



Н.Ю. Резніченко¹, А.Д. Дюдюн², Ю.Г. Резніченко¹, М.П. Красько¹,
О.В. Веретельник¹, А.М. Кравчук³, Л.І. Пантюшенко⁴

Досвід використання системних поліпробіотиків у комплексному лікуванні хворих на вугрову хворобу

¹Запорізький державний медичний університет,

²Дніпропетровська державна медична академія,

³Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер,

⁴Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня

Ключові слова: вугрова хвороба, мікробіоценоз, поліпробіотики.

Ключевые слова: угревая болезнь, микробиоценоз, полипробиотики.

Key words: acne vulgaris, microbiocenosis, polyprobiotics.

Вивчено ефективність застосування системних поліпробіотиків у комплексному лікуванні хворих на вугрову хворобу. Встановлено їх позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання, нормалізацію порушеного мікробіоценозу шкіри та кишечника. Рекомендовано використання поліпробіотиків в терапії акне.

Изучена эффективность использования системных полипробиотиков в комплексном лечении больных угревой болезнью. Установлено их положительное влияние на клиническое течение заболевания, нормализацию нарушенного микробиоценоза кожи и кишечника. Рекомендовано использование полипробиотиков в терапии акне.

The effectiveness of the use of systemic polyprobiotic medicines for complex treatment of patients with acne vulgaris has been studied. Their positive influence on clinical course of the disease and normalization of the violated skin and intestinal microbiocenosis has been fixed. The use of polyprobiotic medicines for acne treatment has been recommended.

Незважаючи на успіхи сучасної медицини та дерматології, запальні ураження сально-волоссяного апарату шкіри, такі як вугрова хвороба, залишаються значною медико-соціальною проблемою сьогодення [1,9,12]. Актуальність дослідження вугрової хвороби зумовлена її найбільшою поширеністю серед захворювань шкіри людини, яку на сучасному етапі розвитку людства можна пояснити стрімким темпом життя суспільства, збільшенням емоційного навантаження, що потребує надзвичайних нервових і інтелектуальних зусиль, внаслідок чого виникає невідповідність між можливостями біологічної природи людини й умовами життя [7]. Для вугрової хвороби характерними є часті загострення після нетривалої ремісії, певні вікові особливості, що супроводжуються рядом різноманітних клінічних проявів, схильність до рецидивів, стійкий хронічний перебіг і резистентність до терапії, що є причиною зниження дієздатності хворих, розвитку психоемоційних порушень і соціальної дезадаптації [3,10].

З численних патогенетичних чинників виникнення та прогресування вугрової хвороби як один з основних можна виділити порушення мікробіоценозу шкіри [5,11]. У хворих з акне на шкірі виділяють стафілококи, стрептококи, кандиди, *Propionbacterium acnes* [13]. Більшість дослідників вважають патогенетично значущим збудником вугрової хвороби саме *Propionbacterium acnes*, що найчастіше знаходиться у вивідному протоці сальної залози. При лікуванні вугрової хвороби широко застосовуються численні антибактеріальні препарати, що можуть призводити до порушення мікробіоценозу. Тому при лікуванні важливим є не лише ірадикація патогенетично значущих інфекційних агентів, але й нормалізація мікробного пейзажу організму [6]. Тому виникає необхідність використання пробіотиків у комп-

лексному лікуванні акне [2,8].

Серед цих препаратів особливе місце посідають вітчизняні поліпробіотичні препарати найсучаснішого, шостого покоління – препарати групи симбітер. До їх складу входять від 14 до 25 штамів лікувальних бактерій з різним механізмом біологічних активностей [14]. Важливою характеристикою препаратів групи симбітер є наявність лише дружніх до людини мікроорганізмів: біфідобактерій, лактобактерій, пропіонових бактерій, лактококів, які мають високу антагоністичну активність щодо широкого спектру патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Поліпробіотики групи симбітер виробляються в живій формі без ліофілізації, тому вони починають проявляти свою дію одразу після введення в організм і сприяють швидкому досягненню клінічного результату [15].

