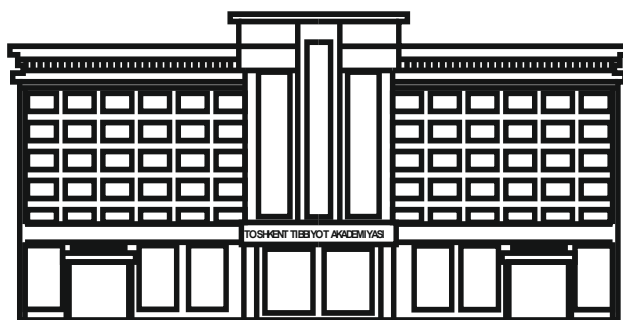


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

Абдуазизова Н.Х., Набиева Д.А., Азизова Ф.Л., Эргашев Ш.Б. РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРОЗА	Abduazizova N.Kh., Nabieva D.A., Azizova F.L., Ergashev Sh.B. THE ROLE OF CHONDROPROTECTOR DRUGS IN THE TREATMENT OF GENERALIZED OSTEOARTHRITIS	8
Abduazizova N.X., Abdullaeva N.X., Samaraxonova Sh.J. HOMILADORLIK DAVRIDA TIZIMLI QIZIL YUGURUK KASALLIGINING KECHISHI VA DAVOLASH TAMOYILLARI	Abduazizova N.Kh., Abdullaeva N.Kh., Samaraxonova Sh.J. FEATURES COURSE AND TREATMENT SYSTEMIC LUPUS ERYTHEIS IN PREGNANCY	12
Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т. ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	Abduazizova N.Kh, Alieva K.K., Solikhov B.M., Zhaksymuratova H.T. LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF BASIC TREATMENT	15
Абдуллаев У. С., Мирахмедова Х.Т. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	Abdullaev U.S., Mirahmedova H.T. STUDY OF THE MAIN PARAMETERS OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL CHANGES IN ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS	18
Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х. CHLAMYDIA TRACHOMATIS БИЛАН БИЛАН БИРГАЛИҚДА КЕЛГАН РЕВМАТОИД АРТРИТИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	Abdurazzakova D.S., Matchanov S.X. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS ASSOCIATED WITH CHLAMYDIA TRACHOMATIS	21
Абдурахманова Н. Мирза-Бахтиярхановна МЕТОДЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	Abdurahmanova N. Mirza-Bakhtiyarkhanovna METHODS OF SECONDARY PREVENTION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS UNDER COVID-19	24
Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Худайбергана Н.Х., Абзалова Д.А. КЛИНИКО- МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ	Azadaeva K.E., Tukhtaeva N.Kh., Khudaiberganova N.Kh., Abzalova D.A. CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE GASTRODUODENAL ZONE WITH ACCOUNT OF DRUGS USED FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH REACTIVE ARTHRITIS	29
Азизова Ф.Л., Солихов М.У., Нормуродов Ф.Т. ПОТРЕБЛЕНИЕ БОГАТОЙ ПУРИНАМИ ПИЩИ, МОЛОКА И БЕЛКА И РИСК ПОДАГРЫ	Azizova F.L., Solikhov M.U., Normurodov F.T. CONSUMPTION OF FOOD RICH IN PURINE, MILK PROTEIN AND THE RISK OF GOUT	32
Дадабаева Н.А., Махмудова М.С., Ахмедова Д.Т. НОВЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ	Dadabayeva N.A., Makhmudova M.S., Akhmedova D.T. NEW PHARMACOLOGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF LARGE JOINTS	37
Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т., Шожалилов Ш.Ш. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	Dadabayeva N.A., Mirahmedova H.T., Shojalilov Sh.Sh. PSORIATIC ARTRITLI BEMORLARDA ICHACNING FUNKTSIONAL XOLATI	40
Джураева Э.Р., Арипова Н.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	Djuraeva E.R., Aripova N.A. CLINICAL SIGNIFICANCE OF SERUM AUTOANTIBODIES IN SYSTEMIC SCLERODERMA	44
Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Ахмедова Ш.Ш. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	Djurayeva E.R., Ganiyeva N.A., Akhmedova Sh.Sh. CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN PATIENTS WITH COVID-19	47

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т., Шожалилов Ш.Ш.

