

Сведения об авторах

Грищенко Елена Георгиевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2642995; e-mail: lmpressac@gmail.com.

Николаева Нона Николаевна — кандидат медицинских наук, профессор кафедры терапии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.

Николаева Людмила Викторовна — кандидат медицинских наук, доцент, кафедры внутренних болезней № 1 ГБОУ ВПО Красноярский государственный

медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.

Байкова Ольга Анатольевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2642995; e-mail: olbaykova@rambler.ru.

Чулакина Вера Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, кафедры внутренних болезней №1 ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2644788; e-mail: verachupakhina@mail.ru.

© ЗГУРА Ю. А., ХАРЬКОВ Е. И., ШАПИРО Л. А.

УДК 616.517+616.341 — 055.1/3

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С НАРУШЕНИЕМ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

Ю. А. Згура, Е. И. Харьков, Л. А. Шапиро

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии, зав. — д. м. н., проф. Е. И. Харьков; кафедра медицинской и биологической физики, зав. — д. ф.-м. н., доцент В. В. Салмин.

Резюме. Представлен анализ гендерных особенностей течения псориаза у больных с наличием синдрома мальабсорбции. Заболевание протекало тяжелее у женщин, что проявлялось наличием большего количества жалоб, указывающих на поражение кишечника, наличием выраженных симптомов поражения кишечника, более высокими показателями индекса PASI и низкими показателями всасывательной функции тонкой кишки.

Ключевые слова: гендерные особенности, псориаз, синдром мальабсорбции.

Течение псориаза имеет гендерные особенности. [1,2,9]. У пациентов, страдающих псориазом в сочетании с нарушенным всасыванием в тонкой кишке, гендерные особенности освещены недостаточно.

Подобные представления нуждаются в подтверждении, что диктует необходимость расширить исследования состояния кишечника у больных дерматозами, и в частности псориазом, последний является одним из частых и упорно протекающих заболеваний, у которого много неизученного остается в вопросах этиологии и патогенеза [1,5,7,8,10,11,14].

Цель исследования: оценка гендерных особенностей течения псориаза в сочетании с нарушенным всасыванием в тонкой кишке.

Материалы и методы

Для достижения цели в исследование было включено 103 больных с различными клиническими формами псориаза и 20 практически здоровых лиц, которые составили контрольную группу.

Все больные с различными клиническими формами псориаза были распределены на 2 группы, отличающиеся по полу (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика больных по полу

Пол	Количество
Мужчины	68 человек
Женщины	35 человек

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.

В результате опроса и осмотра больных выявлена симптоматика, характерная для поражения органов желудочно-кишечного тракта (табл. 2). Клинические признаки поражения кишечника встречались у большинства больных.

При объективном осмотре на вовлечение в патологический процесс кишечника у большинства больных указывало наличие ряда симптомов (табл. 3).

Таблица 2

Частота жалоб, указывающих на поражение органов ЖКТ у мужчин и женщин

Жалобы	Мужчины (n = 68)		Женщины (n = 35)	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Боли в около пупочной области	30	44,2	20	57,1
Чувство вздутия живота, урчание, переливание в животе	64	94,1	35	100
Диспепсический синдром (частый кашицеобразный стул, полифекалия, запоры)	61	89,7	32	91,4
Позывы к дефекации сразу после еды	32	47	18	51,4
Обострение псориаза после приема острой, жирной, сладкой пищи, переедании	43	63,2	30	85,7
Лизентерия, стеаторея, креаторея, амилорея	32	47	31	88,5
Снижение массы тела	24	35,2	13	37,1
Слабость, снижение работоспособности	48	70,5	26	74,2

Таблица 3

Данные объективного исследования органов ЖКТ у мужчин и женщин

Симптомы	Мужчины (n = 68)		Женщины (n = 35)	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Обложенность языка	56	82,3	30	86
Вздутие живота	18	26,4	11	31,4
Болезненность при пальпации: в около пупочной области	43	63,2	27	77,1
в эпигастрии по ходу толстого кишечника	31	45,5	18	51,4
	25	36,7	16	45,7
Дефицит массы тела	24	35,2	15	42,8

