

КОЖНЫЙ ЗУД

В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **О.В. Орлов**, **Т.А. Мухтаров**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Представлены сведения о клинике кожного зуда как проявления различных заболеваний. Указаны состояния, при которых зуд может не сопровождаться поражениями кожи. Даются рекомендации по противозудной терапии.

Ключевые слова: кожный зуд, патогенез, клиника, противозудная терапия.

Зуд (*pruritus*) относится к самым распространенным жалобам, касающимся кожи, и эта проблема является ключевой не только в дерматологии. Зуд кожи играет важную роль в своевременной диагностике соматических заболеваний. Формирование зуда кожи как симптома нейросоматической патологии возможно даже при наличии субклинических, латентных, асимптомных форм. При этом нет прямой корреляции между интенсивностью зуда и тяжестью общего заболевания. Зуд нередко предшествует основным симптомам болезни.

Хронический зуд, как и боль, может существенно влиять на общее состояние пациента и в экстремальных случаях привести к угрозе самоубийства.

Зуд – субъективное ощущение, вызывающее рефлекс чесания или сбрасывания раздражителя, свойственное коже и реже – слизистым. Различают зуд физиологический (нормальный, возникающий в ответ на адекватные раздражения, например укусы насекомых) и патологический, который развивается также в ответ на действие пруритогенов, но в условиях измененной реактивности нервной системы.

Острые приступы патологического зуда чаще связаны с повышенной чувствительностью к пищевым или лекарственным аллергенам. Хронический патологический зуд может быть обусловлен аутоинтоксикацией, возникающей при болезнях печени, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и т.д., может выступать в качестве симптома ряда дерматозов (болезнь Дюринга, кра-



пивница, атопический дерматит, чесотка и др.), может быть и моносимптомом. Нередко зуд – один из ранних симптомов болезней органов кровотока, злокачественных новообразований, эндокринных, нервных и психических болезней [2, 4, 6].

Зуд классифицируется: по степени распространенности – *локализованный* (ограничен определенными участками кожного покрова) и *диффузный* (генерализованный); по интенсивности (оценивается по последствиям травмы, наносимой коже во время расчесывания) – *биопсирующий* и *небиопсирующий* (зуд-парестезии и мигрирующий зуд). На коже в результате расчесывания могут возникать экскориации (линейные корочки), кровянистые корочки, пигментация, лихенификация, пиодермиты (импетиго, фолликулиты, фурункулы).

Генерализованный зуд – частая и существенная проблема с точки зрения дифференциальной диагностики. Поскольку в его основе могут быть и такие банальные факторы, как сухость кожи, и такие серьезные, как скрытая лимфома или эндокринные нарушения, при анализе состояния больного, жалующегося на зуд, требуется клиническое мышление того же уровня, что и знания и навыки исследования кожных проявлений. В большинстве случаев зуд не имеет каких-то особых признаков, позволяющих диагностировать конкретное заболевание, например обструктивную желтуху, гипертиреоз или лимфому. Для установления диагноза клиницист должен использовать данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований [1–3].

Патогенез

При зуде и боли нейроанатомические пути проведения возбуждения общие, но сенсорные признаки различны. Свободные нервные окончания, играющие роль рецепторов при зуде, находятся в сосочковом слое дермы, рядом с дермоэпидермальной границей, и не относятся к специфическим. К периферическим и центральным механизмам зуда относится ряд растворимых медиаторов. Гистамин, трипсин, протеазы, желчные соли при внутривенном введении вызывают зуд. Простагландин E снимает порог появления зуда при действии как гистамина, так и папаина. В воспаленной коже содержание простагландинов увеличивается, и таким образом они могут определять интенсивность зуда при воспалительных дерматозах. В восприятии зуда принимают участие опиатные пептиды и рецепторы центральной нервной системы [4, 5].

Клиника

Кожный зуд может быть проявлением многих заболеваний. У больных, страдающих зудом, на

фоне явных изменений кожи в виде, например, везикул и папул обычно обнаруживают первичное дерматологическое заболевание. Для диагностики часто оказывается необходимым использование специальных методов, особенно биопсии кожи.

Диагностика больных с зудом без очевидных кожных сыпей, со следами постоянного расчесывания (экскориация) и растирания (лихенификация, полированные ногти) или без них представляет собой сложную задачу. Прежде всего следует попытаться выявить первичные повреждения и некоторые явления, свидетельствующие о первичном кожном заболевании [1, 4].

