

© ХАРЬКОВ Е.И., ПРОХОРЕНКОВ В.И., ШИРЯЕВА Ю.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Е.И. Харьков, В.И. Прохоренков, Ю.А. Ширяева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н., проф. Е.И. Харьков; кафедра кожных и венерических болезней, зав. – д.м.н., проф. В.И.

Прохоренков.

***Резюме.** По современным данным, патологические изменения тонкой кишки являются одной из наиболее частых причин возникновения дерматозов. Исследование состояния резорбционной функции кишечника при псориазе может помочь в выявлении спектра взаимосвязи между синдромом мальабсорбции (СМ) и данным дерматозом, и способствовать рациональной терапии. В исследование было включено 83 больных с различными клиническими формами псориаза. У всех обследованных больных псориазом было отмечено снижение всасывания Д-ксилозы по сравнению со здоровыми лицами. Более выраженные нарушения всасывания в тонкой кишке и более тяжелое течение псориаза установлены у больных с наличием клинических симптомов поражения кишечника.*

***Ключевые слова:** тонкая кишка, псориаз, функциональная активность тонкой кишки.*

Идеи о связи состояния внутренних органов с патологией кожи можно проследить со времен Гиппократ и Галена. Многие отечественные и зарубежные авторы, чьи работы были посвящены изучению различных видов метаболизма при псориазе, отмечали частую связь дерматозов с патологией

внутренних органов и систем, прежде всего с заболеваниями органов пищеварения.

До настоящего времени в отечественных работах при обследовании желудочно-кишечного тракта у больных дерматозами авторы преимущественно исследовали состояние кислотообразующей, ферментовыделительной и других функций желудка. Что касается кишечника, то его патологии у больных, в частности, псориазом посвящены единичные работы [1,2,5].

По современным данным, патологические изменения тонкой кишки являются одной из наиболее частых причин возникновения дерматозов. В тонкой кишке часто нарушается всасывание пищевых веществ, а из них наиболее изученным является механизм всасывания углеводов. Нередко нарушения, по поводу которых больные обращаются к дерматологу и косметологу, оказываются лишь внешним проявлением патологии внутренних органов. Своевременное и правильное установление характера этой патологии, а значит, и выбор соответствующей терапии могут вести к полному излечению или улучшению, как основного заболевания, так и его кожных проявлений [6,9].

Исследование состояния резорбционной функции кишечника при псориазе может помочь в выявлении спектра взаимосвязи между синдромом мальабсорбции и данным дерматозом и способствовать рациональной терапии [8,10].

Цель исследования. Установить распространенность синдрома мальабсорбции у больных псориазом и оценить зависимость между функциональной активностью тонкой кишки и особенностями клинических проявлений заболевания.

Материалы и методы

В исследование было включено 103 человека, из них 83 больных с различными клиническими формами псориаза и 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). Обследование проводилось на базе краевого кожно-

венерологического диспансера и биохимического отдела Центральной научно-исследовательской лаборатории КрасГМА.

Первичное обследование включало регистрацию паспортных данных, сведений о профессии, образовании, наличии вредных привычек, анамнеза с уточнением срока давности псориаза, частоты обострений, времени обострений, клиники в ремиссию, провоцирующих факторов, дополнительных поражений при псориазе, наследственности, сопутствующих заболеваний.

Оценивались показатели лабораторных исследований: развернутого анализа крови, в первую очередь гемоглобина, а также биохимического – холестерина, липопротеидов, общего белка; анализа мочи. Учитывались данные объективного осмотра: пальпация живота, симптомы Поргеса, Штернберга; данные дополнительных инструментальных методов исследования: УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Диагноз псориаз выставлялся по клиническим формам, стадиям, с учетом сезонности обострений. Изучение кожного статуса включало в себя визуальную оценку псориазных высыпаний, их распространенность, интенсивность, локализацию, характер поражения придатков кожи. Для клинической оценки состояния кожи использовался международный индекс охвата и тяжести псориаза PASI [7,13,14].