Мета роботи

Визначення доцільності й патогенетичне обґрунтування застосування пробіотиків для покращення ефективності лікування вугрової хвороби та нормалізації супутнього порушеного мікробіоценозу.

Пацієнти і методи дослідження

Виконана робота базується на результатах шестимісячного спостереження за 94 особами віком від 18 до 20 років, з них 23 (24,47%) – здорові особи без проявів вугрової хвороби, що склали контрольну групу; 71 (75,53%) – хворі на акне. Серед обстежених хворих на вугрову хворобу 22 (30,99%) мали комедональну форму захворювання і 49 (69,01%) – папуло-пустульозну. І стадію акне мали 14 осіб (19,72%), II стадію – 28 осіб (39,44%), III стадію – 29 осіб (40,84%).

Тривалість перебігу дерматозу до моменту обстеження була від 1 місяця до 8 років. У тому числі, у 4,23% – до 1 року, у 12,67% – 1 рік, у 38,03% – 2 роки, 22,54% – 3

роки, 15,49% – від 4 до 5 років, 7,04% – більше 5 років. Серед причин загострення вугрової хвороби хворі виділяли: менструації – 52,11%, порушення дієти – 9,86%, стреси – 2,82%. До моменту обстеження не проходили лікування 45,07% хворих, 22,54% лікувалися народними методами, 16,9% – амбулаторно у дерматологів, 15,49% – у стаціонарних дерматологічних відділеннях.

Оцінка ступеня тяжкості вугрової хвороби проводилась у залежності від об'єктивної клінічної картини, згідно класифікації G. Plewig et al, бальних шкал Кука та Сергеева-Рокицької. Дослідження мікробіоценозу шкіри та кишечника проводилося методом його прямої якісної й кількісної оцінки [4]. Мікробне обсіменіння уражених ділянок шкіри виражали в колонієутворюючих одиницях (КУО) на 1мл патологічного матеріалу, неуразеної шкіри – в КУО на 1см².

Для оцінки ефективності застосування системних пробіотиків у лікуванні вугрової хвороби було сформовано дві групи хворих:

1) основна група – 36 осіб, які на фоні загальноприйнятої стандартної терапії акне 6 місяців застосовували вітчизняний поліпробіотик «Симбітер» щодня протягом перших 10 днів кожного місяця;

2) порівняльна група – 35 осіб, які отримували лише стандартне лікування.

Пацієнти були обстежені до лікування і через 1, 3, 6 місяців від його початку. Групи формували безвідбірково, за анамнестичними й клініко-лабораторними показниками вони не відрізнялись.

Результати та їх обговорення

Аналіз спостережень за пацієнтами з основної групи відбиває нормальну переносимість симбітера й відсутність алергічних реакцій та інших побічних явищ при його застосуванні.

Клінічне обстеження хворих через 1 місяць від початку лікування показало, що в обох групах за цей період

кількість елементів висипки й бальна оцінка тяжкості захворювання зменшились. Результати, отримані в різних групах, не мали достовірної різниці, проте у пацієнтів, яким призначався симбітер, вони були кращими, ніж у групі порівняння (рис. 1, 2).

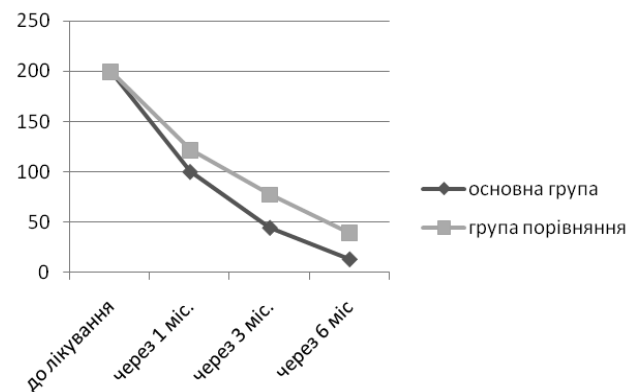


Рис. 1. Динаміка бальної оцінки ступеня тяжкості вугрової хвороби в процесі лікування за шкалою Сергеева-Рокицької.

