



Роль кожного синдрома в диагностике заболеваний печени

Л.В. Тарасова✉, Ю.В. Цыганова, Н.В. Толмачёва

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия
✉tlarisagast18@mail.ru

Аннотация

В статье раскрывается высокая важность учета наличия кожных изменений при диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта. Даны следующие рекомендации практикующим докторам: 1) для лиц с розацеа, вульгарным псориазом и акне целесообразно комплексное ведение врачами-дерматологами-косметологами и специалистами-гастроэнтерологами-гепатологами; 2) для раннего выявления неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) врачу первого контакта рекомендуется обращать внимание на наличие у пациента акне, розацеа и псориазических изменений, которые могут служить «маркером предрасположенности» к НАЖБП и должны учитываться в процессе ранней диагностики НАЖБП.

Ключевые слова: микробиота, метаболический дисбиоз, эндотоксемия, неалкогольная жировая болезнь печени, ось «кишечник–кожа».
Для цитирования: Тарасова Л.В., Цыганова Ю.В., Толмачёва Н.В. Роль кожного синдрома в диагностике заболеваний печени. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (7): 64–67. DOI: 10.47407/kr2023.4.7.00288

Lecture

Role of skin syndrome in the diagnosis of liver diseases

L.V. Tarasova✉, Yu.V. Tsyganova, N.V. Tolmacheva

Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
✉tlarisagast18@mail.ru

Abstract

The article reveals the high importance of taking into account the presence of skin changes when diagnosing diseases of the gastrointestinal tract. The following recommendations are given to practicing doctors: 1) for persons with rosacea, vulgar psoriasis and acne, comprehensive management by dermatologists-cosmetologists and gastroenterologists-hepatologists is advisable; 2) for early detection of NAFLD, the first contact physician is recommended to pay attention to the patient's presence of acne, rosacea and psoriatic changes, which can serve as a “marker of susceptibility” to NAFLD and should be taken into account in the process of early diagnosis of NAFLD.

Key words: microbiota, metabolic dysbiosis, endotoxemia, non-alcoholic fatty liver disease, gut-skin axis.

For citation: Tarasova L.V., Tsyganova Yu.V., Tolmacheva N.V. Role of skin syndrome in the diagnosis of liver diseases. *Clinical review for general practice*. 2023; 4 (7): 64–67 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2023.4.7.00288

Кожа является самым большим органом в теле человека, она интенсивно кровоснабжается, иннервируется и имеет тесную взаимосвязь со всеми системами организма. Изменения, происходящие на коже, часто опережают другие клинические проявления заболевания, легко визуализируемы глазом, и для врача первичного звена осмотр кожных покровов пациента должен быть обязательной диагностической опцией, несущей в себе значительное количество информации.

Развитие индустрии косметологии привело к тому, что врачом «первого контакта» у пациента с различными кожными проявлениями заболеваний внутренних органов становится врач-дерматолог-косметолог. В связи с этим целесообразным является развитие мультидисциплинарного подхода ведения таких пациентов. Наиболее часто возникает необходимость провести консилиумный разбор заболевания кожи с врачом-гастроэнтерологом, особенно когда на прием обращается пациент с воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК) и внекишечными кожными проявлениями (узловатой эритемой, гангренозной пио-

дермией, псориазическими высыпаниями, васкулитом и др.).

Согласно литературным данным, известно о тесной связи кишечной микробиоты в патогенезе возникновения ВЗК с внекишечными кожными симптомами [1, 2]. Метаболический дисбиоз (рис. 1) выступает в роли триггера в реализации процессов взаимодействия оси «кишечник – кожа» с ведущими звеньями патогенеза ВЗК (повышение кишечной проницаемости, иммуноопосредованное воспаление), запуская феномен метаболической эндотоксемии, приводящей к развитию системного, в том числе и кожного ответа [3, 4].

