

Н.Г. ГУМАЮНОВА

Ульяновский государственный университет
Кафедра общей и клинической фармакологии с курсом микробиологии

ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА БАКТЕРИЙ В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель — профессор Н.И. Потатуркина-Нестерова

Определена клиническая тяжесть псориатической болезни. Проведено исследование микрофлоры тонкой кишки у больных с псориатической болезнью. Выявлен синдром избыточного роста бактерий в тонкой кишке у обследованных больных, установлена взаимосвязь тяжести течения псориатической болезни и выраженности синдрома избыточного бактериального роста.

Ключевые слова: *псориаз, тонкая кишка, синдром избыточного роста бактерий, микробиота, Enterococcus faecium, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae*

Determined: the clinical severity of psoriatic disease. Performed: the research of small intestine microflora of patients who suffer from psoriatic disease. Found out: Small Intestinal Bacterial Overgrowth Syndrome of the surveyed patients. Established: the correlation between the severity of psoriatic disease flow and expression of the Bacterial Overgrowth Syndrome.

Key words: *psoriasis, small intestine, Bacterial Overgrowth Syndrome, the microbiota, Enterococcus faecium, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae*

В современной науке все чаще поднимается вопрос об участии микрофлоры кишечника в патологии человека. В норме она выполняет ряд значимых для макроорганизма функций¹. При изучении влияния микрофлоры кишечника на течение различных хронических патологических состояний оценивается, как правило, микробиота толстой кишки, тогда как, вопрос о состоянии микрофлоры тонкого отдела кишечника остается малоизученным. Поскольку желудочно-кишечный тракт представляет анатомически целостную систему, нарушение даже одного ее звена неизбежно приводит к патологическим изменениям в других², соответственно, изменения в микрофлоре толстого отдела кишечника будут сопровождаться нарушениями флоры тонкого. В литературе активно обсуждается значение толстокишечного дисбиоза при различных заболеваниях³. Однако, как показывают исследования последнего времени⁴, именно нарушения микрофлоры тонкого отдела кишечника приводят к

более выраженным сдвигам в состоянии макроорганизма.

В диагностике дисбиоза чаще всего используют бактериологическое исследование фекалий, что дает представление, в большей степени, о микрофлоре дистального отдела толстой кишки⁵. В последние годы для характеристики нарушений микрофлоры тонкого отдела кишечника используют понятие «синдром избыточного роста бактерий» (Small Intestinal Bacterial Overgrowth Syndrome — SIBOS или SIBO). В основе данного состояния лежит повышенное заселение тонкой кишки преимущественно фекальной микрофлорой, сопровождающееся хронической диареей и мальабсорбцией, в первую очередь жиров и витамина В12.

Известно, что состояние желудочно-кишечного тракта оказывает значительное влияние на течение хронических дерматозов, в том числе и псориаза. Псориаз является одной из наиболее важных проблем современной дерматологии и поражает наиболее трудоспособную часть населения в возрасте от 26 до 55 лет. Около 5% населения Земли страдает данным дерматозом. Псориатическая болезнь в настоящее время имеет тенденцию как к увеличению частоты встречаемости, так и к росту случаев тяжелых инвалидизирующих форм. Имеются работы, посвященные изучению состояния микрофлоры толстого отдела кишечника

¹ Маев И.В., Самсонов А.А. Терапевтическая тактика при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке // Консилиум-Медикум.-2007.-Т.09-№7

² Парфенов А.И. Энтерология. Руководство для врачей. М.: 2002.744с.

³ Бондаренко В.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы Руководство для врачей. М.: 2007.304с.

⁴ Курников Г.Ю., Клеменова И.А., Жукова Г.И. и др. Состояние микрофлоры толстой кишки у больных хроническими дерматозами // Российский журнал кожных и венерических болезней. -2002.-№3. -С 38-39.

⁵ Ардатская М.Д., Дубинин А.В. Минушкин О.Н. // Тер. арх. - 2000. - Т. 73, №2. - С. 67-71.

при псориазической болезни, в то время как микробиота тонкого отдела кишечника может оказывать не меньшее влияние на течение псориаза. При этом исследования, направленные на изучение микроценоза тонкой кишки, немногочисленны.