Состояния, при которых генерализованный зуд может не сопровождаться поражением кожи:

- обменные и эндокринные нарушения (гипертиреоз, сахарный диабет, карциноидный синдром);
- злокачественные новообразования (лимфома и лейкоз, рак органов брюшной полости, опухоли центральной нервной системы, множественная миелома, грибовидный микоз);
- состояния, связанные с медикаментозным лечением (производные опиума, субклиническая чувствительность к препаратам);
- инвазии (педикулез, чесотка, нематодоз, онхоцеркоз, аскаридоз, трихиноз, некоторые зоонозы);
- болезни почек (хроническая почечная недостаточность);
- болезни крови (эритремия, парапротеинемия, железodefицитная анемия);
- болезни печени (внутри- или внепеченочный холестаз), беременность (внутрипеченочный холестаз, проходящий после родов);
- психогенные состояния (транзиторные периоды эмоционального стресса), в том числе стойкие (мания паразитоза), психогенный зуд, невротические экскориации;
- сухость кожи (ксероз), сенильный зуд, мастоцитоз, беременность [2, 4, 5].

Встречается психогенный зуд как реакция на стресс, но этот диагноз должен рассматриваться как исключительный, поскольку приступ интенсивного зуда сам по себе носит характер стресса. Как правило, он наблюдается у больных старше 40 лет, чаще – у женщин. Такой зуд часто ощущается на коже волосистой части головы (тактильный галлюциноз в виде жалоб на отчетливые ощущения ползания, укусов насекомых и т.п.) и может сопровождаться другими жалобами на неприятные ощущения в виде горького привкуса во рту или жжения языка. Некоторые больные при этом убеждены в том, что причиной зуда служат внедрившиеся в кожу паразиты, невидимые ни для них, ни для

врача. Больной в этом случае может расчесать кожу до изъязвлений и считать, что зуд исчез в результате удаления паразита или микроба.

До 90% пациентов с хронической почечной недостаточностью жалуются на чувство зуда. Особенно беспокоит зуд большинство таких больных во время или непосредственно после сеанса гемодиализа.

Возникновение генерализованного зуда у некоторых пациентов, страдающих сахарным диабетом, объясняется снижением порога восприятия. Интенсивность зуда не коррелирует с тяжестью течения основного заболевания. При диабетической нейропатии возможен зуд волосистой части головы, уменьшающийся при нормализации уровня гликемии.

Зуд, обусловленный сухостью кожи, часто встречается у лиц пожилого возраста. Иногда у некоторых из них при отсутствии явной сухой кожи появляется генерализованный зуд, который не может быть объяснен эмоциональным стрессом или скрытым общим или кожным заболеванием. Этот так называемый сенильный зуд обычно обостряется, когда больной снимает одежду. Чаше он начинается в какой-то одной области, особенно на спине, распространяясь затем на все тело. Причиной сенильного зуда могут быть выраженный атеросклероз, гиподисфункция эндокринных желез, дисфункции кишечника и др. Поставить диагноз «сенильный зуд» можно только после основательного обследования пациента.

Ни психогенный, ни сенильный зуд не сопровождается бессонницей. Особой и существенной причиной зуда без видимых высыпаний бывает реакция на лекарственные препараты типа ацетилсалициловой кислоты, препаратов опиоидов и их производных, хинидина. Некоторые препараты (аминазин) могут вызывать зуд в связи с холестазом.

Генерализованный зуд часто бывает первым проявлением гипертрофического билиарного цирроза печени и возникает порой за много месяцев до развития желтухи. Он может быть и первым проявлением лимфомы, редко – рака. Зуд может начинаться внезапно и быть очень интенсивным. Часто он появляется вначале на ладонных и подошвенных поверхностях. Подчас состояние пациента облегчается при приеме внутрь холестирамина [2, 4–6].

Диагностика

Основной задачей медицинского работника является выяснение этиологии зуда, от успешности решения которой зависит результат терапии. При этом надо помнить, что кожный зуд – симптом, а не заболевание или диагноз.

Если после сбора анамнеза и осмотра пациента (включая ректальное и гинекологическое) диагноз остается неясным, необходимо проведение рутинных диагностических тестов:

- клинический анализ крови, определение СОЭ;
- общий анализ мочи с определением уровней белка, сахара, осадка;
- биохимическое исследование крови:
 - функциональные печеночные пробы – аланинаминотрансфераза, билирубин, щелочная фосфатаза;
 - оценка уровня глюкозы натощак;
 - уровня холестерина;
 - уровня мочевины, мочевой кислоты, креатинина, кислой фосфатазы;
 - определение содержания общего белка и белковых фракций;
 - оценка уровня железа и железосвязывающей способности сыворотки, насыщения эритроцитов железом;
- анализ кала на скрытую кровь, гельминты и их яйца;
- рентгенография органов грудной клетки;
- функциональное исследование щитовидной железы, определение уровня тироксина [2, 3].