Логично, что своевременная диагностика и терапия дисбиоза и коррекция состояний, приводящих к его развитию (заболевания печени, поджелудочной железы, желчного пузыря и желчевыводящих протоков), должны иметь выраженный положительный эффект на купирование возникших дерматопатий.

Одними из наиболее распространенных патологий кожи, связанных с заболеваниями органов пищеварения, являются розацеа, акне и вульгарный псориаз.

Рис. 1. Метаболический дисбиоз как источник хронического системного воспалительного процесса [5].

Fig. 1. Metabolic dysbiosis as a source of chronic systemic inflammation [5]

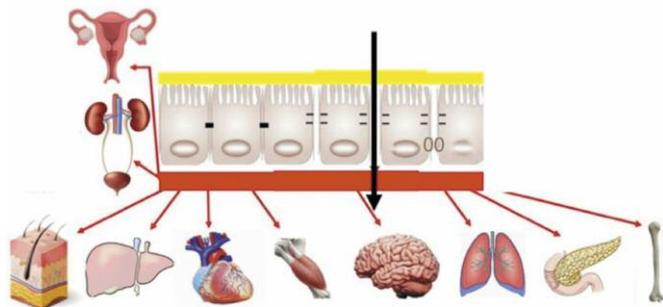


Рис. 2. Динамика кожных изменений при четырехкомпонентной антихеликобактерной терапии 1-й линии с амоксициллином и кларитромицином при розацеа.

Fig. 2. Skin changes associated with the first-line quadruple therapy for *Helicobacter pylori* infection with amoxicillin and clarithromycin in individuals with rosacea over time.



Розацеа – это хроническое воспалительное заболевание со сложной патофизиологией, включающей генетические и экологические элементы, а также воздействие процессов дисрегуляции врожденного и адаптивного иммунитета, нейроваскулярные реакции, изменения метаболизма микробиома или инфекцию, приводящую к рецидивирующему воспалению.

Розацеа связана с различными желудочно-кишечными заболеваниями, в том числе вызванными грамотрицательным микроорганизмом – *Helicobacter pylori*. Его роль в качестве пускового фактора возникновения таких заболеваний, как ВЗК, целиакия, синдром раздраженного кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, и синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке активно обсуждается последние годы [6, 7]. Описываемый факт демонстрирует необходимость использования в лечении розацеа не только гелей, кремов и лосьонов местного действия, но в первую очередь этиопатогенетической терапии заболеваний органов пищеварения, имеющих у пациента [8].

На фотографии (рис. 2) представлен эффект купирования проявлений розацеа у пациента с верифициро-

Рис. 3. Динамика кожных изменений при увеличении вирусной нагрузки пациента с хроническим вирусным гепатитом В.

Fig. 3. Skin changes with increasing viral load in patient with chronic hepatitis B over time.



ванным пилорическим хеликобактериозом, пролеченного четырехкомпонентной схемой эрадикационной терапии, включающей амоксициллин и кларитромицин. Снимки сделаны с разницей в 20 дней.

Часто именно кожные проявления (сыпь, акне) являются предикторами тяжелых поражений печени [3, 4]. На рис. 3 продемонстрировано появление гнойно-пустулезных элементов и пожелтение кожных покровов при активации хронического вирусного гепатита В.

Сложным и малоизученным является взаимосвязь вульгарного псориаза с заболеваниями печени. Рядом исследователей продемонстрирована корреляционная связь между неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и псориазом [9–12]. На практике у пациентов с НАЖБП сочетание с псориатическим поражением кожных покровов встречается в 45,2% случаев (рис. 4).

Осознав высокую значимость кожного синдрома в диагностике заболеваний печени и в первую очередь при НАЖБП, которая является диагнозом исключения и требует дополнительных методов диагностики, мы провели собственное исследование, целью которого стала оценка развития кожных изменений у пациентов с НАЖБП.

В течение 6 лет (2017–2023 гг.) на базе поликлинического отделения и дневного стационара БУ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики проводилось изучение состояния кожных покровов у пациентов с НАЖБП. На участие в исследовании дали согласие 162 пациента, из них 110 пациентов с НАЖБП и 52 относительно здоровых исследуемых.

