

А.М. Дащук, Е.И. Добржанская, Н.А. Пустовая
Харьковский национальный медицинский университет

Определение нарушений некоторых функций эндокринной системы у больных псориазом

Цель работы — изучение отдельных звеньев эндокринной системы больных псориазом.

Материалы и методы. Уровень кортизола в сыворотке крови больных псориазом определяли стандартным ИФА-набором, соматотропного гормона — с помощью тест-системы Liaison®hGH по методу хемилюминесцентного иммуноанализа.

Результаты и обсуждение. Исследование отдельных звеньев эндокринной системы установило разнонаправленные изменения содержания кортизола и соматотропного гормона у больных псориазом.

Выводы. Нарушения эндокринного звена гомеостаза у больных псориазом требуют разработки методов, направленных на повышение адаптивных возможностей организма.

Ключевые слова

Псориаз, эндокринная система, адаптационный синдром.

Псориаз — одно из самых распространенных рецидивирующих заболеваний кожи. По данным литературы, его удельный вес в общей структуре заболеваний кожи колеблется от 3 до 15 %. Значимость данной патологии обусловлена недостаточной изученностью механизмов развития заболевания, ростом количества больных молодого возраста, частым развитием диссеминированных и резистентных к терапии форм [4]. Зависимость клинического течения псориаза и морфофункционального состояния кожи от воздействия различных факторов окружающей среды, а именно стрессовых, дисфункции гипоталамуса, нарушений метаболизма гормонов периферических желез внутренней секреции у больных, свидетельствуют о нарушении механизмов адаптации [2]. Стрессовые ситуации могут совпадать с негативными экзогенными раздражителями кожи [1]. Многолетнее хроническое течение болезни неблагоприятно влияет на функцию как нервного, так и эндокринного аппаратов [3].

Цель работы — изучение отдельных звеньев эндокринной системы у больных псориазом для оптимизации комплексной терапии.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 120 больных обычным (вульгарным) псориазом в возрасте от

19 до 64 лет. Общеклинические методы исследования предусматривали выяснение жалоб, анамнеза жизни и болезни пациента, объективное исследование кожи. Диагноз ставили на основании результатов клинического исследования больных. Всем больным проведено клинико-лабораторное исследование.

Для определения содержания кортизола с помощью стандартизованного ИФА-набора «Стероид ИФА-кортизол» («Алкор Био», Российская Федерация) на иммуноферментном анализаторе исследовали сыворотку крови. Содержание соматотропного гормона (СТГ) определяли на автоматическом анализаторе Liaison (Италия) с помощью стандартизованной тест-системы Liaison®hGH по методу косвенного двухступенчатого хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA).

Статистический анализ данных осуществляли с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.0 (StatSoft). Для исключения грубых ошибок результатов лабораторных исследований на этапе формирования базы данных в группах как больных, так и контроля проверяли отсутствие выбросов данных с помощью критериев Тьюки и Диксона в зависимости от объема выборки. Все статистические гипотезы (о значимости различий центральных тенден-

Таблица 1. **Содержание гормонов (M ± m) в крови больных псориазом в зависимости от возраста**

Группа	Кортизол, нмоль/л	СТГ, нг/мл
18–30 лет (n = 24)	383,4 ± 16,3*	5,2 ± 0,3
31–50 лет (n = 75)	279 ± 7,8*	3,4 ± 0,6*
51 год и старше (n = 21)	207,9 ± 15,7*	3,1 ± 0,4*
Группа контроля (n = 20)	330,0 ± 13,3	5,4 ± 0,3

Примечание. *Вероятная разница от аналогичного показателя здоровых доноров (p < 0,05).

Таблица 2. **Содержание гормонов (M ± m) в крови больных в зависимости от длительности псориаза**

Группа	Кортизол, нмоль/л	СТГ, нг/мл
1–5 лет (n = 23)	342,8 ± 12,2	4,6 ± 0,4
6–15 лет (n = 62)	289,4 ± 10,3*	3,5 ± 0,2*
16 лет и более (n = 35)	209,8 ± 6,3*	2,9 ± 0,3*
Группа контроля (n = 20)	330,0 ± 13,3	5,4 ± 0,3

Примечание. *Достоверная разница от аналогичного показателя здоровых доноров (p < 0,05).