Известно, что развитию дисбиоза тонкого отдела кишечника способствуют различные, в том числе и паразитарные, заболевания желудочно-кишечного тракта. Ряд работ указывает на ухудшение течения псориазического процесса при развитии таких паразитозов, как лямблиоз и гельминтозы. Отсутствие убедительных данных по этиологии псориазического процесса и методов лечения, направленных на устранение причин псориаза, делает весьма актуальным поиск новых патогенетически обоснованных методов диагностики и терапии псориазической болезни с учетом вовлеченности микроценоза тонкой кишки.

Цель исследования: выявить избыточный бактериальный рост в тонком отделе кишечника у больных псориазической болезнью.

Материалы и методы исследования

Согласно современным представлениям диагностика псориаза проводится на основании данных объективного обследования с применением пробы на наличие у пациента симптомов псориазической триады. Оценка тяжести псориаза производится с помощью общепринятого индекса охвата и тяжести псориаза — PASI. Основываясь на значениях индекса, выделяют 3 степени тяжести псориаза (легкую, среднюю и тяжелую).

Обследовано 100 больных псориазом, в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст 41,8 года), находившихся на лечении в стационаре областного клинического кожно-венерологического диспансера г. Ульяновска, группой сравнения являлись 20 практически здоровых людей.

Для выявления наличия синдрома избыточного роста бактерий производили микробиологическое исследование содержимого тонкой кишки пациентов. При этом производили забор аспирата проксимальных отделов тонкой кишки эндоскопически с помощью стерильного тонкокишечного зонда с немедленным посевом на питательные среды. Критерием наличия избыточного роста являлось обнаружение количества бактерий, равное или превышающее 10^5 /мл или обнаружение в аспирате микроорганизмов, характерных для микроценоза толстой кишки, таких как энтеробактерии, бактероиды, клостридии

и др.⁶. Учитывая характер и количество микрофлоры в просвете тонкой кишки, выделяют три степени выраженности SIBOS: I — при наличии увеличения аэробной нормальной кишечной микрофлоры ($>10^5$ - 10^6 КОЕ/мл); II — наличие увеличения аэробной нормальной кишечной микрофлоры и появление анаэробных бактерий ($>10^6$ - 10^7 КОЕ/мл); III — преобладание анаэробной флоры (обсемененность на уровне 10^9 КОЕ/мл и более) 3. Однако, по мнению других авторов, даже наличие 10^4 КОЕ/мл в исследуемом материале, полученном из тонкой кишки, свидетельствует о развитии синдрома избыточного бактериального роста (СИБР).

Учитывая полученные данные, проводилась оценка тяжести и охвата псориаза, рассчитывался индекс PASI.

У всех обследованных больных эндоскопически производили биопсию стенки дистального отдела двенадцатиперстной кишки для последующего патоморфологического исследования.

Полученные результаты подвергли корреляционному анализу с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Среди всех обследованных больных доля мужчин составила 65% (65 человек), женщин — 35% (35 человек). Стаж заболевания псориазом у пациентов варьировал от 3-х месяцев до 35 лет (в среднем 14,5 лет), псориазическая болезнь у всех пациентов находилась в прогрессирующей фазе. Отмечались следующие клинические разновидности заболевания: псориаз вульгарный, экссудативный, артропатический. Период обострения псориазической болезни к моменту госпитализации продолжался от 2-х недель до 5 месяцев (в среднем — 1 месяц). Оценка тяжести псориаза проводилась на основании данных объективного исследования и с помощью индекса охвата и тяжести псориаза — PASI. У всех пациентов кожный процесс был распространенным с оценкой PASI от 38,8 до 72 баллов (среднее значение = 50,77). Около 60% (60 человек) обследованных больных предъявляли жалобы со стороны работы желудочно-кишечного тракта (боли, имеющие постпрандиальный характер, явления метеоризма, эпизоды диареи).

Результаты исследования показали присутствие бактерий в аспирате тощей кишки в количестве более 10^5 КОЕ/мл у 70% (70 чел.) обследованных пациентов с псориазом, что свидетельствует о наличии синд-

⁶ Zaidel O., Lin. Uninvited Guests H.C. The Impact of Small Intestinal Bacterial Overgrowth on Nutritional Status // J. PRACTICAL GASTROENTEROLOGY.-2003, JULY., P. 27-34.