THE FUNCTIONAL STATE OF THE INTESTINE IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Dadabayeva N.A., Mirakhmedova H.T., Shozhalilov Sh.Sh.

PSORIATIK ARTRITLI BEMORLARDA ICHACNING FUNKTSIONAL XOLATI

Dadabayeva N.A., Mirahmedova H.T., Shojalilov Sh.Sh.

Ташкентская медицинская академия,
многопрофильная клиника ТМА

The aim of the study was to study the functional state of the intestine in patients with psoriatic arthritis. Examined 36 patients with psoriatic arthritis, of them 54,3% of women and 45,6% males. All patients were common in rheumatology clinical, laboratory, instrumental examination, ultrasound, x-rays of the hands, feet, pelvis. It was done colonoscopy with biopsy of the intestinal mucoza, intestinal microbiocenosis was studied bacteriologically. According to colonoscopy pathology installed in 35% of cases. In 58,3% of cases of pathological changes in the intestine, revealed only morphological that shows the importance of this method in diagnosing and providing targeted therapies with the defeat of the gastrointestinal tract in patients psoriatic arthritis.

Keywords: psoriatic arthritis, intestines, colonoscopy, morphology

Tadqiqotning maqsadi PA bilan og'riqan bemorlarda ichakning funksional holatini o'rganish edi. Psoriatik artrit bilan og'riqan 36 bemor tekshirildi, shu jumladan 54,3% ayollar va 45,6% erkaklar. Barcha bemorlar revmatologiya, ultratovush, qo'llar, oyoqlar va tos a'zolarining rentgenografiyasida umumiy qabul qilingan klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvdan o'tdilar. Ichak shilliq qavatining biopsiyasi bilan kolonoskopiya o'tkazildi, ichak mikrobiotsenozi bakteriologik usulda o'rganildi. Kolonoskopiya ko'ra, 35% hollarda patologiya aniqlangan. 58,3% hollarda faqat ichakdagi gistomorfologik patologik o'zgarishlar aniqlandi, bu esa PA bilan og'riqan bemorlarda oshqozon-ichak traktining shikastlanishlari uchun diagnostika va maqsadli adekvat terapiyani aniqlashda ushbu usulning ahamiyatini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: psoriatik artrit, ichaklar, kolonoskopiya, morfologiya

ВВЕДЕНИЕ

Роль кишечника в патогенезе всех заболеваний, входящих в группу спондилоартритов, играет огромную роль. Появились новые доказательства в поддержку теории, что измененная синантропная микрофлора является фактором инициации и поддержания хронического воспаления при таких заболеваниях, как псориаз [1].

Несмотря на многолетний опыт изучения заболевания, этиология Пс и ПсА остается неизвестной, недостаточно изучены многие аспекты патогенеза, вызывает затруднение ранняя диагностика и лечение [2]. Причины развития ПсА остаются невыясненными [7]. Среди факторов его формирования выделяют генетические, иммунологические и факторы внешней среды [4].

В реализации иммуногенетических нарушений принимают участие также триггерные факторы. Полагают, что латентная инфекция, локализующаяся в кишечнике, небных миндалинах или псориазических папулах, приводит к хронической стимуляции макрофагов и моноцитов. Эти клетки активно мигрируют в организме и депонируются в коже и суставах. Взаимодействуя с генетически гиперреактивными синовиоцитами и кератиноцитами, они способствуют секреции и освобождению биологически активных субстанций, которые и ответственны за развитие морфологических изменений на ранней стадии ПсА [3]. Хотя ассоциация между кишечным

и суставным воспалением не вызывает сомнений, точная причина ее до конца не известна.