Таблица 3. **Содержание гормонов (M ± m) в крови больных псориазом в зависимости от частоты рецидивов**

Группа	Кортизол, нмоль/л	СТГ, нг/мл
Раз в 3 года (n = 27)	358,0 ± 13,3*	5,3 ± 0,2
Раз в 2 года (n = 21)	341,0 ± 9,7	4,9 ± 0,7
Ежегодно (n = 72)	213,6 ± 12,8*	3,0 ± 0,4*
Группа контроля (n = 20)	330,0 ± 13,3	5,4 ± 0,3

Примечание. *Достоверная разница от аналогичного показателя здоровых доноров (p < 0,05).

ций в группах, нормальности законов распределения, значимости коэффициентов корреляции) проверяли при доверительной вероятности 95 %.

Результаты и обсуждение

При изучении клинических проявлений обычного псориаза выявили высокую частоту болезни и продолжительность заболевания у лиц трудоспособного возраста. 85 (71 %) пациентов заболели псориазом в возрасте 21–40 лет. Зимний тип псориаза отмечен у 92 (76,6 %), летний – у 11 (9,2 %). У 17 (14,2 %) больных в течение последних 3–5 лет не отмечено связи обострения процесса с сезонностью. У 72 (60 %)

рецидивы заболевания отмечались ежегодно. Рецидивы псориаза раз в два года зарегистрированы у 21 (17,5 %) и раз в три года – у 27 (22,5 %) больных. Клиническая картина кожного процесса характеризовалась диссеминированными мелко- и крупнобляшечными высыпаниями. При этом у 96 (80 %) больных констатирована прогрессирующая стадия заболевания, а у 24 (20 %) стационарная.

При исследовании крови больных псориазом, распределенных в зависимости от возраста, выявили следующие изменения концентрации кортизола. У больных до 30 лет наблюдали достоверное ее увеличение (116 %), а у пациентов 31–50 лет и старше 51 года уровень кортизола достоверно уменьшен – 84,5 и 62,2 %. Уровень СТГ в группе 18–30 лет не отличался от показателя в группе контроля. У пациентов в возрасте 31–50 лет и старше 51 года СТГ был достоверно уменьшен – соответственно 62,9 и 57,4 % (табл. 1).

При исследовании уровня гормонов в зависимости от различной продолжительности заболевания мы наблюдали следующие изменения. Уровень кортизола у больных псориазом в течение первых 5 лет достоверно не отличался от нормы. У пациентов с длительностью заболевания 6–15 лет была снижена его концентрация до 87,6 %, с давностью псориаза более 16 лет – до 63,3 %. Концентрация СТГ у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет не отличалась от контроля. В случае заболевания в течение 6–15 лет уровень СТГ был снижен до 64,8 %, а более 16 лет – до 53,7 % (табл. 2).

Уровень кортизола у пациентов с ежегодными рецидивами снижен до 64,7 %. При рецидивах псориаза раз в 3 года содержание СТГ было достоверно увеличено, и у пациентов с рецидивами раз в 2 года уровень кортизола не отличался от такой группы контроля. СТГ у пациентов с рецидивами раз в 3 и 1 раз в 2 года достоверно не отличался от показателей нормы в отличие от пациентов с ежегодными рецидивами псориаза, где мы наблюдали снижение концентрации СТГ до 55 % (табл. 3).

У 70 (58,3 %) больных диссеминированным псориазом были эндокринные нарушения универсальных механизмов переносимости стресса организмом. Выявлены следующие типы реакции организма на болезнь со стороны коркового вещества надпочечников: во-первых, увеличение концентрации кортизола у 24 (20 %) больных в возрасте от 18 до 30 лет и 27 больных псориазом (22,5 %) с частотой рецидивов раз в 3 года; во-вторых, существенных изменений концентрации кортизола не нашли у 23 пациентов

с продолжительностью псориаза до 5 лет (19,1 %) и 27 с частотой рецидивов раз в 2 года (22,5 %); в-третьих, это достоверное снижение уровня кортизола у 73 пациентов (58,3 %). Мы наблюдали снижение уровня кортизола у больных старше 31 года с давностью заболевания более 6 лет, ежегодными рецидивами псориаза. Со стороны гипофиза установлены следующие два типа изменений. У 24 пациентов (20 %) в возрасте до 30 лет, 23 (19 %) с давностью болезни от 1 до 5 лет и 48 пациентов (40 %) с рецидивами псориаза раз в 3 года не изменилась концентрация СТГ. У 73 (60,8 %) больных псориазом мы установили снижение концентрации СТГ. У 58,3 % больных снижение уровня кортизола сопровождалось снижением содержания СТГ.