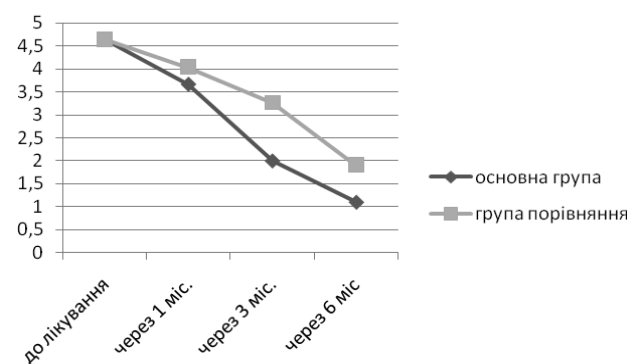


Рис. 2. Динаміка бальної оцінки ступеня тяжкості вугрової хвороби в процесі лікування за шкалою Кука.

Таблиця 1

Кількість елементів висипки на шкірі й бальна оцінка тяжкості вугрової хвороби через 6 місяців від початку лікування

Кількість	Хворі на вугрову хворобу до лікування	Хворі після лікування	
		стандартного	з включенням поліпробіотика
відкритих комедонів	58,2±3,0	29,5±3,1*	20,2±2,3*●
закритих комедонів	36,5±2,3	17,6±2,0*	8,4±1,7*●
балів за шкалою Кука	4,65±0,27	1,9±0,12*	1,1±0,14*●
балів за шкалою Сергеева-Рокицької	199,8±12,4	39,2±6,3*	13,5±4,6*●
хворих без папул, %	38,6	49,8*	63,1*●
хворих без пустул, %	30,99	56,7*	71,1*●

Примітки: * – достовірна різниця (P<0,05) між відповідними показниками до та після лікування; ● – достовірна різниця (P<0,05) після лікування між відповідними показниками групи зі стандартним лікуванням та з використанням поліпробіотика.

Через 3 місяці від початку лікування у хворих, які отримували системний поліпробіотик, відмічена достовірна різниця за кількістю акне-елементів і бальною оцінкою тяжкості вугрової хвороби у порівнянні з пацієнтами, яким призначалась стандартна терапія.

Через 6 місяців від початку лікування клінічна картина у хворих обох груп була суттєво кращою, ніж до терапії (табл. 1). Були встановлені достовірно кращі результати за кількістю комедонів, відсутністю папул, бальною оцінкою тяжкості вугрової хвороби між групою, яка отримувала стандартне лікування та з застосуванням поліпробіотика «Симбітер» в комплексній терапії. Це свідчить про позитивну клінічну ефективність запропонованого методу лікування.

Отримавши позитивні клінічні результати при лікуванні хворих на вугрову хворобу з використанням поліпробіотика, ми провели аналіз мікробіологічних змін у пацієнтів різних груп. Як видно з табл. 2, у осіб з вугровою хворобою зростає загальна кількість бактерій неуразених ділянок шкіри, а також коагулазопозитивних і коагулазонегативних стафілококів. Ми не розглядаємо стафілокок як етіологічний чинник вугрової хвороби, але зміни, що відбуваються в усьому організмі, й у першу чергу, на шкірі хворих на вугрову хворобу, сприяють зміні мікробіоценозу навіть неуразеної ділянки шкіри.

На уражених ділянках шкіри загальна кількість бактерій та стафілококів була ще більшою.

