

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Е.И. Харьков, Ю.А. Ширяева

Красноярская государственная медицинская академия

Резюме. Проводилось исследование состояния всасывательной функции тонкого кишечника у 40 больных псориазом. Выявлено, что у больных псориазом нарушено кишечное всасывание углеводов у 100% обследованных, выявленные нарушения процессов всасывания в тонкой кишке коррелируют с тяжестью течения кожного процесса. Наиболее выраженный характер этих нарушений приходится на тяжелое течение псориаза, достоверно отличаясь от показателей при средней степени тяжести течения данного дерматоза. Прослеживается взаимосвязь нарастания нарушений процессов всасывания при нарастании длительности псориаза, что подтверждает ухудшение абсорбционной функции тонкой кишки с увеличением длительности псориаза.

The resume. The examination of intestinal absorption function state in small intestine in 40 patients with psoriasis was done. We revealed that patients with psoriasis had malabsorption of carbohydrates (100%). These disorders in intestine absorption are correlated with severity of skin process. They are acute in severe clinical course of psoriasis and differ from indices in medium form of this dermatosis. The correlation of malabsorption disorders with prolonged psoriasis was revealed. It confirms absorption function deterioration of small intestine in prolonged psoriasis.

Актуальность проблемы псориаза обусловлена его распространенностью, длительностью течения, склонностью к рецидивированию. Несмотря на широкую распространенность псориаза, до сих пор не сложилось однозначных представлений о патогенезе этого дерматоза. По данным литературы, большое значение имеет зависимость некоторых дерматозов от поражения органов желудочно-кишечного тракта [6, 8, 9].

Проблема взаимосвязи заболевания кожи и органов пищеварения постоянно привлекает внимание как дерматологов, так и терапевтов. Однако до настоящего времени механизм этой взаимосвязи во многом неясен. Нет единого мнения относительно того, какой орган пищеварения является наиболее ответственным за возникновение и развитие дерматозов [6, 7].

По современным данным, патологические изменения тонкой кишки являются наиболее частой причиной возникновения дерматозов. В тонкой кишке часто нарушается всасывание пищевых веществ. 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 [1, 3].

Целью исследования явилась оценка зависимости клинических проявлений и тяжести течения псориаза от

частоты встречаемости мальабсорбционного синдрома и его выраженности.

Обследование больных было комплексным, включающим клинические и лабораторные методы исследования. Всем больным тяжесть псориаза определяли по балльной системе индекса PASI и одновременно исследовали кишечное всасывание с помощью теста с Д-ксилозой.

Исследования осуществляли следующим образом: больному высчитывали индекс охвата и тяжести псориаза, используя международный индекс PASI (приложение Н-3 к изданию книги Д. Пегано «Лечение псориаза — естественный путь») и определяли всасывание в тонком кишечнике с помощью теста с Д-ксилозой [2, 4, 5, 10].

Обследовано 40 больных: 25 мужчин, 15 женщин. Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Средний возраст мужчин составил 44,2 года, женщин — 38 лет. Средняя продолжительность заболевания псориазом составила 14,1 года.

Вульгарный псориаз был выявлен у 29 (72,5%) больных, экссудативный — у 3 (7,5%), экссудативный псориаз с поражением суставов — у 1 (2,5%), артропатический псориаз — у 5 (12,5%), псориагическая эритродермия — у 2 (5%). У всех больных установлен распространенный кожный процесс. Первоначально все больные имели прогрессирующую стадию псориаза. Поражение ногтей пластинок наблюдалось у 17 (42,5%) больных. Семейный псориаз отмечен у 11 (27,5%) больных.

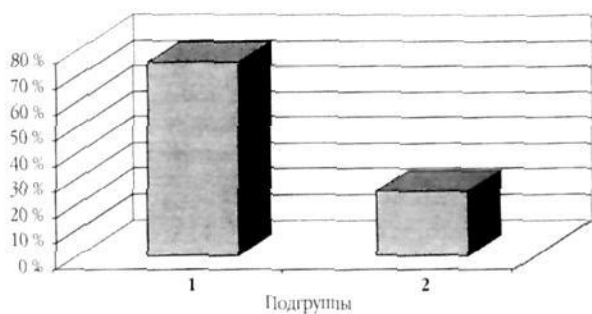


Рисунок 1. Процентное соотношение больных: подгруппа 1 – больные с признаками поражения кишечника (75%), подгруппа 2 – больные без признаков поражения кишечника (25%).

