

УДК 616.53-002-02:616.34-008-06

Акне як прояв дисбіозу кишечника

Корецька О. Ю.

Запорізький державний медичний університет

АКНЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

Корецкая Е. Ю.

У больных угревой болезнью степень тяжести ее проявлений значительно увеличивается при наличии кишечных синдромов (раздраженного кишечника, маль-абсорбции).

ACNE AS A SYMPTOM OF THE BOWEL DYSBIOSIS

Koretska O. Yu.

In patients with acne the degree of severity of acne symptoms significantly increases in the present of the bowel syndromes (irritable bowel syndrome, malabsorption).

Постановка проблеми, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Проблема вугрової хвороби займає помітне місце як в дерматології, так і в косметології; на це захворювання страждають переважно молоді люди. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених вивченню різноманітних аспектів проблеми вугрової хвороби, багато сторін етіопатогенезу цього дерматозу залишаються недостатньо з'ясованими, що в значній мірі сприяє слабкій ефективності стандартних методів лікування [1-3].

Переважно приділяється увага (особливо – в косметології) вивченню змін, що відбуваються безпосередньо в шкірі. Дійсно, як мінімум 4 групи патогенетичних факторів сприяють ушкодженню шкірного покриву, що клінічно проявляється вугровою висипкою та зміною сало виділення; до найважливіших із цих факторів відносяться:

- гіперсекреція шкірного сала;
- патологічна десквамація себоцитів;
- посилена колонізація та розмноження в сально-волосяних фолікулах «специфічної» мікрофлори (*Propionbacterium acnes*);
- розвиток запалення.

Але проблема ушкодження шкіри є тісно зв'язаною з порушеннями у багатьох органах та системах організму, у тому числі – й кишечника [4-5].

Робота є фрагментом комплексної НДР Запорізького державного медичного університету з № держ. реєстр. 0107U005122.

Мета дослідження – вивчити залежність ступеня проявів тяжкості перебігу вугрової хвороби від наявності/відсутності дисфункціональних кишкових синдромів.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 45 хворих на вугрову хворобу (18 чоловіків та 27 жінок у віці від 20 до 32 років). Усі хворі, в залежності від наявності/відсутності кишкових синдромів розподілялися на 3 репрезентативні групи, по 15 осіб у кожній:

- 1 група – пацієнти, в яких не спостерігалось ушкоджень кишечника;
- 2 група – поряд з вугровою висипкою виявлявся синдром подразненого кишечника;
- 3 група, у яких поряд з вугровою висипкою виявлявся синдром мальабсорбції.

Клінічна картина основного захворювання (вугрова хвороба) в 1 групі характеризувалась наявністю комедонів (як мікро-, так і чорноточкових акне), а також папульозно-пустульозних вугрів з ознаками запалення різного ступеня виразності, у кількості 20-30 елементів.

У 15 пацієнтів аналіз скарг, анамнезу, дані об'єктивного дослідження та консультацій гастроентеролога свідчив про наявність ознак синдрому подразненого кишечника. У більшості таких пацієнтів на протязі 5 років відмічались скарги на наявність болів у животі. Інтенсивність цих больових відчуттів варіювала від легкого дискомфорту до приступів колюк. Тривалість болів – від кількох хвилин до кількох годин. За характером болі були різноманітними: давлюча, розпираюча, переймоподібна, тупа, – що нерідко супроводжувалось здуттям живота. Важливою особливістю цих розладів була відсутність болів чи інших симптомів кишечника (наприклад, діареї) у нічні години. У 5 з 15 (33,3 %) хворих такі болі з'являлися або посилювалися після їжі, але не залежали від характеру страв. У 7 з 15 (46,7 %) хворих полегшення наступало після спорожнення шлунку або відходження газів, але в той же час у 2 % після дефекації біль посилювався. У всіх пацієнтів цієї групи виникали розлади випорожнення (запор, причому він може бути як періодичним, так і постійним), але спостерігались випадки зміни запору на діарею.

Наявність висипки на шкірі, а також прояви синдрому подразненого кишечника (здуття живота, урчання) в значній мірі невротизували хворих.