Всем больным определяли уровень всасывания в тонкой кишке. Исследование состояния всасывательной функции тонкой кишки оценивалось по показателям теста с Д-ксилозой. Всем больным определяли всасывательную активность тонкой кишки с помощью 5-граммового варианта теста с Д-ксилозой [3,4,6,11,12].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики. Проверка, подчиняются ли распределения нормальному закону, выполнялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. При сравнении параметров двух групп использовались критерии

Манна-Уитни и Вилкоксона. Для многогрупповых сравнений применялась поправка Бонферрони.

В группе больных псориазом ($n = 83$) пациенты были сопоставимы по полу, возрасту и длительности псориаза. Группа больных псориазом, также была сопоставима по полу и возрасту с группой контроля ($n = 20$). Длительность течения псориаза составила в среднем $15,2 \pm 2,51$ лет. Средний возраст в обеих группах составил $43,2 \pm 2,64$ года, преобладали мужчины: группа 1 – мужчин 56 (67%), женщин – 27 (33%); группа 2 – мужчин 12 (60%), женщин – 8 (40%).

Результаты и обсуждение

У всех больных установлен распространенный кожный процесс и прогрессирующая стадия псориаза.

В результате опроса и осмотра у 70 из 83 (84%) больных псориазом были выявлены клинические признаки поражения кишечника (КППК), у 13 (16%) – таковых признаков не наблюдалось (рис.1).

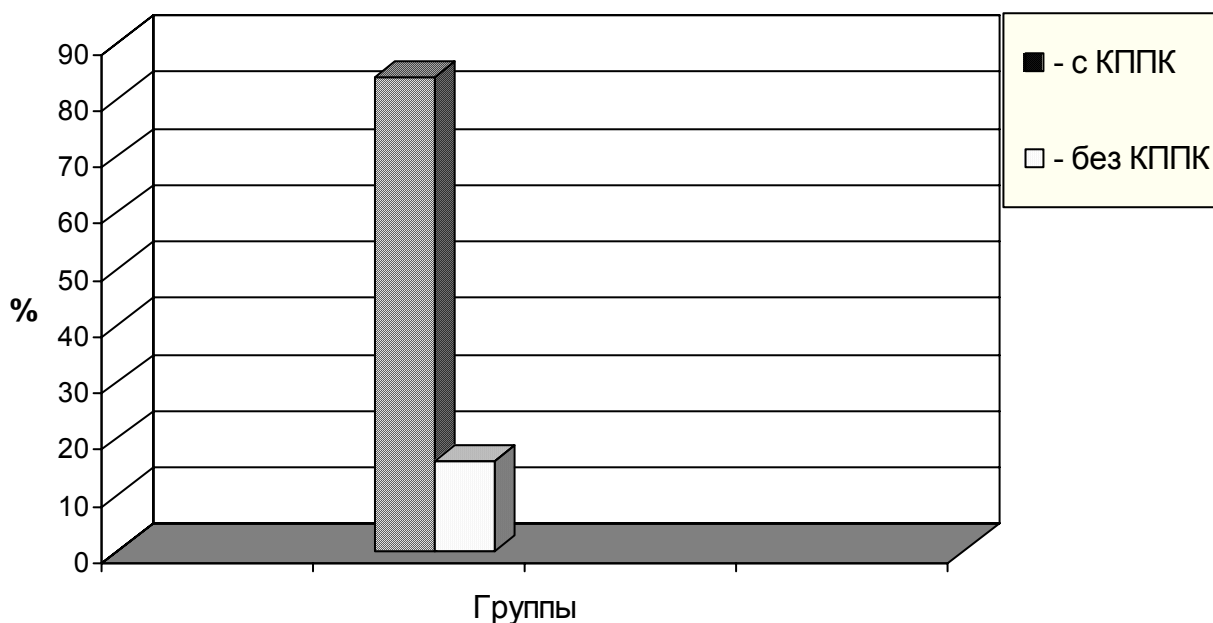


Рис.1. Сравнительная характеристика больных по наличию клинических признаков поражения кишечника.

У данных 70 больных выявлена симптоматика, характерная для поражения органов желудочно-кишечного тракта (табл.1).