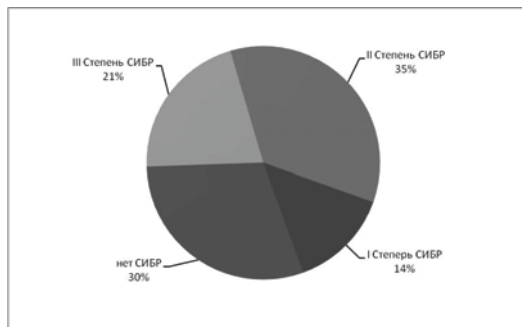


Рис 1. Распределение выраженности синдрома избыточного бактериального роста у больных псориазом

рома избыточного бактериального роста. Следует отметить, что в 30% (21 чел.) случаев избыточного бактериального роста количество бактерий составляло 10^9 - 10^{11} КОЕ/мл (III степень), в 50% (35 чел.) - 10^7 - 10^8 КОЕ/мл (II степень), а в 20% (14 чел.) - 10^6 КОЕ/мл (I степень) (рис. 1). Так называемые фекальные микроорганизмы (кишечная палочка, облигатные анаэробы: клостридии и бактероиды) были выявлены во всех случаях избыточного роста бактерий, что свидетельствует о явлениях транслокации толстокишечной флоры в проксимальном направлении. Помимо облигатных видов, выявлены представители транзитной флоры – клебсиеллы и протеи. Так, *Klebsiella pneumoniae* были выявлены в 10% случаев (у 8 пациентов), в 25% случаев обнаруживались *Enterococcus faecium*. *Proteus vulgaris* были выявлены только в 5% случаев (у 4 пациентов). В контрольной группе количество микроорганизмов в аспирате тонкой кишки не превышало 10^3 КОЕ/мл, патогенная флора не обнаруживалась.

Морфологическое изучение биоптатов слизистой оболочки дистальных участков двенадцатиперстной кишки показало наличие признаков хронического дуоденита. В препаратах определяли следующие признаки воспаления: лимфогистиоцитарная инфильтрация слизисто-подслизистого слоя двенадцатиперстной кишки, умеренная гиперемия подслизистого слоя, атрофия верхушек и значительная извитость ворсин слизистой, наличие гранулоцитов в подслизистом слое, а также расширение протоков бруннеровых желез.

Проведенный корреляционный анализ показал прямую связь между степенью

выраженности СИБР и значением PASI у больных псориазом ($R=0,46$). Также выявлена прямая связь между СИБР и стажем псориатической болезни ($R=0,43$), а также между стажем заболевания и значением PASI ($R=0,45$).

Таким образом, у 70% обследованных пациентов с псориатической болезнью обнаружен синдром избыточного бактериального роста. В аспирате тощей кишки пациентов с псориазом были выявлены представители индигенной и условно-патогенной микробиоты в количестве более 105 КОЕ/мл, что свидетельствует о значительных нарушениях микроценоза тонкого отдела кишечника с вовлечением в процесс эпителия кишечной стенки. Это, как известно, сопровождается формированием синдрома мальабсорбции и развитием явлений аутоинтоксикации 1. Поскольку известно, что эндогенная интоксикация в комплексе с мальабсорбцией практически всегда отягощает течение псориаза, эндоскопическое обследование тонкой кишки с забором аспирата позволяет получить более полную картину тяжести течения псориатической болезни.

Выводы

1) Большая часть (60%) обследованных больных с псориатической болезнью предъявляли жалобы на боли, имеющие постпрандиальный характер, явления метеоризма, эпизоды диареи. При этом все пациенты имели прогрессирующую форму заболевания и распространенный псориатический процесс.

2) Среди пациентов с псориазом у 70% выявлены микробиологические признаки СИБР в тонкой кишке разной степени выраженности. Данное состояние характеризуется транслокацией микрофлоры из толстого отдела кишечника в тонкий и сопровождается увеличением степени тяжести и ухудшением течения псориаза.

3) В биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки у всех пациентов с СИБР и псориазом обнаружены морфологические признаки хронического воспалительного процесса.

4) Анализ полученных данных свидетельствует о наличии корреляции между тяжестью псориатического процесса по индексу PASI и степенью выраженности СИБР в тонкой кишке ($R=0,46$), стажем заболевания и значением PASI ($R=0,45$).