Важливим, на наш погляд, є питання про наявність у хворих на вугрову хворобу не лише змін мікробного пейзажу шкіри, але й інших біотопів. У пацієнтів з проявами акне в кишечнику відзначалось зменшення кількості біфідобактерій і лактобацил, зростання кількості умовно-патогенної та сапрофітної флори, такої як стафілококи, неферментуюча кишкова паличка, протей, гриби. Проведений кореляційний аналіз тяжкості вугрової хвороби, наявності елементів вугрової висипки та кількості мікрофлори на шкірі й у кишечнику. Як видно з табл. 3, має місце функціональний взаємозв'язок між тяжкістю вугрової хвороби та загальною кількістю бактерій на шкірі, кількістю біфідобактерій в кишечнику. Кореляційний взаємозв'язок з кількістю деяких мікроорганізмів та тяжкістю вугрової хвороби був середньої та слабкої сили. Таким чином, проведений кореляційний аналіз підтверджує наявність системних порушень мікробіоценозу у хворих на вугрову хворобу і обґрунтовує необхідність проведення їх корекції поліпробіотичними препаратами.

Після проведеного протягом 6 місяців стандартного лікування хворих на вугрову хворобу у них на неушкоджених ділянках шкіри загальна кількість бактерій і

Таблиця 2

Кореляційна залежність між кількістю мікроорганізмів на шкірі та в кишечнику у хворих на вугрову хворобу

Показники	Шкіра			Кишечник						
	Загальна кількість бактерій	Стафілококи коагулазонегативні	Стафілококи коагулазопозитивні	Біфідобактерії	Лактобацили	Стафілококи	Кишкова паличка	Кишкова паличка неферментуюча	Протей	Ентеробактер
Тяжкість вугрової хвороби	0,70	0,31	0,47	-0,75	-0,54	0,49	*	0,47	0,43	*
Загальна кількість бактерій шкіри	1	0,37	0,41	-0,54	-0,39	0,49	*	0,32	0,37	*
Стафілококи шкіри коагулазонегативні	0,37	1	-0,23	-0,26	-0,34	0,29	*	0,22	*	*
Стафілококи шкіри коагулазопозитивні	0,41	-0,23	1	-0,31	-0,28	0,3	*	*	0,42	*
Біфідобактерії	-0,54	-0,26	-0,31	1	0,44	-0,5	*	-0,34	-0,34	*
Лактобацили	-0,39	-0,34	-0,28	0,437	1	*	*	-0,25	-0,23	-0,33
Стафілококи	0,49	0,29	0,3	-0,5	*	1	*	*	0,27	*
Кишкова паличка	*	*	*	*	*	*	1	*	*	*
Кишкова паличка неферментуюча	0,32	0,23	*	-0,34	-0,25	*	*	1	*	0,24
Протей	0,37	*	0,42	-0,34	-0,23	0,27	*	*	1	*
Ентеробактер	*	*	*	*	-0,33	*	*	0,24	*	1
Кандида	0,24	*	*	-0,27	*	0,22	*	*	*	*

Примітка: * статистично недостовірне значення (P<0,05).

кількість коагулазопозитивних бактерій знижується, проте залишається достовірно вищою, ніж у здорових (табл. 2). Достовірно кращі результати досягнуто в групі хворих, які додатково отримували симбітер: після лікування у них не було достовірної різниці за загальною кількістю бактерій, у порівнянні з групою здорових. При розгляді кількості окремих бактерій на шкірі встановлено, що після лікування у всіх групах вона зменшувалась. Гірші результати були у хворих, які отримували стандартне лікування, кращі – в групі хворих, що додатково застосовували симбітер. Це дозволяє стверджувати, що застосування вітчизняного поліпробіотичного препарату «Симбітер» в комплексній

терапії вугрової хвороби дозволяє досягти достовірно кращої нормалізації мікробіоценозу шкіри.

Висновки

1. У хворих мають місце порушення мікробіоценозу не лише шкіри, але й кишечника.

2. Використання системних поліпробіотиків у комплексному лікуванні пацієнтів з вугровою хворобою дозволяє значно покращити топічну клінічну картину, нормалізувати порушений мікробіоценоз шкіри.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати дозволяють рекомендувати подальші дослідження системних порушень мікробіоценозу.