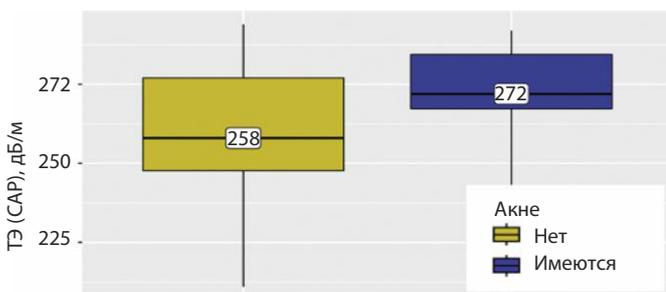
Результатами исследования стало обнаружение высокой степени корреляции наличия акне с показателями стеатоза печени, определенными при помощи транзитной эластографии (ТЭ) в режиме контролируемого параметра затухания (КПЗ), являющейся неинвазивной альтернативой биопсии печени (рис. 5).

В настоящем исследовании 52,8% пациентов с НАЖБП имели разные степени выраженности псориатических изменений кожи. У всех исследуемых псориаз

Рис. 4. Псориазные изменения кожи у пациентов с НАЖБП (данные из личного архива авторов).
Fig. 4. Psoriatic skin changes in patients with NAFLD (data from the authors' personal archives).



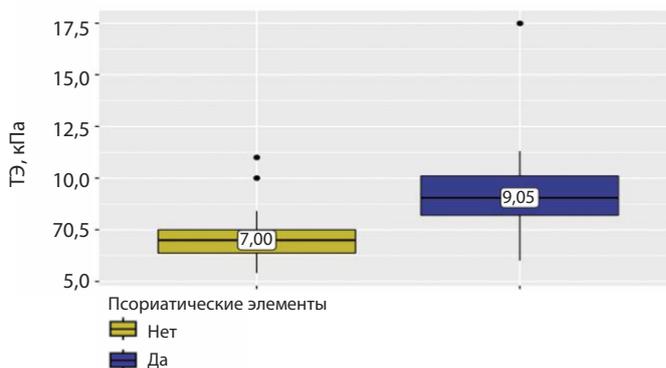
Рис. 5. Зависимость развития акне от значений ТЭ печени в режиме КПЗ.
Fig. 5. Relationship between acne and the data of liver TE with CAP.



был верифицирован впервые. Была обнаружена высокая корреляционная связь между развитием псориазных кожных проявлений и значением жесткости печени, определенных при помощи ТЭ (рис. 6).

Кожа и органы желудочно-кишечного тракта являются критическими иммунологическими барьерами, которые имеют много общих функций и характеристик. Современное представление о подобной связи позволяет рекомендовать использование мультидисциплинарного подхода к лечению розацеа, вульгарного псо-

Рис. 6. Зависимость наличия псориазных изменений от значений ТЭ печени в режиме КПЗ.
Fig. 6. Relationship between psoriatic changes and the data of liver TE with CAP.



риаза, акне, включая подбор терапии имеющихся фоновых заболеваний желудка, кишечника и печени. Кроме того, врачам первичного звена необходимо проводить исследование функции печени у каждого пациента с наличием кожных изменений и расценивать их в качестве ранних маркеров НАЖБП.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

