дезагреганты, блокаторы протонной помпы и H₂-гистаминовых рецепторов, мочегонные, статины, ингибиторы АПФ. Были проведены инфузии альбумина (10%, 100 мл) ежедневно в течение недели.

В результате проводимой терапии состояние больного улучшилось, регрессировали боли в животе и желудке, протеинурия уменьшилась, суточная потеря белка до 1,6 г, обратное развитие геморрагической сыпи с появлением пигментации на месте разрешения. Выполнена нефробиопсия для уточнения характера нефротического синдрома, гистологическая дифференциальная диагностика с амилоидозом на фоне воспалительных заболеваний кишечника. По данным морфологического исследования, подтвержден IgA-пролиферативный гломерулонефрит, ассоциированный с ГВ.

Проведена повторная эндоскопия (ФКС): стенки толстой кишки эластичны, слизистая нисходящего отдела ободочной кишки умеренно гиперемирована, единичные эрозии, покрыты фибрином.

ФГДС: диффузный поверхностный гастрит с очагами гиперплазии в теле желудка, дуоденогастральный рефлюкс. Для исключения вторичного ГВ проведен онкопоиск с последующей консультацией онколога, диагноз исключен.

Пациент был выписан с улучшением под амбулаторное наблюдение нефролога/ревматолога. Рекомендована повторная госпитализация через 1,0–1,5 мес. Назначено специфическое лечение: преднизолон – 5 мг по 4 таблетки утром, сульфасалазин – 500 мг по 2 таблетки 2 раза в сутки.

Заключение

Представленный клинический случай тяжелого течения ГВ и сложности его диагностики были обусловлены возрастом пациента (68 лет), когда крайне редко диагностируются первичные формы ГВ. Также сложность в диагностике заболевания была вызвана поздним появлением характерной геморрагической сыпи типичной локализации. Кожные проявления в дебюте заболевания носили неспецифический характер, и была диагностирована экзема ладоней и подошв.

Дальнейшее прогрессирование заболевания с развитием клиники кишечной формы ГВ осложнилось тяжелым кровотечением, состояние больного прогрессивно ухудшалось, присоединились и нарастали симптомы поражения почек и тяжелого нефротического синдрома, генез которого до конца был не ясен. Госпитализация в отделение нефрологии позволила провести полное клиническое обследование для уточнения характера нефротического синдрома и верификации диагноза. Проведенный онкопоиск и консультация онколога исключили вторичный характер ГВ. Результаты нефробиопсии справа позволили диагностировать IgA-нефропатию, ассоциированную с ГВ.

Таким образом, неспецифическая клиническая картина, которая нередко встречается при системных васкулитах, затрудняет диагностику этой группы заболеваний. Наш клинический пример наглядно это демонстрирует.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

- Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Клиника, диагностика и принципы лечения основных ревматических болезней. СПб.: СпецЛит, 2023.
Trukhan D.I., Filimonov S.N., Viktorova I.A. Clinic, diagnosis and principles of treatment of major rheumatic diseases. St. Petersburg: SpetsLit, 2023 (in Russian).
- Усанова А.А., Гуранова Н.Н. Нефрология: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
Usanova A.A., Guranova N. N. Nephrology: textbook. Moscow: GEOTAR-Media, 2019 (in Russian).
- Berthelot L, Jamin A, Viglietti D et al. Value of biomarkers for predicting immunoglobulin A vasculitis nephritis outcome in an adult prospective cohort. *Nephrol Dial Transplant*. 2018;33(9):1579-90. DOI: 10.1093/ndt/gfx300
- Гуляев С.В., Стрижаков Л.А., Моисеев С.В. и др. От пурпуры Шенлейна–Геноха до IgA-васкулита: патогенетические аспекты болезни. *Терапевтический архив*. 2018;10:110-14.
Gulyaev S.V., Strizhakov L.A., Moiseev S.V. et al. From Schenlein–Heinoch purpura to IgA-vasculitis: pathogenetic aspects of the disease. *Therapeutic archive*. 2018;10:110-14 (in Russian).
- Audemard-Verger A., Terrier B., Dechartres A. et al. Characteristics and Management of IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein) in Adults: Data From 260 Patients Included in a French Multicenter Retrospective Survey. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(9):1862–70. DOI: 10.1002/art.40178
- Трухан Д.И., Викторова И.А. Нефрология. Эндокринология. Гематология. СПб.: СпецЛит, 2023.
Trukhan D.I., Viktorova I.A. Nephrology. Endocrinology. Hematology. St. Petersburg: SpetsLit, 2023 (in Russian).
- Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Дифференциальный диагноз основных синдромов и симптомов при заболеваниях почек и мочевых путей. М.: Практическая медицина, 2019.
Trukhan D.I., Filimonov S.N. Differential diagnosis of the main syndromes and symptoms in diseases of the kidneys and urinary tract. Moscow: Practical medicine, 2019 (in Russian).]
- Heineke MH, Ballering AV, Jamin A et al. New insights in the pathogenesis of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönleinpurpura). *Autoimmun Rev*. 2017;16(12):1246-53. DOI: 10.1016/j.autrev.2017.10.009/
- Sunderkötter C, Golle L, Pillebout E et al. Pathophysiology and clinical manifestations of immune complex vasculitides. *Front Med (Lausanne)*. 2023;3(10):1103065. DOI: 10.3389/fmed.2023.1103065
- Шаймуратов Р.И., Шарипова Р.Р., Сафаргалиева Л.Х. и др. Геморрагический васкулит взрослых (обзор литературы и демонстрация клинического наблюдения). *Вестник современной клинической медицины*. 2020;13(6):75-9. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(6)75-9
Shaimuratov R.I., Sharipova R.R., Safargalieva L.H. et al. Hemorrhagic vasculitis in adults (literature review and demonstration of clinical observation). *Bulletin of Modern Clinical Medicine*. 2020;13(6):75-9. DOI: 10.20969/VSKM.20.13(6)75-9 (in Russian).