Таблица 1

Структура субъективных симптомов, указывающих на поражение органов желудочно-кишечного тракта (n = 70)

Жалобы	Структура симптомов	
	n	%
Боли в около пупочной области	34	48,5
Чувство вздутия живота, урчание, переливание в животе	64	91,4
Диспепсический синдром (частый кашицеобразный стул, полифекалия, запоры)	55	78,5
Позывы к дефекации сразу после еды	32	45,7
Обострение псориаза после приема острой, жирной, сладкой пищи, переедания	53	75,7
Лиэнтерея, стеаторея, креаторея, амилорея	46	65,7
Снижение массы тела	25	35,7
Слабость, снижение работоспособности	48	68,5

При объективном осмотре на вовлечение в патологический процесс кишечника у этих же 70 больных указывало наличие ряда признаков (табл.3).

Структура объективных признаков поражения органов желудочно-кишечного тракта (n = 70)

Признаки	Структура признаков	
	n	%
Обложенность языка	57	81,4
Вздутие живота	20	28,5
Болезненность при пальпации:		
- в около пупочной области	47	67,1
- в эпигастрии	33	47,1
- по ходу толстого кишечника	27	38,5
Дефицит массы тела	25	35,7

Как видно из таблиц 2, 3 у 70 (84%) больных псориазом преобладали жалобы на чувство вздутия живота, урчание, переливание в животе, диспепсический синдром (частый кашицеобразный стул, полифекалия, запоры), обострение псориаза после приема острой, жирной, сладкой пищи, переедания, а также объективные признаки: обложенность языка, болезненность при пальпации в около пупочной области, дефицит массы тела.

Субъективные симптомы и объективные признаки поражения органов желудочно-кишечного тракта у 13 (16%) больных псориазом отсутствовали.

У всех обследованных больных псориазом (n = 83) было выявлено снижение всасывания Д-ксилозы по сравнению со здоровыми лицами (n = 20) (табл. 4).

В 100% случаев до лечения диагностировался синдром мальабсорбции. По выраженности синдром мальабсорбции больные с псориазом были условно разделены в зависимости от степени тяжести процесса (табл. 5).

Экскреция Д-ксилозы с мочой (в граммах) у больных псориазом ($M \pm m$)

Группы	n	Диапазон показателей экскреции Д-ксилозы (гр.)	$M \pm m$
Больные псориазом	83	0,57 – 1,34	$1,0 \pm 0,01$
Контрольная	20	1,4 – 2,5	$1,8 \pm 0,7$

Таблица 4

Градации тяжести мальабсорбции в зависимости от уровня показателя Д-ксилозы у больных псориазом ($n = 83$)

Уровень экскретируемой Д-ксилозы (гр.)	Степень выраженности нарушенного всасывания в тонкой кишке
От 1,1 до 1,4	легкая
От 0,8 до 1,1	средняя
До 0,8	тяжелая

В группе контроля ($n = 20$) индекс PASI равнялся «0», экскреция Д-ксилозы с мочой была в пределах нормы.

Сравнивались средние показатели индекса PASI и синдрома мальабсорбции у больных с клиническими симптомами поражения кишечника (КСПК) и не имеющих таковых, анализировались показатели абсорбции у больных с дефицитом массы тела и у больных с нормальным весом.

Клинические симптомы поражения кишечника установлены у 70 (84%) больных, у которых средний показатель индекса PASI равнялся 35,9 балла. Без таковых симптомов были 13 (16% случаев) больных у них индекс PASI равнялся 19,7 балла (рис.2). Средний показатель синдрома мальабсорбции у больных с клиническими симптомами поражения кишечника равнялся 0,94 гр., а без таковых симптомов показатель CM составил 1,14 гр. (рис.3). Это позволяет говорить о том, что чем ниже всасывательная активность тонкой

кишки, проявляющаяся субъективными, объективными и лабораторными (СМ – 0,94гр.) показателями, тем тяжелее течение псориатического процесса (индекс PASI – 35,9 балла).

