

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ И ПСОРИАЗ: СПОСОБ КОРРЕКЦИИ

Е.И. Харьков, Ю.А. Ширяева, Д.С. Терешина

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. — д.м.н., проф. Е.И. Харьков)

Резюме. Проведено обследование 103 больных различными клиническими формами псориаза в сочетании с синдромом мальабсорбции. Установлена прямая корреляционная зависимость между выраженностью синдрома мальабсорбции и тяжестью течения псориаза. Показано, что включение магнито-инфракрасно-лазерной терапии в комплексное лечение псориаза улучшает результаты лечения.

Ключевые слова. Синдром мальабсорбции, псориаз, магнито-инфракрасно-лазерная терапия.

В исследованиях многих авторов [5,6,8,10] подчеркивается взаимосвязь между заболеваниями кожи и состоянием желудочно-кишечного тракта, в частности при таком хроническом дерматозе, как псориаз. Последний является одним из частых и упорно протекающих кожных заболеваний, этиология и патогенез которого до конца не изучены.

Многие авторы [1,2,3,4,7,9,11] рассматривают в качестве одной из причин возникновения псориаза состояние тонкой кишки.

Данные литературы о всасывательной функции тонкого кишечника у больных псориазом противоречивы.

В связи с недостаточным освещением состояния всасывательной функции тонкого кишечника при псориазе, мы сочли целесообразным выявить частоту наличия нарушенного кишечного всасывания (синдрома мальабсорбции) у больных различными клиническими формами псориаза, зависимость тяжести течения псориаза от выраженности синдрома мальабсорбции (СМ), оценить влияние дополнительных методов лечения на течение псориаза и всасывательную функцию тонкого кишечника.

Материалы и методы

Для достижения цели и решения поставленных задач в исследование было включено 103 больных с различными клиническими формами псориаза.

Для клинической оценки состояния кожи использовался международный индекс площади и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Отмечалось наличие суставного синдрома [11]. Всем больным определяли уровень всасывания в тонком кишечнике. Оценку всасывательной функции тонкой кишки проводили с помощью D-ксилозного теста [8].

Синдром мальабсорбции у больных до лечения диагностировался в 100% случаев. Все больные с различными клиническими формами псориаза и наличием синдрома мальабсорбции были рандомизированы методом случайной выборки на три группы. Первую группу составили 40 больных, получавших традиционное лечение: медикаментозная терапия одновременно с коррекцией нарушенного кишечного всасывания, физиолечение в виде селективной фототерапии (СФТ-терапии) с воздействием на кожные покровы. Во вторую группу входило 43 больных, принимавших комплексное лечение: традиционная терапия и магнито-инфракрасно-лазерная терапия (МИЛ-терапия) с воздействием

на функцию тонкого кишечника. Третью группу составили 20 больных, прошедших традиционное лечение и МИЛ-терапию (плацебо). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническому течению, длительности псориаза (табл. 1, 2).

Таблица 1

Сравнительная характеристика больных по полу, возрасту, длительности течения псориаза

Характеристика больных	Поло-возрастные показатели в исследуемых группах		
	I (n=40)	II (n=43)	III (n=20)
Средний возраст, лет, M±m	43,2 ± 2,64	41,7 ± 2,14	42,4 ± 2,88
Пол	M — 25	M — 31	M — 12
	Ж — 15	Ж — 12	Ж — 8
Длительность псориаза, лет, M±m	14,1 ± 2,34	15,7 ± 2,49	15,2 ± 2,51

Примечание: между группами I — II — $p > 0,1$; I — III — $p > 0,1$; II — III — $p > 0,1$.

У всех больных установлен распространенный кожный процесс.