Оценивались показатели лабораторных исследований: развернутый, биохимический анализы крови, в первую очередь показатели гемоглобина, холестерина, липопротеидов, белка; анализы мочи, учитывались данные объективного осмотра: пальпация живота, симптомы Поргеса, Штернберга; данные дополнительных инструментальных методов исследования: УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Изучение кожного статуса включало в себя визуальную оценку псориазических высыпаний, их распространенность, интенсивность, локализацию, характер поражения придатков кожи. Для клинической оценки состояния кожи использовался международный индекс охвата и тяжести псориаза PASI [10,11,15]. Отмечалось наличие суставного синдрома.

Диагноз псориаза выставлялся по клиническим формам, стадиям, с учетом сезонности обострений. Верификация диагноза проводилась в строгом соответствии с международными требованиями — индексу PASI.

Всем больным определяли уровень всасывания в тонком кишечнике. Исследование состояния всасывательной

функции тонкого кишечника оценивалось по показателям теста с Д-ксилозой.

Тест с Д-ксилозой является одним из наиболее надежных и точных методов исследования кишечного всасывания, позволяющий судить о состоянии процессов всасывания. Проба проста, она основана на сравнительно несложном методе определения ксилозы в моче после нагрузки этим моносахаридом. Абсорбция Д-ксилозы не зависит от генетических факторов. [3,4,6,12,13].

Всем больным определяли всасывательную активность тонкого кишечника с помощью 5-граммового варианта теста с Д-ксилозой [6,12].

Описание качественных признаков представлено в виде абсолютных величин, процентных долей и стандартной ошибки доли ($P \pm m$).

Соответствие выборок закону нормального распределения определялось по методу Колмогорова-Смирнова с поправкой Лилиефорса. При проведении статистической обработки вычислялись средняя арифметическая (M), стандартная ошибка средней арифметической (m). В случае отклонения выборок от нормального распределения в сравнительном анализе использовали критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Тест с Д-ксилозой проведен у 123 человек, из них 20 практически здоровые лица — они составили контрольную группу — для определения нормативов пробы и 103 человека — больные различными формами псориаза (табл. 4)

Таблица 4

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

Группа обследованных	Число обследованных	Пределы колебаний (граммы)	$M \pm m$	Норма колебаний (граммы)
Группа здоровых лиц	20	1,43 – 2,7	$1,7 \pm 0,07$	1,4 – 2,5
Группа лиц больных псориазом	103	0,57 – 1,34	$1,0 \pm 0,01$	

У всех обследованных больных псориазом было выявлено снижение всасывания Д-ксилозы по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствует о наличии синдрома мальабсорбции (СМ).

У всех больных установлен распространенный кожный процесс и прогрессирующая стадия заболевания, у большинства — вульгарный псориаз, псориаз с поражением придатков кожи, семейный псориаз (табл. 5).

В группе мужчин и в группе женщин было распределение на подгруппы с отличиями по тяжести течения, обусловленной формами псориаза. С легким течением псориаза больных не было. Подгруппа со средней степенью тяжести заболевания (ССТТ) соответствовала вульгарной форме псориаза, подгруппа с тяжелой степенью течения (ТСТ) — экссудативной, артропатической форме, эритродермии.

Таблица 5

Характеристика больных по клиническому течению псориаза в зависимости от пола ($P \pm m$)

Клинические формы	Мужчины (n=68)	Женщины (n=35)
	Количество больных (%)	Количество больных (%)
Вульгарный	71 ± 6	71 ± 7,6
Экссудативный	7 ± 3,6	11 ± 5,3
Артродатический	13 ± 4,1	11 ± 5,3
Эритродермия	6 ± 2,8	6 ± 3,9
Прогрессирующая стадия	100 - 1,4	100-2,6
Стационарная стадия	0 + 1,4	0 + 2,6
Псориаз с поражением ногтевых пластинок	51 ± 6,1	51 ± 8,5
Семейный псориаз	35 ± 5,8	31 ± 7,8

В группе мужчин подгруппа со средней степенью тяжести псориаза составила 48 человек. Средний показатель индекса PASI — 28,2 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 1,0 г.

