

Кожный зуд в практике врача-терапевта

В. В. Скворцов, О. В. Орлов

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Зуд (*pruritus*) относится к самым распространённым жалобам, касающихся кожи. И эта проблема является ключевой не только в дерматологии. Зуд кожи имеет огромное значение 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 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 зуд патологический, который развивается также в ответ на действие пруритогенов, но в условиях изменённой 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 болезни печени, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и т. д. Кожный зуд может выступать в качестве симптома ряда дерматозов (болезнь Дюринга, крапивница, атопический дерматит, чесотка и др.), но может быть и моносимптомом. Нередко зуд служит одним из ранних симптомов болезней органов кровотока, злокачественных новообразований, эндокринных, нервных и психических болезней [2, 4, 6].

Зуд классифицируется по степени распространённости — локализованный (ограничен определёнными участками кожного покрова) и диффузный (генерализованный), по интенсивности (оценивается по последствиям наносимой травмы кожи во время расчёсывания) — биопсирующий и небиопсирующий (зуд-парестезии и мигрирующий зуд). На коже в результате расчёсывания могут быть экскориации (линейные корочки), кровянистые корочки, пигментация, лихенификация. Вследствие расчёсов вторич-

но могут развиваться 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 серьёзные, как скрытая лимфома или эндокринные нарушения, то анализ состояния больного, жалующегося на зуд, требует клинического мышления того же уровня, что и знания и навыки исследования кожных проявлений. В большинстве случаев зуд не имеет каких-то особых признаков, позволяющих диагностировать конкретно общее 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 Е снимает порог появления зуда при действии как гистамина, так и папаина. В воспалённой 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 большого количества 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 в дерматологии, особенно биопсии кожи.

Больные с зудом, но без очевидных кожных сыпей, со следами постоянного расчёсывания (экскориация) и растирания (лихенификация, полированные ногти) или без них представляют собой трудную за-

дачу в отношении диагностики. Прежде всего, следует попытаться выявить первичные повреждения и некоторые свидетельства первичного кожного заболевания [1, 4].

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

1. обменные и эндокринные нарушения (гипертиреоз, сахарный диабет, карциноидный синдром);
2. злокачественные новообразования (лимфома и лейкоз, рак органов брюшной полости, опухоли ЦНС, множественная миелома, грибовидный микоз);
3. медикаментозное лечение (производные опиума, субклиническая чувствительность к препаратам);
4. инвазии (педикулёз, чесотка, нематодоз, онхоцеркоз, аскаридоз, трихиноз, некоторые зоонозы);
5. болезни почек (хроническая почечная недостаточность);
6. болезни крови (эритремия, парапротеинемия, железодефицитная анемия);
7. болезни печени (внутри- или внепечёночный холестаза, беременность [внутрипечёночный холестаза, проходящий после родов]);
8. психогенные состояния (транзиторные периоды эмоционального стресса), стойкие (мания паразитоза), психогенный зуд, невротические эксориации);
9. разные состояния (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 имеет характер стресса. Как правило, он наблюдается у больных старше 40 лет, чаще у женщин. Этот тип зуда часто ощущается на коже волосистой части головы (тактильный галлюциноз в виде жалоб на отчётливые ощущения ползанья, укусов насекомых и т. п.) и может сопровождаться другими жалобами на неприятные ощущения в виде горького привкуса во рту или жжения в языке. 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 может быть 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 объяснён эмоциональным стрессом или скрытым общим или кожным заболеванием. Этот так называемый сенильный зуд обычно обостряется, когда больной снимает одежду. Чаще он начинается в какой-то одной области, особенно на спине, распространяясь затем на всё тело. Причинами сенильного зуда могут быть выраженный атеросклероз, гипопункция эндокринных желёз, 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 может быть реакция на лекарственные препараты типа ацетилсалициловой кислоты, препаратов опия 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. Он часто появляется вначале на ладонных и подошвенных поверхностях. Состояние часто облегчается при приёме внутрь холестирамина [2, 4–6].

Диагностика. Основной задачей врача является выяснение этиологии зуда, от успешности решения которой зависит результат проводимой терапии. При этом помнить, что кожный зуд — это симптом, а не заболевание или диагноз.

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

1. клинический анализ крови, СОЭ;
2. общий анализ мочи с определением белка, сахара, осадка;
3. биохимическое исследование крови:
 - а) функциональные печёночные пробы — АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза;
 - б) уровень глюкозы натощак;
 - в) уровень холестерина;
 - г) уровень мочевины, мочевой кислоты, креатинина, кислой фосфатазы;

д) определение общего белка и белковых фракций;

е) уровень железа и железосвязывающая способность сыворотки, насыщение эритроцитов железом;

4. анализ кала на скрытую кровь, гельминты и их яйца;
5. рентгенография органов грудной клетки;
6. функциональное обследование щитовидной железы, уровень тироксина [2, 3].

В случае необходимости потребуются углублённое обследование пациента, страдающего зудом:

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

Противозудная терапия. Сложность патогенеза и многообразии 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.

Основной целью лечения является 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 её повышение);
- психологические (стрессы, тревожность, депрессия).

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

Местные анестетики облегчают зуд, но нередко вызывают сенсibilизацию.

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

Кортикостероиды местного действия редко снижают генерализованный зуд (в отсутствие дерматита). Однако могут оказаться полезными больным пожилого возраста с сухой кожей — в сочетании со смягчающими средствами.

Назначаются седативные, транквилизирующие, десенсибилизирующие (тиосульфат натрия, препараты кальция), антигистаминные препараты, топические ингибиторы кальциневрина (крем пимекролимуса, мазь такролимус), витамин В₁, энтеросорбенты.

Применяются физиотерапевтические методы лечения: чрезкожная нервная стимуляция, акупунктура, фототерапия, диадинамические токи, рефлекторная лазеро- и магнитотерапия. Показан гипноз [2, 4–6].

Литература

1. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. — Москва: Медицинская книга, 2004. 165 с.: ил.
2. Бакстон П. Дерматология. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ», 2006. — 176 с., ил.
3. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 2: Пер. с англ./Под ред. Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р. Г. Петерсдорфа и др. — М.: Медицина. — 1993. — 544 с.: ил.
4. Дерматовенерология: учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений/[Е. В. Соколовский, Е. Р. Аравийская, К. Н. Монахов и др.]; под ред. Е. В. Соколовского. — 2-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 528 с.
5. Дядькин В. Ю. Справочник по кожным и венерическим болезням для врачей общей практики/В. Ю. Дядькин. — Казань: Медлитература, 2006. — 320 с.
6. Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная инфекция. Серия: Библиотека практического врача-дерматовенеролога./Под ред. Е. В. Соколовского — СПб.: Сотис. — 1998. — 148 с.