Таблица 2

Сравнительная характеристика больных трех групп по клиническому течению псориаза

Клинические формы	Удельная структура клинических форм псориаза в группах					
	I (n=40)		II (n=43)		III (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
Вульгарный	29	72,5	30	70,0	14	70,0
Экссудативный	3	7,5	64	14,0	23	10,0
Артропатический	6	15,0	3	9,0	1	5,0
Эритродермия	2	5,0		7,0		
Стадии:						
прогрессирующая	40	100,0	43	100,0	20	100,0
стационарная	0	0	0	0	0	0
Псориаз с поражением ногтевых пластинок	17	42,5	25	58,0	11	55,0
Семейный псориаз	11	27,5	17	39,5	7	35,0

Примечание: между группами I — II — $p > 0,1$; I — III — $p > 0,1$; II — III — $p > 0,1$.

Каждая из трех групп была разделена на подгруппы, отличающиеся по тяжести течения, обостренной формой заболевания. Подгруппа

пациентов на средней степени тяжести течения соответствовала вульгарной форме псориаза, а подгруппа с тяжелым течением заболевания — экссудативной, артропатической и эритродермической формам. Больных с легким течением псориаза не было.

Результаты и обсуждение

В группе I подгруппа со средней степенью тяжести течения (ССТТ) псориаза составила 29 (73%) больных, средний показатель индекса PASI — 30,2 балла, средний показатель СМ составил 1,1 грамма. Подгруппа обследованных с тяжелой степенью течения (ТСТ) — 11 (27%) больных, PASI — 43 балла, средний показатель СМ — 0,92 г.

В группе 2 подгруппа со ССТТ псориаза составила 30 (70%) больных, PASI — 33,3 балла, средний показатель СМ — 1,0 г. Подгруппа с ТСТ — 13 (30%) больных, PASI — 44,8 балла, средний показатель СМ — 0,87 г.

В группе 3 подгруппа со ССТТ псориаза включала 14 (70%) больных, PASI — 31,6 балла, средний показатель СМ — 1,0 г. Подгруппа с ТСТ — 6 (30%) больных, PASI — 43,7 балла, средний показатель СМ — 0,88 г.

Сравнивались средние показатели индекса PASI и СМ у больных с клиническими симптомами поражения кишечника (КСПК) и у больных без этих симптомов.

В группе I количество больных с КСПК составило 30 (75%) человек — средний показатель индекса PASI — 28,85 балла, средний показатель СМ — 0,97 г, без КСПК — 10 (25%) человек — индекс PASI — 19,7 балла, показатель СМ — 1,14 г.

В группе 2 количество больных с КСПК было 36 (84%) человек — средний показатель индекса PASI — 35,9 балла, показатель СМ — 0,94 г, без КСПК — 7 (16%) человек — индекс PASI — 21,8 балла, показатель СМ — 1,1 г.

В группе 3 количество больных с КСПК составляло 16 (80%) человек — средний показатель индекса PASI — 31,8 балла, показатель СМ — 0,98 г, без КСПК — 4 (20%) человек — индекс PASI — 21,3 балла, показатель СМ — 1,12 г.

Проводилась оценка показателей индекса PASI и СМ в зависимости от продолжительности течения псориаза. Больные трех групп были распределены по длительности псориаза каждая на две подгруппы: I-я — длительность псориаза до 10 лет и II-я — более 10 лет.

Таблица 3

Динамика показателей выраженности кожных проявлений больных после лечения

Группа	Улучшение течения псориаза, %		
	На 75% и более	На 50-74%	На менее чем 50%
1 (n=40)	17,5	45,0	37,5
2 (n=43)	37,0	49,0	14,0
3 (n=20)	15,0	40,0	45,0

Примечание: различия между 1 и 2, 2 и 3 группами $p < 0,05$; между 1 и 3 группами значимых различий нет.

В группе 1 (n = 40): I подгруппа (продолжительность псориаза до 10 лет) составила 20 больных, средний показатель СМ — 1,12 г, средний пока-

затель индекса PASI — 29,8 балла; II подгруппа (более 10 лет) — 20 больных, средний показатель СМ — 1,01 г, индекса PASI — 36,9 балла.