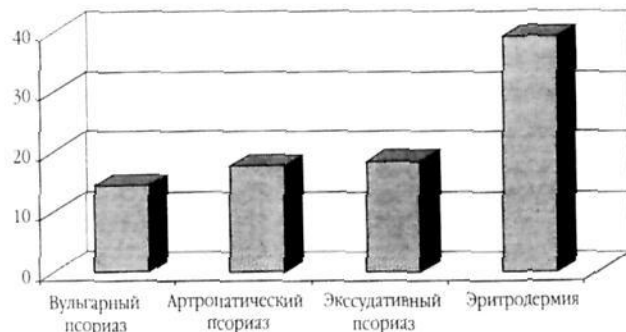


Рисунок 2. Средний показатель индекса PASI в зависимости от клинической формы псориаза.

Таблица 1

Данные объективного исследования органов ЖКТ

Симптомы	Количество человек
Обложенность языка	26 (86,6%)
Вздутие живота	8 (26,6%)
Болезненность при пальпации:	
– в околопупочной области	19 (63,3%)
– в эпигастрии	14 (46,6%)
– по ходу толстого кишечника	11 (36,6%)
Дефицит массы тела	9 (30%)

Таблица 2

Зависимость степени выраженности нарушенного кишечного всасывания от мочевой экскреции с Д-ксилозой

Показатели мочевой экскреции Д-ксилозы	Степень выраженности нарушенного всасывания в тонком кишечнике
От 1,1 до 1,4 г	Легкая
От 0,8 до 1,1 г	Средняя
До 0,8 г	Тяжелая

Осенне-зимний тип псориаза определен у 4 (10%) больных, смешанный – у 29 (72,5%), весенне-летний не был выявлен. Установить тип псориаза не удалось у 7 (17,5%) больных, так как проявления заболевания появились впервые. В зависимости от длительности псориаза больные были разделены на две группы: до 10 лет – 20 больных и более 10 лет – 20.

У части больных в результате опроса и осмотра выявлена симптоматика, характерная для поражения органов желудочно-кишечного тракта (рис. 1).

Клинические признаки поражения кишечника встречались у большинства больных – 30 (75%) человек, что выражалось жалобами на болезненность в околопупочной области – у 13 (43,3%); чувство вздутия, урчания в животе

– у 28 (93,3%); частый жидкий стул, полифекалии, запоры – у 28 (93,3%); позывы к дефекации сразу после еды – у 14 (46,6%); обострение псориаза после приема острой, жирной, сладкой пищи, переедании – у 19 (63,3%); лиантеррея, стеаторея, креаторея, амилорея – у 14 (46,6%); снижение массы тела – у 9 (30%); слабость, снижение работоспособности – у 22 (73,3%) больных. При объективном осмотре на вовлечение в патологический процесс кишечника выявлены специфические симптомы (табл. 1).

Результаты и обсуждение. У больных с диагнозом вульгарный псориаз средний показатель индекса PASI до лечения составил 14,3 балла; экссудативный псориаз – 18,4; артропатический – 17,6; эритродермия – 39,1 балла (рис. 2). У 100% больных до лечения диагностировался синдром мальабсорбции (нарушенное кишечное всасывание). По выраженности синдром мальабсорбции условно был разделен на степени тяжести (табл. 2).

При сравнительной оценке показателей синдрома мальабсорбции в зависимости от клинической формы псориаза выявлено их достоверное различие (табл. 3).

Группа была разделена на подгруппы с отличиями по тяжести, обусловленной формами псориаза. С легким течением псориаза больных не было. Подгруппа со средней тяжестью течения соответствовала вульгарной форме псориаза и составила 29 (72,5%) человек, подгруппа с тяжелым течением – экссудативной, артропатической, эритродермии – 11 (27,5%) человек.

У больных со средней тяжестью течения псориаза средний показатель индекса PASI составил 14,3 балла, средний показатель синдрома мальабсорбции составил 1,2 г. У больных с тяжелым течением средний показатель индекса PASI – 21,3 балла, средний показатель синдрома мальабсорбции – 1,0 г (рис. 3).

Сравнивались показатели всасывательной функции тонкой кишки у больных с клиническими симптомами поражения тонкого кишечника и у больных без этих симптомов, анализировались также показатели абсорбции у больных с дефицитом массы тела и у больных с нормальным весом (табл. 4).

