

КОЖНЫЙ ЗУД В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Т.В. Святенко¹, д. мед. н., профессор; Н.В. Михайлец²

¹Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра кожных и венерических болезней;

²Днепропетровская городская больница №17

Кожный зуд (*pruritus, itching*) – ощущение, вызывающее потребность расчесывать кожу. Зуд относится к самым распространенным жалобам в дерматологической клинике [1, 7]. Насчитывается более 100 причин кожного зуда. Патогенез зуда окончательно не выяснен [2, 6]. Существует несколько теорий о природе ощущения зуда.

Согласно одной теории зуд является разновидностью боли. Предполагают, что это видоизмененное болевое ощущение, обусловленное слабым раздражением нервных окончаний в коже, воспринимающих боль. Некоторые исследователи считают, что у человека существуют специфические рецепторы зуда [3, 11]. Стронники другой теории считают, что зуд является самостоятельным ощущением. Известно, что в его формировании участвуют нервные, гуморальные и сосудистые механизмы. Некоторые ученые придают решающее значение в возникновении этого заболевания так называемым биогенным аминам, другие – ферментам. Гистамин является наиболее глубоко изученным медиатором зуда [9, 10]. Однако определенную роль играют и другие медиаторы. Различные амины (серотонин, адреналин), протеазы (калликреин), нейропептиды (вещество P), опиоиды, эйкозаноиды, некоторые факторы роста и цитокины также могут быть первичными медиаторами зуда. И наконец, существует точка зрения, согласно которой решающую роль в возникновении зуда играет наследственность.

Наиболее полно представле-

ны данные, свидетельствующие о том, что кора больших полушарий головного мозга играет большую роль в процессе формирования зуда. Немаловажна роль вегетативной нервной системы в некоторых случаях появления зуда кожи при заболеваниях внутренних органов. Такое состояние при этом может наблюдаться не только при нарушении функции и смещении органа, но также при воспалительных процессах. Степень интенсивности зуда не параллельна интенсивности основного страдания. Больные жалуются на зуд различной интенсивности, который возникает приступообразно, может вызвать бессонницу, подавленность, раздражительность, потерю аппетита, невротические расстройства. На коже первичных морфологических элементов сыпь не наблюдается. Возможны вторичные элементы, которые появляются в результате расчесов. Чаще всего они представлены экскориациями, геморрагическими корочками (точечными или линейными), вторичной пигментацией, лихенизацией, «полированными» ногтями. Ощущение зуда может возникать не только на коже, но и на слизистой оболочке (полость рта, уретра, влагалище) [4, 12, 15].

Общепринятой классификации кожного зуда не существует [1].

Известна следующая патогенетическая классификация:

- кожный зуд, который сопровождается различными кожными болезнями;
- кожный зуд как проявление паранеоплазии;
- первичный идиопатический кожный зуд.

Зуд может быть острым или хроническим; по распространенности – локализованным (ограниченным) или генерализованным (универсальным). В ряде случаев зуд носит хронический характер, являясь единственным симптомом болезни.

Локализованный кожный зуд при кожных заболеваниях обычно указывает на специфические местные причины: атопический, контактный или себорейный де-

рматит; фотодерматит; экзема; псориаз; красный плоский лишай; дерматофитоз; чесотка; педикулез; шистоматоз, медузы и анемоны в пресной и соленой воде [5].

Зуд анальной области может быть вызван геморроем, анальными трещинами, проктитом вследствие воспалительного заболевания кишечника, парапроктитом, простатитом, опухолями, глистными инвазиями, трихомониазом, кандидозом, ферментативными изменениями слизистой оболочки прямой кишки, климактерическими изменениями половых органов, нейропсихическими и нейросексуальными расстройствами. Зуд вульвы может быть результатом цистита, цервицита, опухолевого заболевания прямой кишки, сахарного диабета, пубертатного периода, приема контрацептивов, нейропсихических и нейросексуальных расстройств, повышенной чувствительности к средствам гигиены.

Стойкий зуд при локализации в этих двух областях может иметь психологическую природу. Локализованный хронический интенсивный зуд волосистой части головы может быть ранним симптомом лимфогранулематоза. Персистирующий зуд вдоль медиальной границы лопаток называется парестетической ноталгией и является, вероятно, отдельной сенсорной невропатией [13, 14].

Генерализованный зуд – характерная черта многих кожных заболеваний, а также проявление многочисленных системных нарушений. Генерализованный зуд обычно имеет приступообразный характер, нередко усиливается в вечернее и ночное время. Приступы зуда могут иметь характер пароксизмов, становясь нестерпимыми. В большинстве случаев этот зуд вызван следующими системными причинами:

- беременность;
- медикаментозные реакции – действие барбитуратов, антибиотиков, кодеина, морфина, этанола, декстрана, тубокурарина хлорида, контрацептивов, псоралена, ультрафиолета А (ПУВА) и др.;



**Святенко
Татьяна Викторовна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней, помощник первого проректора Днепропетровской государственной медицинской академии, врач дерматовенеролог высшей категории