В группе 2 (n = 43): I подгруппа включала 19 больных, средний показатель СМ — 1,1 г, индекса PASI — 32,1 балла; II подгруппа — 24 больных, показатель СМ — 0,95 г, индекса PASI — 38,7 балла.

В группе 3 (n = 20): I подгруппа — 8 больных, средний показатель СМ — 1,1 г, показатель индекса PASI — 30,4 балла; II подгруппа — 12 больных, показатель СМ — 0,98 г, индекса PASI — 37,2 балла.

В группе I традиционная терапия заключалась в назначении десенсибилизирующих, гипосенсибилизирующих и антигистаминных средств, препаратов кальция, средств, регулирующих метаболические процессы, гепатопротекторов, витаминов. Проводилась коррекция нарушенного кишечного всасывания.

Процедуры СФТ-терапии назначались больным с 10-го дня медикаментозного лечения, в первой половине дня.

В группе 2 больным, наряду с традиционной терапией, проводились курсы МИЛ-терапии с воздействием на функцию тонкого кишечника. МИЛ-терапия назначалась больным со 2-го дня медикаментозного лечения. Воздействие оказывали (при соответствующих параметрах) на следующие точки: 4-е межреберье слева у края грудины (частота 5 Гц, экспозиция 5 мин); на эпигастрий (1000 Гц, экспозиция 2 мин); пупок (1000 Гц, экспозиция 2 мин); середина расстояния между мечевидным отростком и пупком (1000 Гц, экспозиция 2 мин); правое подреберье (1000 Гц, экспозиция 2 мин); левое подреберье (1000 Гц, экспозиция 2 мин); вдоль позвоночника справа и слева от середины лопаток до верхнего поясничного отдела сканирующим методом (1000 Гц, экспозиция по 2 мин с каждой стороны); курс лечения состоял из 10-12 процедур (патент РФ на изобретение №2281796, кл. А61N5/067, БИИМ №23, 20.08.2006).

Таблица 4

Изменение средних показателей PASI и СМ больных вульгарным псориазом после лечения

Группа	Степень тяжести			
	средняя		тяжелая	
	PASI, баллы	СМ, г	PASI, баллы	СМ, г
1 (n=40)	5,9	1,6	12,0	1,6
2 (n=43)	3,1	1,8	6,8	1,7
3 (n=20)	6,2	1,5	10,7	1,6

Примечание: различия между 1 и 2, 2 и 3 группами $p < 0,05$; между 1 и 3 группами значимых различий нет.

Традиционная терапия с коррекцией нарушенного кишечного всасывания и физиопроцедурами в виде СФТ-терапии были идентичными у больных трех групп.

Таблица 5

Изменение средних показателей PASI и СМ больных вульгарным псориазом после лечения в зависимости от наличия кишечной симптоматики

Группа	Наличие кишечной симптоматики			
	есть		нет	
	PASI, баллы	СМ, г	PASI, баллы	СМ, г
1 (n=40)	12,4	1,5	9,8	1,6
2 (n=43)	7,6	1,7	4,3	1,8
3 (n=20)	13,2	1,5	10,4	1,5

Примечание: различия между 1 и 2, 2 и 3 группами $p < 0,05$; между 1 и 3 группами значимых различий нет.

После окончания курсов лечения больных трех групп проводилась сравнительная оценка результатов традиционного, комплексного лечения с применением МИЛ-терапии и лечения с применением МИЛ-терапии в виде плацебо. Результаты лечения сравнивались по тем же показателям, что и до лечения — показатели индекса PASI и показатели теста СМ (с D-ксилозой), и в зависимости от тех же параметров, что и до лечения. Большой процент больных с более выраженной положительной динамикой кожного процесса наблюдался в группе 2 (табл. 3). Индекс охвата и тяжести псориаза PASI достоверно ниже у больных вульгарным псориазом группы 2 (3,0) в сравнении с больными вульгарным псориазом групп 1 (5,9) и 3 (6,2). Показатель всасывательной функции тонкого кишечника достоверно выше у больных вульгарным псориазом группы 2 в сравнении с больными групп 1 (1,6) и 3 (1,5). Индекс PASI достоверно ниже, а показатель СМ достоверно выше у больных со средней и тяжелой степенями тяжести псориаза в группе 2, по сравнению с больными групп 1 и 3 (табл. 4). Индекс PASI достоверно ниже, а показатель СМ достоверно выше у больных с клиническими симптомами поражения кишечника и больных без данных симптомов в группе 2, по сравнению с больными групп 1 и 3 (табл. 5). Показатель СМ достоверно