Проводилась оценка процессов всасывания в зависимости от продолжительности течения псориаза. Как отмечалось ранее, больные были разделены на две подгруп-

Таблица 3

Средние показатели индекса PASI и средние показатели всасывания в зависимости от клинической формы псориаза до лечения

Клинические формы псориаза	Средний показатель индекса PASI, баллы	Средний показатель синдрома мальабсорбции, г
Вульгарный	14,3	1,2
Экссудативный	18,4	1,0
Артропатический	17,6	1,0
Эритродермия	39,1	0,78

Таблица 4

Показатели всасывательной функции тонкой кишки у больных с клиническими симптомами поражения тонкого кишечника и у больных без симптомов поражения тонкого кишечника

Клинические варианты	Количество больных	Средние показатели экскреции Д-ксилозы с мочой в г за 5 часов
Больные с клиническими симптомами поражения кишечника	30	1,0
Больные без клинических симптомов поражения кишечника	10	1,2
Больные с дефицитом массы тела	14	0,9
Больные с нормальной массой тела	26	1,3

Таблица 5

Степень нарушения всасывания в зависимости от длительности псориаза

Показатель экскреции Д-ксилозы (г/5 часов)	Количество больных в I подгруппе	Количество больных во II подгруппе
Более 1,1	14 (70%)	9 (45%)
От 0,8 до 1,1	2 (10%)	4 (20%)
До 0,8	4 (20%)	7 (35%)

пы: I подгруппа — продолжительность псориаза до 10 лет, составила 20 человек, II подгруппа — более 10 лет — 20 человек (табл. 5).

Следует отметить, что у больных I подгруппы средний показатель синдрома мальабсорбции составил 1,2 г, средний показатель индекса PASI — 12,9 балла. У больных II подгруппы средний показатель синдрома мальабсорбции — 1,1 г, средний показатель индекса PASI — 19,4 балла.

Таким образом, у всех больных до лечения диагностировался синдром мальабсорбции. Выявленные нару-



Рисунок 3. Зависимость среднего показателя индекса PASI и среднего показателя синдрома мальабсорбции от тяжести течения псориаза: группа 1 — средняя степень тяжести, группа 2 — тяжелая степень.

шения процессов всасывания в тонкой кишке коррелируют с тяжестью течения кожного процесса. Наиболее выраженный характер этих нарушений приходится на тяжелое течение псориаза, достоверно отличаясь от показателей при средней степени тяжести течения данного дерматоза. Прослеживается взаимосвязь нарастания нарушений процессов всасывания при нарастании длительности псориаза, что подтверждает ухудшение абсорбционной функции тонкой кишки с увеличением длительности псориаза.

Литература

1. Воронцова Е.М., Машков О.А. Влияние энтеросорбции на течение псориаза // Тер. архив. — 1991. — Т. 63, № 2. — С. 82-84
2. Зилва Д.Ф., Пэннелл П.Р. Клиническая химия в диагностике и лечении. — М.: Медицина, 1988. — 527 с.
3. Ивашкин В.Т., Султанов В.К. Пропедевтика внутренних болезней. — СПб.: Питер, 2000. — 383 с.
4. Ивашкин В.Т., Шентулин А.А. Клиника, диагностика и лечение синдрома мальабсорбции // Клин. мед. — 2000. — № 8. — С. 27-31.
5. Рукша Т.Г. Апоптоз кератиноцитов и экспрессия периферических бензодиазепиновых рецепторов у больных псориазом в зависимости от длительности заболевания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2003. — 28 с.
6. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. — М.: Трида-Х, 2000. — 657 с.
7. Трофимова И.Б., Состянова Е.Н., Коралкин А.В. Некоторые аспекты патогенеза и лечения псориаза // Вестн. дерматол. — 2004. — № 6. — С. 33-35.
8. Хардинова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. Псориаз: кишечное всасывание (особенности при сочетании с описторхозом). — Томск: Изд-во научно-технической литературы, 2000. — 118 с.
9. Хардинова С.А., Белобородова Э.И., Пестерев П.Н. и др. Морфофункциональные изменения тонкой кишки у больных псориазом в сочетании с хроническим описторхозом // Вестн. дерматол. — 2002. — № 6. — С. 36-38.
10. Thaysen E.H., Mullertz S. The d-xylose absorption tolerance test // Acta med. Scand. — 1962. — Vol. 171. — P. 521-529.