Количество больных с дефицитом массы тела составило 25 (35,7%), среди них средний показатель СМ равнялся 0,93 гр., с неизменной массой тела – 45 (64,3%) и 1,0 гр. соответственно, что позволяет говорить о более выраженном нарушении всасывательной активности тонкой кишки (СМ – 0,94 гр.) у больных с объективными признаками синдрома мальабсорбции (рис.4).

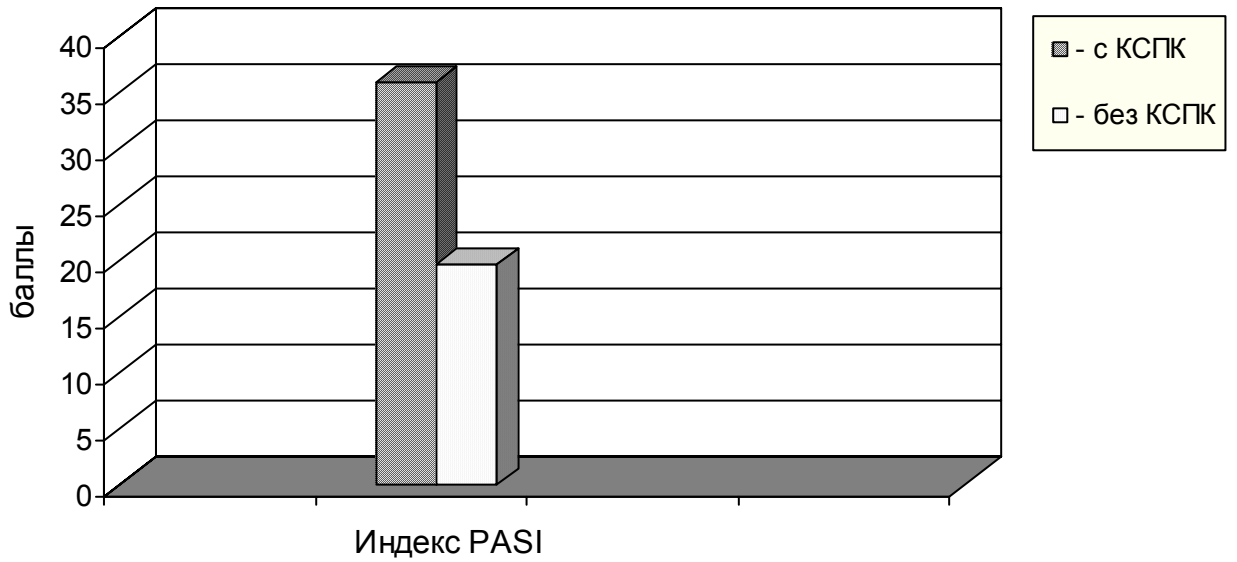


Рис.2. Средние показатели индекса PASI у больных псориазом, имеющих клинические симптомы поражения кишечника и без таковых.