У інших 15 хворих при наявності абдомінального дискомфорту відмічалось зниження маси тіла та м'язової сили, періодично – болі в кістках і, як обов'язків симптом, – зміни частоти

випорожнення та його консистенції. На шкірі, крім ознак вугрової хвороби, спостерігалися ділянки гіперкератозу в області долонь, підшов. З урахуванням комплексу такої симптоматики і за консультації гастроентеролога їм виставлявся діагноз синдрому мальабсорбції.

Результати та їх обговорення. Порівняльний аналіз ступенів тяжкості перебігу вугрової хвороби свідчить про значний вплив наявності кишкових синдромів на розвиток патологічного процесу в шкірі. Як при синдромі подразненого кишечника, так і при синдромі мальабсорбції у відповідних хворих достовірно частіше спостерігалися індуративні вугрі, які характеризувались утворенням глибоких інфільтратів з обов'язковим формуванням у подальшому рубців. У містах деяких інфільтратів утворювались кістозні порожнини з гнійним вмістом, які зливалися між собою (флегмонозні вугрі). Частіше також у цих групах пацієнтів виявлялись конглобатні вугрі, які характеризувались постійною появою численних глибоко розташованих в шкірі вузловато-кістозних елементів, що зливаються між собою; причому уgniща ушкодження розташовувалися не тільки на себорейних ділянках, але й в інших ділянках шкіри. Цей різновид акне також у подальшому завершувався розвитком рубців (атрофічних, гіпертрофічних чи келоїдних). У окремих пацієнтів, крім індуративних, флегмонозних та конглобатних видів вугрової висипки, спостерігались і некротичні акне у вигляді фолікулярних, везикуло-пустульозних елементів, які частіше розташовувалися на волосистій частині голови, а також – у лобно-скроневих ділянках. На місцях таких пустул утворювались виразки, покриті геморагічними кірками. Після регресу такої висипки зазвичай залишалися віспоподібні атрофічні рубці.

Лікування таких хворих викликає значні труднощі, і однією з причин цього може бути недостатня увага з боку лікарів щодо необхідності ретельного обстеження пацієнтів на дисбактеріоз у

разі виявлення у них ознак синдромів подразненого кишечника та мальабсорбції. У той же час, нещодавно були опубліковані дані про роль кишкової мікрофлори і при цих синдромах [6-8] з урахуванням порушень захисної ролі кишкової мікробіоти, що диктує внесення певних коректив до лікування хворих (на рис. 1 наведені дані про її інтегральний захисний потенціал).

Висновки. Наявність кишкових синдромів (синдром подразненого кишечника, мальабсорбції) у значній мірі впливає на тяжкість перебігу вугрової хвороби. Це диктує необхідність ретельних досліджень складу кишкової мікрофлори з метою внесення коректив у комплекс лікування пацієнтів.

Перспективами подальших досліджень може стати вивчення механізмів впливу кишкової мікробіоти на імунзахисні властивості організму при вугровій хворобі.



Рисунок 1. Інтегральний захисний потенціал кишкової мікробіоти

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрашко Ю. В. Оценка эффективности препарата Фузидерм при гнойничковых инфекциях кожи и угревой болезни / Ю. В. Андрашко, О. М. Галагурич // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 1. – С. 71–72.
2. Бардова К. О. Сучасний погляд на етіологію і патогенез себорейного дерматиту / К. О. Бардова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 62–64.
3. Гладько В. В. Новые возможности выбора поддерживающей наружной терапии при аллергодерматозах и сухой чувствительной коже / В. В. Гладько, С. А. Масюкова, Д. А. Гайворонский [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. – № 5. – С. 30–35.
4. Клінічна імунологія та алергологія / За ред.

- Г. М. Дранніка. – К. : Здоров'я, 2010. – 888 с.
5. Мавров И. И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров, Л. А. Болотная, И. М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
6. Рабочий протокол диагностики и лечения целиакии у детей // Детская гастроэнтерология. – 2005. – № 1. – С. 28–46.
7. Харченко Н. В. Етіопатогенетичні підходи до лікування деяких форм синдрому подразненого кишечника / Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, О. М. Кисла // Здоров'я України. – 2006. – № 21/1. – С. 45–47.
8. Ramkumar D. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review / D. Ramkumar, S. S. C. Rao // Therapia. – 2006. – No 2. – P. 62–66.