- Busuttill RA, George J, House CM et al. SFRP4 drives invasion in gastric cancer and is an early predictor of recurrence. *Gastric Cancer*. 2021; 24 (3): 589–601. DOI: 10.1007/s10120-020-01143-8
- Tinazzi I, Mulipa P, Colato C et al. SFRP4 Expression Is Linked to Immune-Driven Fibrotic Conditions, Correlates with Skin and Lung Fibrosis in SSc and a Potential EMT Biomarker. *J Clin Med*. 2021; 10 (24): 5820. DOI: 10.3390/jcm10245820
- Sandsmark E, Andersen MK, Bofin AM et al. SFRP4 gene expression is increased in aggressive prostate cancer. *Sci Rep*. 2017; 7 (1): 14276. DOI: 10.1038/s41598-017-14622-3
- Nfonsam LE, Jandova J, Jecius HC et al. SFRP4 expression correlates with epithelial mesenchymal transition-linked genes and poor overall survival in colon cancer patients. *World J Gastrointest Oncol*. 2019; 11 (8): 589–98. DOI: 10.4251/wjgo.v11.i8.589
- Colletti A, Pellizzato M, Cicero AF. The Possible Role of Probiotic Supplementation in Inflammation: A Narrative Review. *Microorganisms*. 2023; 11 (9): 2160. DOI: 10.3390/microorganisms11092160
- Searle T, Ali FR, Carolides S, Al-Niaimi F. Rosacea and the gastrointestinal system. *Australas J Dermatol*. 2020; 61 (4): 307–11. DOI: 10.1111/ajd.13401
- Wang FY, Chi CC. Rosacea, Germs, and Bowels: A Review on Gastrointestinal Comorbidities and Gut-Skin Axis of Rosacea. *Adv Ther*. 2021; 38 (3): 1415–24. DOI: 10.1007/s12325-021-01624-x
- Aghaei M, Aghaei S, Behshadnia F et al. Association between the Treatment of Rosacea and Eradication of Helicobacter Pylori Infection. *Adv Biomed Res*. 2023; 12: 173. DOI: 10.4103/abr.abr_236_22
- Phan K, Onggo J, Charlton O, Smith SD. Relationship between psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease – Updated systematic review

- and adjusted meta-analysis. *Australas J Dermatol.* 2019; 60 (4): e352–e355. DOI: 10.1111/ajd.13015
10. Abedini R, Salehi M, Lajevardi V, Beygi S. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Exp Dermatol.* 2015; 40 (7): 722–7. DOI: 10.1111/ced.12672
 11. Ganzetti G, Campanati A, Offidani A. Non-alcoholic fatty liver disease and psoriasis: So far, so near. *World J Hepatol.* 2015; 7 (3): 315–26. DOI: 10.4254/wjh.v7.i3.315
 12. Narayanasamy K, Sanmarkan AD, Rajendran K et al. Relationship between psoriasis and non-alcoholic fatty liver disease. *Prz Gastroenterol.* 2016; 11 (4): 263–69. DOI: 10.5114/pg.2015.53376
 13. Лыкова С.Г., Спицына А.В., Моржанаева М.А. Метаболический синдром и псориаз как коморбидные состояния. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2017; 1: 93–8. Lykova SG, Spitsyna AV, Morzhanaeva MA. Metabolic syndrome and psoriasis as comorbid conditions. *Dalnevostochnyj Medicinskij Zhurnal – Far Eastern Med J.* 2017; 1: 93–8 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тарасова Лариса Владимировна – д-р мед. наук, доц., зав. каф. факультетской и госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова».
E-mail: tlarisagast18@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1496-0689

Цыганова Юлия Вадимовна – канд. мед. наук, ст. преподаватель каф. факультетской и госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова».
E-mail: j.v.tsyganova@mail.ru

Толмачёва Наталья Викентьевна – д-р мед. наук, доц., зав. каф. дерматовенерологии с курсом гигиены, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Поступила в редакцию: 15.10.2023

Поступила после рецензирования: 17.10.2023

Принята к публикации: 26.10.2023

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Larisa V. Tarasova – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Ulyanov Chuvash State University. E-mail: tlarisagast18@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1496-0689

Julia V. Tsyganova – Cand. Sci. (Med.), Ulyanov Chuvash State University. E-mail: j.v.tsyganova@mail.ru

Nataliya V. Tolmacheva – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Ulyanov Chuvash State University

Received: 15.10.2023

Revised: 17.10.2023

Accepted: 26.10.2023