выше, а индекс PASI достоверно ниже у больных 1 и 2 подгрупп в группе 2, по сравнению с больными групп 1 и 3 (табл. 6).

Таблица 6

Изменение средних показателей PASI и СМ больных вульгарным псориазом после лечения в зависимости от наличия кишечной симптоматики

Группа	Наличие кишечной симптоматики			
	есть		нет	
	PASI, баллы	СМ, г	PASI, баллы	СМ, г
1 (n=40)	13,6	1,6	16,1	1,4
2 (n=43)	10,3	1,9	11,5	1,7
3 (n=20)	14,2	1,6	15,4	1,5

Примечание: различия между 1 и 2, 2 и 3 группами $p < 0,05$; между 1 и 3 группами значимых различий нет.

Таким образом, сопоставляя показатели теста с D-ксилозой и индекса PASI, можно сделать вывод: чем тяжелее клинический процесс псориаза, тем более выражено нарушение всасывания D-ксилозы в тонком кишечнике. С увеличением длительности течения псориаза наблюдалось более тяжелое течение кожного процесса, более выраженное нарушение всасывания в тонком кишечнике. Включение МИЛ-терапии в комплексное лечение псориаза является эффективным, безопасным и доступным способом терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айязтулов Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни // Вестн. дерматол. — 2001. — №1. — С.41-43.
2. Белоусова Е.П. Патогенез и лечение воспалительных заболеваний кишечника: современные представления // Врач. — 2000. — №3. — С.14-17.
3. Белоусова Е.П. Терапия воспалительных заболеваний кишечника: настоящее и будущее // Врач. — 2002. — №2. — С.36-39.
4. Боголюбов В.М., Улащик В.С. Комбинирование и сочетание лечебных физических факторов // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. — 2004. — №5. — С.39-46.
5. Воронцова Е.М., Машков О.А. Влияние энтеросорбции на течение псориаза // Терапевт. архив. — 1991. — Т. 63, №2. — С. 82-84.
6. Глезер Г.А., Кольгуненко И.И., Москаленко

Н.П. и др. Об изменениях кожи при некоторых заболеваниях внутренних органов // Вестн. дерматол. — 1980. — № 9. — С. 35-38.

7. Довганюк А.П. О лазеротерапии // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. — 2003. — № 1. — С. 55-56.

8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Клиника, диагностика и лечение синдрома мальабсорбции // Клин. мед. — 2000. — № 8. — С. 27-31.

9. Трофимова И.Б., Костянова Е.Н., Коралкин А.В. Некоторые аспекты патогенеза и лечения псориаза // Вестн. дерматол. — 2004. — № 6. — С. 33-35.

10. Трунев Д.Б., Дрыжаков А.И. Кожная патология у пациентов гастроэнтерологического отделения // Вестн. дерматол. — 2003. — №2. — С.21-23.

11. Cather J., Menter A. Novel therapies for psoriasis // Am. J. Clin. Dermatol. — 2002. — Vol.3, №3. — P.159-173.

MALABSORPTION SYNDROME AND PSORIASIS: THE METHOD OF CORRECTION

E.I. Harkov, Yu.A. Shiryayeva, D.S. Teryoshina
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

103 patients with different clinical forms of psoriasis in combination with malabsorption syndrome were examined. The direct correlated dependance between intensity of malabsorption syndrome and severity of psoriasis was revealed. It has been defined that magnetolaser therapy in a complex treatment of psoriasis improves treatment results.