Література

1. Бочаров В. Регуляторні фактори запально-репаративного процесу при хронічних рецидивних дерматозах / В.А. Бочаров, Алавініх Муат, С.М. Тарнопольська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2003. – № 1. – С. 18–21.
2. Дюдюн А. Застосування системних пробіотиків – шлях до покращення лікування вугрової хвороби / А.Д. Дюдюн, Н.Ю. Резніченко // Дермато-венерология. Косметология. Сексопатология. – 2007. – № 1–4. – С. 98–102. Мавров Г. Психосексуальні аспекти урогенітальних інфекцій у жінок / Г.И. Мавров // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 3. – С. 44–49.
3. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. – М.: МЗ СССР. – Приказ №535 от 22 апреля 1985 г. – 127 с.
4. Пат. 24283 Україна, МПК А61К 31/195 Спосіб лікування хворих на вугрову хворобу / Н. Ю.Резніченко. — Заявл. 08.02.07, опубл. 25.06.07 Бюл. № 9.
5. Пат. 24317 Україна, МПК А61Р 17/00 Спосіб лікування вугрової хвороби / Н. Ю.Резніченко. — Заявл. 19.02.07, опубл. 25.06.07 Бюл. № 9.
6. Перинатальні проблеми великого промислового міста України / О.М. Лук'янова, Ю.Г. Резніченко, Ю.Г. Антипкін. – Запоріжжя, 2007. – 356 с.
7. Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України / Наказ МОЗ України від 07.06.2004 р. № 286.
8. Проценко Т. Взаимосвязь здоровья кожи и репродуктивной системы в контексте актуальных проблем современной дерматокосметологии / Т.В. Проценко, Ю.В. Андрашко, О.В. Грищенко // Здоров'я України. – 2007. – № 6. – С. 65–66.
9. Резніченко Н. Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вугрової хвороби у жінок юного віку / Н.Ю. Резніченко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2007. – Т. 12, № 3. – С. 59–64
10. Резніченко Н. Порушення нейроендокринної регуляції у хворих на вугрову хворобу / Н.Ю. Резніченко // Український медичний альманах. – 2007. – Т. 10, № 5. – С. 160–163
11. Резніченко Н. Сучасні погляди на проблему та лікування вугрової хвороби / Н.Ю. Резніченко – Запоріжжя: «Просвіта», 2008. – 108 с.
12. Резніченко Н. Сучасні аспекти етіопатогенезу вугрової хвороби / Н.Ю. Резніченко, А.Д. Дюдюн // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2007. – № 1–4. – С. 169–174.
13. Янковский Д. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления / Д.С. Янковский. – К.: ТОВ «Червона Рута-Турс», 2005. – 362 с.
14. Янковский Д. Микрофлора и здоровье человека / Д.С. Янковский, Г.С. Дымент. – К.: ТОВ «Червона Рута-Турс», 2008. – 552 с.

Відомості про авторів:

Резніченко Н.Ю., к. мед. н., асистент каф. дерматовенерології з курсом косметології ФПО ЗДМУ.

Дюдюн А.Д., д. мед. н., зав. каф. шкірних та венеричних хвороб ДДМА.

Резніченко Ю.Г., д. мед. н., професор каф. госпітальної педіатрії ЗДМУ.

Красько М.П., к. мед. н., доцент каф. клінічної фармакології ФПО ЗДМУ.

Веретельник О.В., к. мед. н., доцент каф. дерматовенерології з курсом косметології ФПО ЗДМУ.

Кравчук А.М., зав. жіночим шкірним відділенням Запорізького обласного шкірно-венерологічного клінічного диспансеру.

Пантюшенко Л.І., зав. бактеріологічною лабораторією Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні.

Адреса для листування:

Резніченко Наталія Юріївна, Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер, каф. дерматовенерології з курсом косметології ФПО ЗДМУ, м. Запоріжжя, вул. Кірова, буд. 67. Тел.: (067) 736 29 00.