

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПСОРИАЗЕ

Шагова Ю.В., Козлова И.В.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов.

Цель исследования изучение клинико-морфологических особенностей кишечника при псориазе.

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов с распространенным псориазом в стадии прогрессирования и 30 больных ограниченным псориазом, контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Критериями исключения пациентов из исследования служили наличие воспалительных заболеваний кишечника, дивертикулеза кишечника, паразитарные инвазии желудочно-кишечного тракта и факт приема антибиотиков в течение ближайших 3 месяцев. Материал для гистологического исследования забирали из сигмовидной кишки. Для гистологических исследований применяли окраску гематоксилин-эозином, для выявления тучных клеток - окраску толуидиновым синим.

Результаты. При целенаправленном расспросе пациентов с ограниченным псориазом установлено, что 30% больных беспокоят запоры, 16,7% пациентов - поносы до 3 раз в сутки, реже (23,3%) - боли по ходу толстой кишки, болезненность при пальпации живота в проекции кишечника (10%). У больных распространенным псориазом чаще регистрировали запоры (52%), поносы с учащением стула до 5 раз (18%), боль в животе (48%), болезненность при пальпации по ходу кишечника (36%). При эндоскопическом анализе толстой кишки у 30% больных ограниченной формой псориаза определялась 1-я степень активности воспаления слизистой оболочки кишечника, при морфологическом исследовании у этих пациентов выявлено поверхностное воспаление слизистой оболочки. У 26,7% пациентов этой группы морфологически отмечались только гиперплазия бокаловидных клеток эпителия и переполнение их муцином, что соответствует характеристике синдрома раздраженного кишечника. При распространенном псориазе эндоскопически определялись более выраженные изменения слизистой оболочки кишечника: гиперемия, сглаженность сосудистого рисунка, ее зернистость, подслизистые кровоизлияния; у 16% пациентов обнаруживалась диффузная атрофия слизистой, у 40% - очаговая атрофия. В этой группе больных 1-я степень активности воспаления обнаружена у 60%, 2-я – у 32% пациентов. Гистологическая картина слизистой оболочки толстой кишки характеризовалась лимфоплазмозитарной инфильтрацией уплощением, дистрофией покровного эпителия, атрофией ворсин. Крипты были расширены, извиты, увеличивалось количество бокаловидных клеток. Следовательно, у 30% пациентов с ограниченной формой и у большинства больных распространенной формой псориаза выявлены признаки хронического неязвенного колита. Клинические проявления кишечной дисфункции, эндоскопические и морфологические признаки поражения кишечника, биоценоз толстой кишки при псориазе во многом определялись количественными характеристиками и структурными особенностями тучных клеток слизистой оболочки толстой кишки. В ходе иммуногистохимических и морфометрических исследований установлено, что при ограниченном псориазе число тучных клеток толстой кишки достоверно не изменяется, тогда как для пациентов с распространенной формой заболевания характерна их гипоплазия. Во многих тучных клетках отмечалась дегрануляция эндоплазматических включений, окраска толуидиновым синим была слабой, что свидетельствует об ослаблении реакции «скрытой метахромазии». Указанные гистохимические признаки могут рассматриваться как проявление функционального истощения тучных клеток.

Выводы. Таким образом, псориазу сопутствуют функциональные и структурные изменения слизистой оболочки кишечника: при ограниченной форме заболевания морфологическая картина чаще соответствует синдрому раздраженного кишечника, при распространенном псориазе диагностируется хроническое воспаление и атрофия слизистой оболочки кишечника. Прогрессирующая стадия распространенного псориаза ассоциирована с гипоплазией и функциональным истощением тучных клеток.