В случае необходимости потребуются углубленное обследование пациента, страдающего зудом;

- в частности исключение:
 - заболеваний печени: УЗИ, сканирование, биопсия печени;
 - заболеваний почек: пиелография, радиоизотопное исследование, биопсия почки;
 - заболеваний крови: определение уровня железа в сыворотке крови, содержания витамина В₁₂ и фолиевой кислоты; стерильная пункция, биопсия лимфатических узлов, рентгенография позвоночника и костей, лимфоангиография абдоминальных лимфатических узлов;
 - злокачественных опухолей внутренних органов: УЗИ брюшной полости и малого таза, ирригография с барием, рентгенография желудка с контролем эвакуации бариевой взвеси, эзофагогастродуоденоскопия, бронхоскопия, рентгенография позвоночника и костей, диагностическая лапаротомия;
 - аутоиммунных заболеваний: определение антинуклеарного фактора, электрофорез белков сыворотки, латекс-тест, определение антител к митохондриям;
 - неврологических и психических заболеваний: исследование спинномозговой жидкости, психиатрическое обследование [4–6].

Противозудная терапия

Сложность патогенеза и многообразие местных и системных причин, лежащих в основе феномена зуда, определяют невозможность существования единого подхода к его лечению. Требуется дифференцированный и строго индивидуальный подход к каждому варианту зуда с назначением комплексных схем терапии [2, 4–6].

Основная цель лечения – устранение провоцирующих зуд факторов окружающей среды, физических и психологических причин. При сборе анамнеза необходимо максимально подробно выяснить у пациента, при каких условиях у него возникает или усиливается кожный зуд.

К *неспецифическим* факторам, провоцирующим зуд, относятся:

- факторы, вызывающие сухость кожи (использование высокоактивных моющих средств, интенсивное протапливание помещений в зимнее время);
- механические (контакт с раздражающими тканями, такими как шерсть, полиэстер и др.);
- химические (например, нерационально применяемые средства наружной терапии);
- вазодилататоры, стимуляторы (алкоголь, кофе, специи, горячая пища);
- термические (изменения температуры окружающей среды, особенно ее повышение);
- психологические (стрессы, тревожность, депрессия).

Зуд, связанный с сухостью кожи, облегчают смягчающие средства, восстанавливающие естественную гидролипидную пленку и устраняющие раздражение кожи (например, липикар бальзам).

Местные анестетики облегчают зуд, но нередко вызывают сенсibilизацию.

При печеночной недостаточности благоприятно действует припудривание холестираминол, связывающим соли желчных кислот в коже.

Глюкокортикостероиды местного действия редко снимают генерализованный зуд (в отсутствие дерматита), однако могут оказаться полезными в сочетании со смягчающими средствами больным пожилого возраста с сухой кожей.

Назначаются седативные, транквилизирующие, десенсибилизирующие (тиосульфат натрия, препараты кальция), антигистаминные пре-

параты, топические ингибиторы кальциневрина (крем пимекролимуса, мазь такролимус), витамин В₁, энтеросорбенты.

Применяются физиотерапевтические методы лечения: чрескожная нервная стимуляция, акупунктура, фототерапия, диадинамические токи, рефлекторная лазеро- и магнитотерапия. Показан гипноз.

Литература

1. Адаскевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. М.: Медицинская книга, 2004; 165.
2. Бакстон П. Дерматология. Пер. с англ. М.: БИНОМ, 2006; 176.
3. Внутренние болезни. В 10 книгах. Кн. 2: пер. с англ. Под ред. Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р. Г. Петерсдорфа и др. М.: Медицина, 1993; 544.
4. Скворцов В.В. Внутренние болезни. М.: Эксмо, 2014; 1248.
5. Соколовский Е.В., Аравийская Е.Р., Монахов К.Н. и др. Дерматовенерология. Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. Под ред. Е.В. Соколовского. 2-е изд. М.: Академия, 2007; 528.
6. Дядькин В.Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики. Казань: Медлитература, 2006; 320.

ITCHY SKIN

V.V. Skvortsov, MD; O.V. Orlov, T.A. Muchtarov
Volgograd State Medical University

The paper gives information on the clinical presentation of itchy skin as manifestations of different diseases. It indicates the conditions, in which itching may not be accompanied by skin lesions. Recommendations for anti-itch therapy are given.

Key words: itchy skin, pathogenesis, clinical presentation, anti-itch therapy.