Подгруппа с тяжелым течением составила 20 человек. Средний показатель индекса PASI — 40,2 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 0,9 г.

В группе женщин подгруппа со средней степенью тяжести псориаза составила 25 человек. Средний показатель индекса PASI — 31,7 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 0,97 г.

Подгруппа с тяжелым течением составила 10 человек. Средний показатель индекса PASI — 43,8 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 0,86 г.

Сравнивались средние показатели индекса PASI и синдрома мальабсорбции у больных с клиническими симптомами поражения кишечника (КСПК) и у больных без данных симптомов.

В группе мужчин подгруппа с клиническими симптомами поражения кишечника составила 54 человека. Средний показатель индекса PASI — 28,4 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 0,96 г.

Подгруппа без симптомов поражения кишечника составила 14 человек. Средний показатель индекса PASI — 17,8 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 1,12 г.

В группе женщин подгруппа с клиническими симптомами поражения кишечника составила 28 человек. Средний показатель индекса PASI — 32,2 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 0,91 г.

Подгруппа без симптомов поражения кишечника составила 7 человек. Средний показатель индекса PASI — 21 балла. Средний показатель синдрома мальабсорбции составил 1,02 г.

Результаты сравнения показателей индекса PASI и синдрома мальабсорбции у мужчин и женщин представлены в табл. 6.

Таблица 6

Показатели индекса PASI и синдрома мальабсорбции у мужчин и женщин в зависимости от тяжести псориаза, наличия клинических симптомов поражения кишечника

Группы больных		PASI (баллы)	СМ (граммы)	PASI (баллы)	СМ (граммы)
ССТТ			ТСТ		
Мужчины	1	27,2 ± 1,58 (n = 48)	1,05 ± 0,02 (n = 48)	39,2 ± 1,87 (n = 20)	0,95 ± 0,03 (n = 20)
Женщины	2	32,7 ± 1,87 (n = 25)	0,96 ± 0,03 (n = 25)	45,8 ± 1,89 (n = 10)	0,85 ± 0,03 (n = 10)
Критерий Манна-Уитни		P1,2 = 0,036	P1,2 = 0,013	P1,2 = 0,035	P1,2 = 0,045
Без КСПК			С наличием КСПК		
Мужчины	1	17,8 ± 1,85 (n = 14)	1,12 ± 0,02 (n = 14)	28,4 ± 1,55 (n = 54)	0,96 ± 0,02 (n = 54)
Женщины	2	24 ± 1,85 (n = 7)	1,02 ± 0,03 (n = 7)	34,2 ± 1,87 (n = 28)	0,88 ± 0,03 (n = 28)
Критерий Манна-Уитни		P1,2 = 0,048	P1,2 = 0,01	P1,2 = 0,025	P1,2 = 0,026

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- синдром мальабсорбции различной степени выраженности выявляется, как у мужчин, так и у женщин. С развитием нарушенного всасывания в тонкой кишке возникают местные (диспепсия) и общие (дефицит массы тела, слабость) проявления энтерального синдрома. У женщин проявления энтерального синдрома наблюдалось чаще, чем у мужчин;
- выраженность синдрома мальабсорбции выше у женщин, чем у мужчин;
- патологический процесс на коже тяжелее протекает у женщин, чем у мужчин и зависит от наличия клинических симптомов поражения кишечника, достоверно отличаясь от показателей больных, у которых данные симптомы отсутствуют.

GENDER SPECIFIC FEATURES OF PSORIASIS IN DISTURBANCE OF SMALL INTESTINE ABSORPTIVE FUNCTION

Yu. A. Zgura, E. I. Harkov, L. A. Shapiro
Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky

Abstract. It is presented the analysis of gender-specific course of psoriasis in patients with malabsorption syndrome. The disease is more severe in women, it was manifested by the larger number of complaints pointing to the defeat of the intestine, the presence of intestinal lesions symptoms, higher rates of PASI scores, and low indices of the small intestine absorptive function.