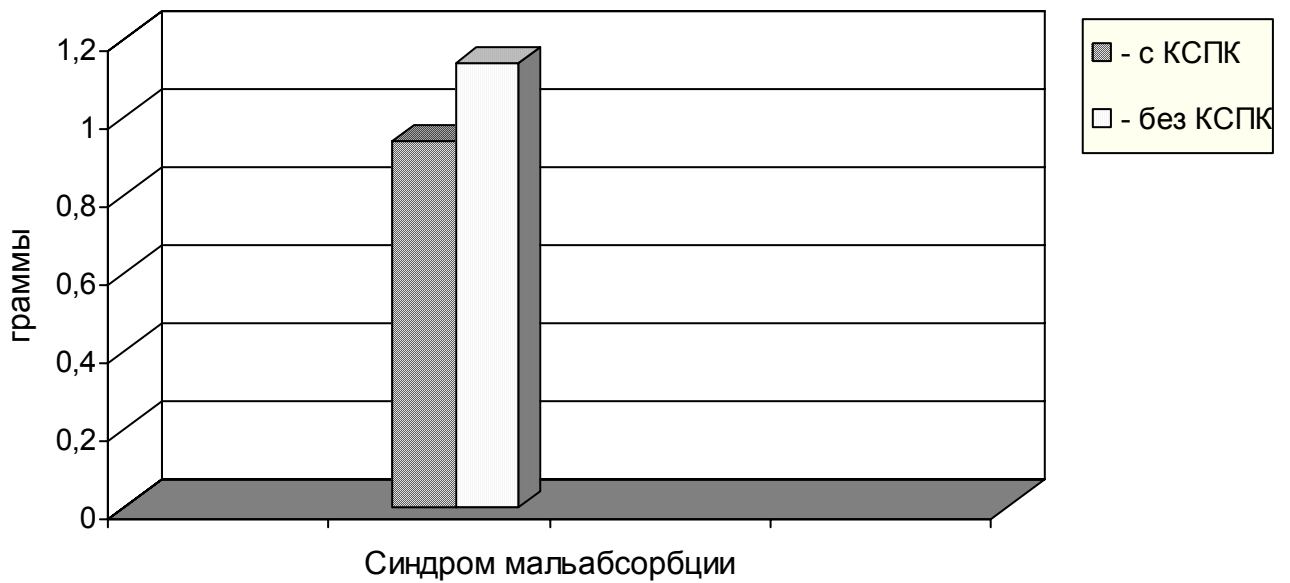


Рис.3. Средние показатели синдрома мальабсорбции у больных псориазом с клиническими симптомами поражения кишечника и без таковых.

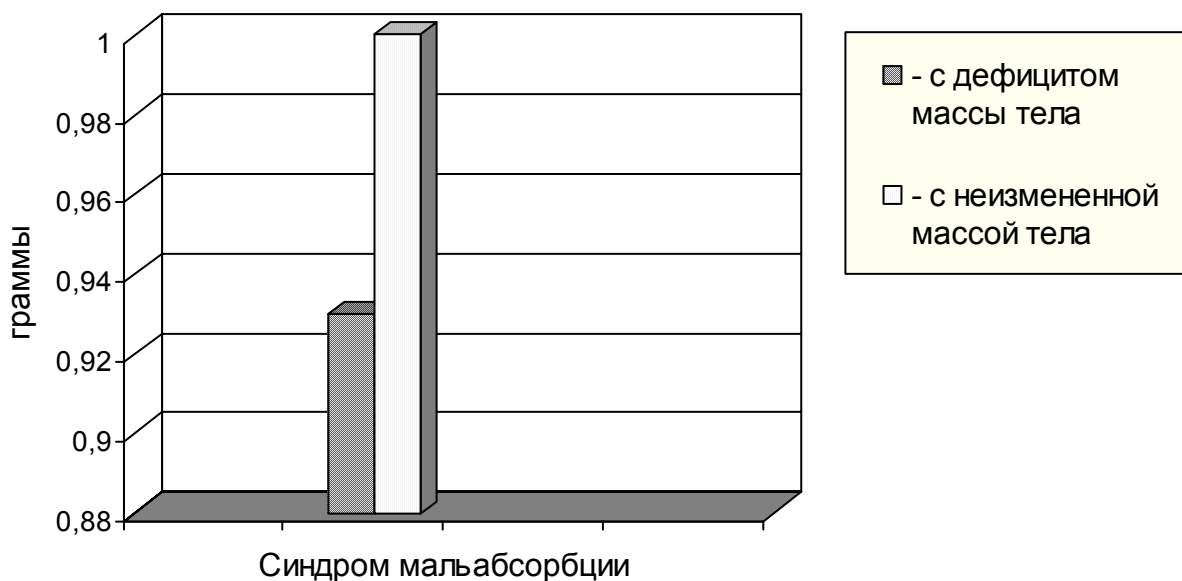


Рис.4. Средние показатели синдрома мальабсорбции у больных псориазом с дефицитом массы тела и без таковой.

Таким образом, число больных с наличием клинических симптомов поражения кишечника превышало число больных, у которых клинические симптомы поражения кишечника отсутствовали.