Длительное время рассматривалась гипотеза оси «кишечник – синовия», согласно которой в основе СПА лежат те же иммунопатологические механизмы, которые развиваются в самой кишечной стенке под воздействием внутриклеточных микробов, откуда активированные лейкоциты и микробные антигены могут переноситься под влиянием пока еще неизвестных факторов (homing – рецепторов) в полость суставов, вызывая местное воспаление [5]. Подобная концепция взаимодействия между кишечником и синовией получила название “gut-iteropathy” (iteropathy – переход, ведущий от одной анатомической области к другой) или оси «кишечник – синовия» [6].

У взрослого человека при здоровом образе жизни и сбалансированном питании энтеротип уникален и остается в стабильном состоянии. Роль кишечника в патогенезе всех заболеваний, входящих в группу СПА, приобретает ключевое значение [7]. Выявлены нарушения практически во всех звеньях иммунной системы кишечника, начиная от барьерных функций эпителия и распознавания антигена, передачи сигнала дендритными клетками и сигнальными молекулами, презентации антигена HLA и заканчивая нарушением функционирования моноцитов-макрофагов, Т- и В-лимфоцитов [8]. Механизмы появления измененных микробных со-

обществ (дисбиоза) при СПА до конца не ясны [2]. Важнейшим фактором, определяющим связь между поражением кишечника и суставов, является генетический дефект, приводящий к повышению проницаемости кишечной стенки.

В своей монографии М.Ю. Песляк [9] «Модель патогенеза псориаза», которая представляет собой обзорно-аналитическое исследование результатов экспериментальных и теоретических работ по изучению этиологии и патогенеза псориазической болезни, предполагает решающую роль функционально-структурных нарушений в работе кишечника, выявлении конкретных видов псориазических и артритических микроорганизмов. Имеются единичные работы, посвященные анализу функций кишечника при псориазическом артрите (ПСА). При этом сведения о роли микробной контаминации кишечника в возникновении и течении ПСА далеко не однозначны [10].

Таким образом, согласно современным представлениям, в основе патогенеза ПСА лежит сложное сочетание генетически детерминированных (система HLA, полиморфизм генов цитокинов и др.) и приобретенных (включая эпигенетические) дефектов, «дисбаланс» иммунорегуляторных механизмов, ограничивающих патологическую активацию иммунной системы в ответ на потенциально патогенные факторы внешней среды – инфекции, нарушения микробиома кишечника, курение и др. [7, 2, 13].

Несмотря на большое число работ, посвященных клинической картине ПА, морфофункциональное состояние ЖКТ у больных ПА изучены недостаточно.

Следовательно, исследования, направленные на уточнение роли хронического кишечного воспаления в патогенезе ПА, могут оказаться перспективным для выработки новых терапевтических подходов. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение состояния желудочно-кишечного тракта у больных ПА.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 36 больных с псориазическим артритом, из них 54,3% женщин и 45,6% мужчин, средний возраст $43,6 \pm 11,7$. Длительность псориаза $18,2 \pm 9,54$. Длительность ПА $16,2 \pm 5,1$. Диагноз ПА устанавливался согласно критериям CASPAR 2006 [3]. Всем больным проводилось общепринятое в ревматологии клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗИ, рентгенографию кистей, стоп, таза, шейного и других отделов позвоночника. Проводилось колоноскопия с биопсией слизистой кишечника. Активность ПА оценивали по индексу DAS4, значение которого до 2,4 соответствует низкой степени активности, от 2,4 до 3,7 – умеренной и более 3,7 – высокой. У 36,3% больных установлена низкая степень активности, у 50,7% умеренная, у 13% – высокая. Исходя из классификации больные были разделены по форме ПА: полиартритическая – 37,2%, дистальная – 4%, моноолигоартритическая – 42,2%, спондилоартритическая – 16,6%. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики. Они представлены в виде средней арифметической (М), стан-