Key words: gender specific features, psoriasis, malabsorption syndrome.

Литература

1. Бакулев А.А., Шагова Ю.В., Козлова И.В. Псориаз как системная патология // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2008. — Т. 4, № 1. — С. 14-20.

2. Ерёмин Т.А., Позднякова О.Н. Хронические дерматозы, ассоциированные с синдромом мальабсорбции // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 1. — http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=590
3. Зилва Д.Ф., Пеннелл П.Р. Клиническая химия в диагностике и лечении / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1988. — 527 с.
4. Златкина А.Р. Диагностика и лечение болезней тонкой кишки // Врач. — 2002. — № 7. — С. 30-31.
5. Иванов О. Л., Новоселов А. В., Новоселов В. С. Кожный синдром в практике гастроэнтеролога поликлиники // Терапевтический архив. — 2009. — № 1. — С. 25-29.
6. Ивашкина В. Т., Лапина Т. Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 704 с.
7. Карпов В. В., Исламов В. Г., Киянская Е. С. и др. Поражения кожи при неспецифических воспалительных заболеваниях кишечника // Клиническая дерматология и венерология. — 2010. — № 1. — С. 14-19.
8. Трунев, Д.Б., Дрыжаков А.И. Кожная патология у пациентов гастроэнтерологического отделения // Вестник дерматологии и венерологии. — 2003. — № 2. — С. 21-23.
9. Фалько Е. В., Хышиктуев Б.С. Биохимические аспекты псориазической болезни // Казанский медицинский журнал. — 2009. — Т. 90, № 6. — С. 876-881.
10. Хардинова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. Морфофункциональные изменения желудочно-кишечного тракта при сочетанном течении псориаза и хронического описторхоза // Клиническая медицина. — 2005. — № 1. — С. 43-45.
11. Cohen A.D., Gilutz H., Henkin Y. et al. Psoriasis and the metabolic syndrome // Acta Derm. Venereol. — 2007. — Vol. 87, № 6. — P. 506-509.
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. Farup P.G., Monsbakken K.W., Vandvik P.O. Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. A case-control study // Scand. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 39, № 7. — P. 645-649.
14. Funding A.T., Johansen C., Kragballe K. et al. Mitogen- and stress-activated protein kinase 2 and cyclic AMP response element binding protein are activated in lesional psoriatic epidermis // J. Invest. Dermatol. — 2007. — Vol. 127, № 8. — P. 2012-2019.
15. 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.

Сведения об авторах

Згура Юлия Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: julia.zg@yandex.ru.

Харьков Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: terped@krasgma.ru.

Шатира Людмила Афанасьевна — доцент кафедры медицинской и биологической физики ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2217472; e-mail: medfizika@yandex.ru.

© ЗАКИРХОДЖАЕВ Ш. Я., ПАРПИБАЕВА Д. А., КАРИМОВА Д. А.

УДК: 616.12-008.331.3-085

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Ш. Я. Закирходжаев, Д. А. Парпибаева, Д. А. Каримова

Ташкентская медицинская академия Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, ректор — академик Ш. И. Каримов; кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, зав. — д. м. н., проф. Ж. Я. Закирходжаев.

Резюме. Обследовано 44 больных, возраст больных в среднем составляет от 33,5 до 36,1 лет, с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в сочетании с хроническим гепатитом В (ХГВ) в период обострения — 24 больных, с диагнозом ЯБДПК в период обострения — 20 больных и контрольная группа — 20 здоровых доноров. Изучено состояние микроциркуляторного русла и тканевых структур двенадцатиперстной кишки (ДПК) при её язвенном поражении в сочетании с хроническим гепатитом В и учетом состояния иммунного статуса. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронического гепатита В, отмечаются более глубокие нарушения, иммунного статуса, показателей морфометрии слизистой оболочки ДПК, микроциркуляции, что истощает адаптивные возможности органа и способствует развитию выраженных тканевых деструкций.

Ключевые слова: микроциркуляторное русло, иммунный статус, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит В.