Сопоставление гормональных нарушений с клиническими проявлениями псориаза показало, что у больных с повышенным уровнем кортизола средний возраст составил ($22,5 \pm 1,2$) года ($p < 0,05$), рецидивы возникали в среднем раз в 3 года. Не изменился уровень кортизола у пациентов с давностью псориаза ($3,2 \pm 0,4$) года ($p < 0,05$). У больных со сниженным уровнем кортизола возраст составлял ($52,4 \pm 6,2$) года ($p < 0,05$), дерматоз длился ($14,6 \pm 0,5$) года ($p < 0,05$),

рецидивы псориаза возникали ежегодно. Уровень СТГ уменьшился у всех пациентов, кроме 39,2 % в возрасте до 30 лет с давностью псориаза 1–5 лет.

Устойчивый характер заболевания, частые рецидивы, сезонность обострений, разнообразие метаболических нарушений косвенно указывают на существование патологической системы, отражающей неполноценность адаптационного потенциала организма больных в условиях воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов. Характер течения общего адаптационного синдрома у больных с хроническими заболеваниями, в том числе при псориазе, зависит от функционального состояния эндокринной системы, то есть от адекватности секреции гормонов, медиаторов. Стресс-синдром является звеном адаптационной системы человека и направлен на приспособление организма к качественно новым условиям.

Выводы

Нарушения эндокринного звена гомеостаза у больных псориазом подчеркивают необходимость в разработке методов, направленных на повышение адаптивных возможностей организма.

Список литературы

1. Бамер Ю.А., Петерман Ф., Куль Ю. Роль психосоциальной нагрузки при вульгарном псориазе // Дерматология.— 2010.— № 1.— С. 39–47.
2. Клименко Н.А. Оценка гормонального статуса при распространенном псориазе и обоснование информативных показателей тяжести течения и эффективности

- лечения лимфопролиферативных процессов // Экспер. і клін. мед.— 2010.— № 2.— С. 23–27.
3. Куц Л. В. Сучасні аспекти «нейрогенного» компоненту запалення при псоріазі // Вісник проблем біології і медицини: науково-практичний журнал. Українська медична стоматологічна академія.— 2012.— № 4, Т. 2.— С. 96–98.
4. Степаненко В.И., Сизон О.О., Шупенько Н.М. и др. Псориаз. Дерматология, венерология: учебн.— К.: КИМ, 2012.— С. 167–197.

А.М. Дацук, Є.І. Добржанська, Н.О. Пустова

Харківський національний медичний університет

Визначення порушень деяких функцій ендокринної системи у хворих на псоріаз

Мета роботи — вивчення окремих ланок ендокринної системи у хворих на псоріаз.

Матеріали та методи. Вміст кортизолу в сироватці крові хворих на псоріаз визначали стандартним ІФА-набором, соматотропного гормону — за допомогою тест-системи Liaison®hGH за методом хемілюмінесцентного імуноаналізу.

Результати та обговорення. Дослідження окремих ланок ендокринної системи встановило різноспрямовані зміни вмісту кортизолу і соматотропного гормону у хворих на псоріаз.

Висновки. Порушення ендокринної ланки гомеостазу у хворих на псоріаз потребує розробки методу, спрямованого на підвищення адаптивних можливостей організму.

Ключові слова: псоріаз, ендокринна система, адаптаційний синдром.

A.M. Daschuk, Ye.I. Dobrzhanska, N.O. Pustovaya

Kharkiv National Medical University

Determination violations of some functions of endocrine system in patients with psoriasis

Objective – the study of the individual units of the endocrine system in patients with psoriasis.

Materials and methods. Cortisol was determined in serum with standard ELISA kit. Growth hormone was determined using a test system Liaison[®]hGH chemiluminescent immunoassay method.

Results and discussion. Investigation of some parts of the endocrine system set divergent changes of cortisol and growth hormone in patients with psoriasis

Conclusions. Endocrine level homeostasis in patients with psoriasis require the development of methods aimed at improving the adaptive capacity of the organism.

Key words: psoriasis; endocrine system; adaptation syndrome.

Дані про авторів:

Дащук Андрій Михайлович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматології, венерології та СНІДу Харківського національного медичного університету

Добржанська Євгенія Ігорівна, к. мед. н., доц. кафедри дерматології, венерології та СНІДу Харківського національного медичного університету

61002, м. Харків, вул. Куликовський узвіз, 15

Тел. (057) 700-41-33

E-mail: kafedraderma@i.ua

Пустова Наталія Олександрівна, к. мед. н., доц. кафедри дерматології, венерології та СНІДу Харківського національного медичного університету