дартной ошибки среднейсредней арифметической (м). Достоверность различий оценивали при помощи критерия Стьюдента: различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Жалобы со стороны ЖКТ при целенаправленном опросе предъявляли 65% больных. 43% больных жаловались на боли в правом подреберье, 24% на изжогу, 57% больных горечь во рту по утрам, 35% больных на вздутие и боль в животе, 52% больных на склонность к запорам и диарее. С целью более детального изучения изменений кишечника 36 больным проведено эндоскопическое обследование толстого кишечника (колоноскопия) и 20 больным морфологическое исследование биоптатов толстого кишечника. Степень выраженности воспалительных изменений по данным эндоскопии оценивалась в баллах: 0 – отсутствие изменений; I – слабовыраженный отек, гиперемия слизистой толстого кишечника; II – умеренно выраженный отек, гиперемия и признаки атрофических изменений слизистой толстого кишечника, полипы; III – выраженный отек, гиперемия и признаки атрофии слизистой толстого кишечника, полипы, эрозии, язвы. По данным колоноскопии патология установлена в 35% случаев. Чаще установлено изменения, расцененные в II и III балла. Анализ 20 биоптатов выявил патологические изменения в 56,6%, выраженность гистоморфологических изменений оценивалась так же в баллах (от 0 до III), причем в наиболее тяжелых случаях она характеризовалась: повышением количества слизи выделительных клеток, отеком и полнокровием собственного слоя слизистой, диффузной инфильтрацией фиброцитами, макрофагами, эозинофилами, плазматическими клетками, нарушением архитектоники ворсинок в виде их деформации, с образованием неполных лимфоидных гранул. Сопоставляя данные эндоскопического и патоморфологического исследования установлено, что в 58,3% случаев патологические изменения были выявлены только гистоморфологически, что свидетельствует о важности этого метода в диагностике и проведения целенаправленной адекватной терапии при поражении ЖКТ у больных ПА.

Для выяснения возможной взаимосвязи характера поражения кишечника с особенностями суставного синдрома мы провели сравнительную оценку результатов исследования состояния кишечника. В 1-ю группу вошли 18 больных сакроилеитом III-IV стадии (по Dale) и /или анкилозирующим спондилоартритом. В этой группе было больше больных с эрозивным артритом, полиартритом, анкилозами периферических суставов и тяжелыми вариантами дерматоза. Во 2-ю группу были включены 18 больных без поражения осевого скелета. Группы были сопоставимы по возрасту больных, давности заболевания, рентгенологической стадии. У больных 1-ой группы клинико-морфологическая картина соответствовала синдрому раздраженного кишечника у 16,6% больных, у 83,3% пациентов – хроническому неязвенному колиту. У больных 2-ой группы клини-

ко-морфологическая картина соответствовала синдрому раздраженного кишечника у 66,6% больных, у 33,3% пациентов – хроническому неязвенному колиту. При сравнении групп больных ПА выявлены различия в клинко-морфологической картине поражения кишечника. В I группе она была равно 83,3%, во II группе 33,3% различие между группами статистически значимо ($p < 0,05$). Наиболее выраженная клинко-морфологическая картина наблюдалась у больных 1-ой группы. Клинико-морфологические изменения в кишечнике зависело от поражения осевого скелета и от выраженности сакроилеита.