У больных псориазом в 100% случаев обнаружено нарушенное кишечное всасывание в тонкой кишке по уровню показателя Д-ксилозы. У всех обследованных больных псориазом было выявлено снижение всасывания Д-ксилозы по сравнению со здоровыми лицами.

Проведенный анализ показал, что у больных псориазом с клиническими симптомами поражения кишечника показатели индекса PASI были выше в сравнении с больными, у которых данные симптомы отсутствовали. Показатели теста с Д-ксилозой были ниже у больных псориазом с клиническими симптомами поражения кишечника по сравнению с больными их не имеющих. Это позволяет говорить о наличии более выраженного нарушения всасывания в тонкой кишке и более тяжелом течении псориаза у больных с наличием клинических симптомов поражения кишечника.

У больных псориазом с дефицитом массы тела, показатели экскреции Д-ксилозы с мочой были ниже по отношению к больным с неизменной массой

тела, что свидетельствует о более выраженном нарушении всасывания в тонкой кишке у больных с объективными признаками синдрома мальабсорбции.

INDICES OF FUNCTIONAL ACTIVITY OF SMALL INTESTINE IN PATIENTS WITH PSORIASIS

E.I. Harkov, V.I. Prohorenkov, YU. A Shiryaeva

Krasnoyarsk state medical university named in honour of prof. V.F. Voino-Yasinetskij

According with modern date, pathological changes of small intestine are the most frequent reasons of dermatosis. The research of resorption function of intestines in psoriasis can help to reveal interrelation between malabsorption syndrome and dermatosis. 83 patients with different forms of psoriasis were included in research. The decrease of D-xylose absorption in comparison with health people was revealed.

Литература

1. Воронцова Е.М., Машков О.А. Влияние энтеросорбции на течение псориаза // Тер. архив. – 1991. – Т.63, №2. – С.82-84.
2. Заерко В.В., Парфенов А.И. О роли заболеваний кишечника в патогенезе некоторых дерматозов// Вестн. дерматол. и венерологии. – 1979. – №4. – С.47-52.
3. Зилва Дж.Ф., Пеннелл П.Р. Клиническая химия в диагностике и лечении / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1988. – 527 с.
4. Златкина А.Р. Диагностика и лечебная тактика при хронических энтеропатиях // Тер. архив. – 2002. – №12. – С.89-91.
5. Маев И.В., Барденштейн Л.М., Антоненко О.М. и др. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта // Клинич. медицина. – 2002. – №11. – С.8-13.
6. Ногаллер А.М. Гастроэнтерология вчера, сегодня, завтра // Врач. – 2000. – №3. – С.3-7.

7. Пегано Д. Лечение псориаза – естественный путь / Пер. с англ. – М.: Кудиц-образ, 2001. – 288 с.
8. Хардикова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. Псориаз, кишечное всасывание (особенности при сочетании с описторхозом). – Томск: изд-во НТЛ, 2000. – 118 с.
9. Barry J., Kirby B. Novel biologic therapies for psoriasis. *Expert. Opin. Biol. Ther.* – 2004. – Vol.4, №6. – P.975-987.
10. Bitzer M., Kaiserling E., Horger M.S. Malabsorption syndrome. Rare differential diagnosis in a young patient // *Internist.* – 2004. – Vol.45, №2. – P.211-215.
11. Casellas F., Malagelada J.R. Applicability of short hydrogen breath test for screening of lactose malabsorption // *Dig. Dis. Sci.* – 2003. – Vol.48, №7. – P.1333-1338.
12. Ehrenpreis E.D., Salvino M., Craig R.M. Improving the serum D-xylose test for the identification of patients with small intestinal malabsorption // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2001. – Vol.33, №1. – P.36-40.
13. Gottlieb A.B., Chaudhari U., Baker D.G. The National Psoriasis Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) system versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison // *J. Drugs. Dermatol.* – 2003. – Vol.2, №3. – P.260-266.
14. Lee E., Koo J. Modern modified 'ultra' Goeckerman therapy: a PASI assessment of a very effective therapy for psoriasis resistant to both prebiologic and biologic therapies // *J. Dermatol. Treat.* – 2005. – Vol.16, №2. – P.102-107.