- реакция организма на различные виды терапии при лечении раковых заболеваний – химиотерапию, рентгенотерапию или комбинацию этих двух способов лечения, а также терапию по модификации биологических реакций;
 - паразитарные инвазии – трихинеллез, онхоцеркоз, эхинококкоз и др.;
 - инфекционные заболевания – ветряная оспа, розеола;
 - хроническая почечная недостаточность/уремический зуд;
 - болезни печени – обструкция желчных путей (рак головки поджелудочной железы), первичный билиарный цирроз, внутривенный холестаза (при беременности);
 - гематологические заболевания – лейкомии, миелопролиферативные заболевания, парапротеинемия/миелома, синдром гиперэозинофилии, дефицит железа, эритремии;
 - эндокринные заболевания – гипер- и гипотиреозидизм, сахарный диабет, гипер- и гипопаратиреозидизм;
 - неврологические заболевания – нарушения мозгового кровообращения, рассеянный склероз, невроз, психоз, истерии, депрессия, травмы периферических нервов, постгерпетическая невралгия;
 - синдром Шегрена;
 - мастоцитоз;
 - ВИЧ-инфекция;
 - злокачественные опухоли внутренних органов;
 - аквагенная крапивница;
 - холодовая крапивница (иногда на фоне криоглобулинемии);
 - психологические причины;
 - токсическое воздействие – производственные (в том числе контакт со стекловолокном), бытовые, медикаментозные [7, 14].
- К разновидностям генерализованного зуда относят старческий, высотный, солнечный зуд кожи [1]. Старческий зуд кожи наблюдается у лиц старше 60 лет в результате инволюционных процессов в организме, в частности в коже [9]. Высотный зуд возникает у людей при подъеме на высоту свыше 7000 м над уровнем моря и обусловлен раздражением барорецепторов. Солнечный (световой) зуд наблюдается при фотосенсибилизации.

Кожный зуд как проявление паранеоплазии – зуд, который сопровождается злокачественными опухолями внутренних органов. Иногда такой зуд предшествует развитию злокачественных опухолей на протяжении месяцев или лет. Зуд может сопровождать болезнь Ходжкина, хронические лейкозы, синдром Сезари и т.д.

Особое внимание в практике врача-дерматолога, по нашему мнению, должны привлекать пациенты с длительным зудом кожи, который не поддается традиционным методам лечения, без патологических элементов на коже, характерных для определенного кожного заболевания. В 30% случаев у лиц старше 50 лет этот симптом является проявлением паранеопластических изменений – изменений, которые возникают под действием метаболических процессов, обусловленных наличием злокачественных опухолей в организме [3].

В большинстве случаев на коже имеются экскориации, геморрагические корочки, депигментации на месте расчесов, интенсивность зуда при этом может меняться – от интенсивного до умеренного. Зуд может быть постоянным либо возникать внезапно и непродолжительно. Чаще локализация постоянна на одних и тех же областях тела, реже больному кажется, что зудит вся поверхность тела. Таким больным в большинстве случаев выставляется диагноз «пчесуха» и назначается традиционная терапия, которая малоэффективна [8].

Зуд в области вульвы, перианальной области обычно расценивается как проявление кандидоза, дисбактериоза и других процессов инфекционного характера, на чем и заострено внимание дерматовенеролога. Специалисты не обращают внимания на то, что зуд, локализованный на этих участках тела, не поддающийся лечению, может быть проявлением паранеопластических поражений кожи, связанных с локализацией опухоли – при наличии рака матки, опухолях кишечника, особенно прямой кишки и предстательной железы, а также других топографически не связанных локализаций. Наличие длительно существующего зуда на протяжении нескольких лет может быть следствием онкологического заболевания, а кожный зуд является следствием ау-

тоиммунной реакции, вызванной высвобождением или активацией в процессе цитолиза веществ, вызывающих зуд [3]. Такие неспецифические кожные патологии достаточно трудно интерпретировать даже опытному специалисту. Однако при достаточной онкологической настороженности врач должен заподозрить длительный кожный зуд как дерматологический маркер висцеральных опухолей. Таким образом, больные с кожным зудом неопределенной этиологии должны находиться под диспансерным наблюдением у дерматолога и 2–4 раза в год подвергаться полноценному скрининговому обследованию.

Литература

1. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Мед. книга, 2004. – 165 с.
2. Адашкевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. – М.: Мед. лит., 2009. – 672 с.
3. Галил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. – М.: Медицина для всех, 2005.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. Пер. с англ. / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736 с.
5. Каламкарян А.А., Мордовцев В.К., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы. – Ереван, 1989. – 567 с.
6. Кожные и венерические болезни. Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.
7. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматологии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004. – №4.
8. Молочков В.А., Шабалин В.Н., Кряжева С.С., Романенко Г.Ф. Руководство по геронтологической дерматологии. – М.: МОНИКИ, 2005.
9. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас). – М.: Медицина, 2004. – 432 с.
10. Пономарев А.А., Куликов Е.П., Караваев Н.С. и др. Редкие кожно-висцеральные синдромы. – Рязань, 1998. – 648 с.
11. Савчак В., Галникина С. Практична дерматология: Навч. посібник. – К.: Укрмедкнига, 1998. – 272 с.
12. Савчак В.І., Ковальчук М.Т. Хвороби шкіри в практиці сімейного лікаря: Посібник. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 398 с.
13. Arndt K., Bowers K., Chuttani A. Manual of Dermatologic Therapeutics. – Boston: Little, Brown, 1995.
14. Bernhard F. Itch. Mechanisms and Management of Pruritus. – New York: McGraw Hill, 1994.
15. Mary-Margaret Chren et al. Skindex. A quality-of-life measure for patients with skin diseases // J. of Investigative Dermatology. – 1996. – Vol. 107. – P. 707–713.

КОЖНЫЙ ЗУД
В ПРАКТИКЕ
ДЕРМАТОЛОГА