Анализ состояние кишечника у больных ПА в зависимости от давности заболевания показало, что у больных с давностью заболевания до 1 года не принимавших НПВП изменение слизистой кишечника расценен как эндоскопический, так и патоморфологический - I и II балла. У больных с давностью заболевания от 1 до 5 лет - II балла, у больных с давностью заболевания от 5 и более лет - II и III балла. При ПА отмечен корреляция между хроническим кишечным воспалением и такими показателями активности болезни как боль, припухлость сустава, количеством пораженных суставов уровня СОЭ и С реактивного белка. При изучении степени воспалительной активности у больных 1-ой группы в сравнении с больными 2-ой группы достоверно выше СОЭ ($41,2 \pm 1,1$ и $33,1 \pm 1,5$ мм/ч соответственно; $p < 0,001$) и уровень С-реактивного белка ($2,8 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,1$ $p < 0,001$). Выраженность симптомов кишечной дисфункции и активность воспаления в слизистой оболочке кишечника тесно связаны с тяжестью течения ПА с количеством пораженных суставов, с распространенностью псориаза. Наиболее выраженные изменения кишечника определены у больных со средней и высокой степени активности ПА. Впервые у пациентов с псориазом артрита на основании комплексного обследования изучены морфофункциональное состояние кишечника. Морфологические признаки воспаления со стороны толстого кишечника при ПА было в основном бессимптомным, только при целенаправленном расспросе отмечалось эпизоды запоров, диареи, болей в животе. По данным колоноскопии патология установлена в 35% случаев. В 58,3% случаев патологические изменения в кишечнике были выявлены только гистоморфологически, что свидетельствует о важности этого метода в диагностике и проведения целенаправленной адекватной терапии при поражении ЖКТ у больных ПА. Клинико-морфологическая картина у 41,6% больных соответствовал синдрому раздраженного кишечника, у 58,3% больных – хроническому неязвенному колиту. При ПА отмечено связь между хроническим кишечным воспалением и такими показателями активности болезни, выраженности сакроилеита, поражения позвоночника, уровни СОЭ и СРБ. Динамическое наблюдение за больными со спондилоартритами, включающее повторную илеоколоноскопию с биопсией, показало, что клиническая ремиссия спондилоартрита, сопровождается нормализацией морфологической картины в слизи-

стой оболочке кишечника, в то время как у больных с сохраняющимся кишечным воспалением наблюдается персистенция суставных проявлений [4,12].

При оценке состояния микрофлоры кишечника у больных обнаружены изменения, которые могут быть охарактеризованы как дисбиоз. Дисбиоз отмечался у 82,8% пациентов. У 45% больных ранним ПСА отмечалось уменьшение количества бифидобактерий, у 15% увеличение содержания энтерококков, у 20% выявлено изменение количественного и качественного состава кишечных палочек. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* были выявлены в 10% случаев, *Proteus* spp. – в 7,5%, клостридии – в 2,5%, гемолитическая кишечная палочка – в 7,5%. Условно-патогенные микроорганизмы семейства энтеробактерий (*протей*, *клебсиелла*, *цитробактер*, *энтеробактер* и др.) выявлены у 48,3% больных, условно-патогенные микробы других групп (*золотистый стафилококк*, *дрожжи*, *дрожжеподобные*) – соответственно у 23,3 и 20,0%. Степень ДК возрастала с увеличением активности заболевания. Исследование ДК в зависимости от активности процесса выявило значимые различия. Нормальная микрофлора кишечника обнаружена у 16,7% пациентов с I степенью воспалительной активности. ДК I степени регистрировался у 23,5% пациентов этой группы. При умеренной активности ПСА I степень ДК выявлена у 41,2% пациентов, II и III степени – соответственно у 40,6 и 44,4% ($P < 0,05$). Частота встречаемости ДК у пациентов с высокой активностью достигала 55,6%. Таким образом, чем более был выражен ДК, тем выше активность заболевания. Наблюдается тенденция к нарастанию выраженности ДК при повышении активности ПСА, причем между группами больных с I и III степенью активности это различие было значимым.

Анализ данных литературы, касающихся поражения кишечника при серонегативных спондилоартритах, в частности при ПА немногочисленны. Дальнейшее исследования, направленные на выявление значение хронического кишечного воспаления и уточнение его роли в патогенезе ПА, могут оказаться перспективным для выработки новых терапевтических подходов и профилактики заболеваний.