11. Усанова А.А. Клинические нормы. *Нефрология*. М.: ГЭОТАР-Медиа., 2020.
Usanova A.A. Clinical norms. *Nephrology*. Moscow: GEOTAR-Media, 2020 (in Russian).
12. Головач И.Ю., Егудина Е.Д. Гастроинтестинальные проявления системных васкулитов: спектр клинических симптомов, диагностика и лечение. *Гастроэнтерология*. 2019;4:291-304. DOI: 10.22141/2308-2097.53.4.2019.182405
Golovach I.Yu., Yagudina E.D. Gastrointestinal manifestations of systemic vasculitis: spectrum of clinical symptoms, diagnosis and treatment. *Gastroenterology*. 2019;4:291-304. DOI: 10.22141/2308-2097.53.4.2019.182405 (in Russian).
13. Zhang X, Xie X, Shi S et al. Plasma galactose-deficient immunoglobulin A1 and loss of kidney function in patients with immunoglobulin A vasculitis nephritis. *Nephrol Dial Transplant*. 2020;35(12):2117-23. DOI: 10.1093/ndt/gfz151
14. Hatemi I, Hatemi G, Çelik AF. Systemic vasculitis and the gut. *Curr Opin Rheumatol*. 2017;29(1):33-8. DOI: 10.1097/BOR.0000000000000344
15. Nam EJ, Kim GW, Kang JW et al. Gastrointestinal bleeding in adult patients with Henoch-Schönlein purpura. *Endoscopy*. 2014;46(11):981-6. DOI: 10.1055/s-0034-1377757
16. Shao X, Li H, Chen T et al. Association of the Monocyte-to-High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio with Gastrointestinal Involvement of Immunoglobulin a Vasculitis. *Clin Cosmet Invest Dermatol*. 2023;5(16):359-67. DOI: 10.2147/CCID.S398134
17. Xu L, Li Y, Wu X. IgA vasculitis update: Epidemiology, pathogenesis, and biomarkers. *Front Immunol*. 2022;13:921864. DOI: 10.3389/fimmu.2022.921864

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Филимонова Людмила Анатольевна – канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО, ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». E-mail: selinala@mail.ru; ORCID: 0009-0000-8341-6068

Згура Юлия Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО, ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». E-mail: julia.zg@yandex.ru; ORCID: 0009-0008-7239-4324

Яскевич Роман Анатольевич – д-р мед. наук, доц., доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО, ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»; вед. науч. сотр. группы патологии сердечно-сосудистой системы, ФГБНУ «НИИ медицинских проблем Севера». E-mail: holter-24@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4033-3697; Researcher ID: E-2876-2018; Scopus Author ID: 56335744200

Давыдов Евгений Леонардович – д-р мед. наук, доц., доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО, ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». E-mail: devgenii@bk.ru; ORCID: 0000-0001-7765-2726

Россовская Мария Львовна – канд. мед. наук, зав. отд-нием нефрологии, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича». E-mail: mross@mail.ru; ORCID: 0009-0000-6189-4771

Дельвер Елена Анатольевна – врач-нефролог, отд-ние нефрологии, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича». E-mail: dapidur@mail.ru; ORCID: 0009-0002-6058-9331

Капустина Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, доц., каф. пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО, ФГБОУ ВО «КГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». E-mail: as-pirinka5@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9528-2781

Поступила в редакцию: 07.12.2023

Поступила после рецензирования: 15.12.2023

Принята к публикации: 28.12.2023

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ljudmila A. Filimonova – Cand. Sci. (Med.), Professor Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. E-mail: selinala@mail.ru; ORCID: 0009-0000-8341-6068

Julia A. Zgura – Cand. Sci. (Med.), Professor Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. E-mail: julia.zg@yandex.ru; ORCID: 0009-0008-7239-4324

Roman A. Yaskевич – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Research Institute of medical problems of the North – a separate division of FITZ KSC SB RAS. E-mail: holter-24@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4033-3697; ResearcherID: E-2876-2018; Scopus Author ID: 56335744200

Evgeny L. Davydov – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. E-mail: devge Войно nii@bk.ru; ORCID: 0000-0001-7765-2726

Maria L. Rossovskaya – Cand. Sci. (Med.), Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care Named after N.S. Karpovich. E-mail: mross@mail.ru; ORCID: 0009-0000-6189-4771

Elena A. Delver – Nephrologist, Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital of Emergency Medical Care Named after N.S. Karpovich. E-mail: dapidur@mail.ru ; ORCID: 0009-0002-6058-9331

Ekaterina V. Kapustina – Cand. Sci. (Med.), Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University. E-mail: as-pirinka5@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9528-2781

Received: 07.12.2023

Revised: 15.12.2023

Accepted: 28.12.2023