Выводы. Морфологические признаки воспаления со стороны толстого кишечника при ПА было в основном бессимптомным, только при целенаправленном расспросе отмечалось эпизоды запоров, диареи, болей в животе. По данным колоноскопии патология установлена в 35% случаев. В 58,3% случаев патологические изменения в кишечнике были выявлены только гистоморфологически, что свидетельствует о важности этого метода в диагностике и проведения целенаправленной адекватной терапии при поражении ЖКТ у больных ПА. Дисбиоз кишечника усугубляет клиническое течение ПСА. Выявление значение хронического кишечного воспаления и уточнение его роли в патогенезе ПА, могут оказаться перспективным для выработки новых терапевтических подходов и профилактики заболеваний.

Литература

1. Агабабова Э.Р. Инфекции при спондилоартритах/ спондилоартропатиях// Российская ревматология. -1998.- №1. -С.14-16.
2. Агабабова Э.Р. Спондилоартриты как объект перспективных научных исследований в ревматологии. Избранные лекции по клинической ревматологии. – М.: Медицина. 2005.-182с.
3. Агабабова Э., Румянцев В, Бунчук Н., Кузин А. Серонегативный спондилоартрит при болезни Крона// Врач. -2002.- №9.-С.12-15.
4. Бадюкин В.В. Место и значение инфликсимаба в комплексной терапии псориаза и псориатического артрита// Трудный пациент.- 2016. -№10.-С. 34-40.
5. Вороненко В.А., Гуляев С.В. Хронические воспалительные поражения кишечника и серонегативные спондилоартриты//Научно-практическая ревматология.-2003.-№5.-С.67-69.
6. Espinoza LR, Van Solingen R, Cuellar ML, Angulo J. Insights into the pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis// Am J Med Sci. -2014. Vol.316,-P.271-6.
7. Elewaut D., Granfors K., De Keyser F. et. al. Extra intestinal manifestations of enteropathies: why are the joints involved? // Rheumatology. in.Europe. -2016. -Vol. 26 (1). -P.18-23.
8. Hellivell P, Taylor W. Classification criteria for psoriatic arthritis: results from the CASPAR study. 1th World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference. Stockholm. - 2006; 97.
9. Mielants H., Yeys E.M., Cuvelier C. et. Al. The role of gut inflammation in the pathogenesis of spondyloarthropathies// Acto Clin. Belg., -1996,Vol. 51.-P. 340-349.
10. Mielants H, Yeys EM, Cuvelier C, De Vos M, Goemaere S, De Clercq L, Schatteman L, Gyselbrecht L, Elewaut D J. The evolution of spondyloarthropathies in relation to gut histology. III. Relation between gut and joint// Rheumatology. -1995. Vol.22.-P.2279-84.
11. Ritchlin C.T. The pathogenesis of psoriatic arthritis//Curr Opin. Rheumatol., -2005. Vol.17. P.406-412.
12. Schatteman L, Mielants H, Yeys EM, Cuvelier C, de Vos M, Gyselbrecht L, Elewaut D, Goemaere S. Gut inflammation in psoriatic arthritis: a prospective ileocolonoscopy study//J Rheumatology. -1995.-Vol.22. P.680-83.
13. Yeys E.M., Mielants H. Symposium: Rheumatological manifestation of the enteropathies // Rheumatol/ in Europe. -1997. -Vol.26.1. -P. 4-5.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т., Шожалилов Ш.Ш.

Цель исследования явилось изучить функциональное состояние кишечника у больных ПА. Обследовано 36 больных с псориатическим артритом, из них 54,3% женщин и 45,6% мужчин. Всем больным проводилось общепринятое в ревматологии клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, УЗИ, рентгенографию кистей, стоп, таза. Проводилось колоноскопия с биопсией слизистой кишечника, микробиоценоз кишечника изучали бактериологическим методом. По данным колоноскопии патология установлена в 35% случаев. В 58,3% случаев патологические изменения в кишечнике были выявлены только гистоморфологический, что свидетельствует о важности этого метода в диагностике и проведения целенаправленной адекватной терапии при поражении ЖКТ у больных ПА.

Ключевые слова: псориатический артрит, кишечник, колоноскопия, морфология

