

А.Є. Богомолів

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Синдром свербіжжя в практиці алерголога: від механізмів виникнення до можливостей лікування

Мета роботи — вдосконалити методи диференційної діагностики та ведення пацієнтів із синдромом свербіжжя.

Матеріали та методи. Представлено огляд літератури і проаналізовано діагностичні підходи та принципи ведення пацієнтів із синдромом свербіжжя.

Результати та обговорення. Дотепер точний патогенез свербіжжя залишається невідомим. Раніше вважалося, що свербіж в основному викликаний виділенням гістаміну. Однак останні дослідження показують, що деякі медіатори, такі як 5-гідрокситриптамін (5-НТ), протеази, опіоїдний пептид та інші пептиди відіграють вирішальну роль у механізмі свербіжжя.

Більшість шкірних захворювань, пов'язаних зі сверблячкою, — це контактний дерматит, atopічний дерматит, кропив'янка, нейродерміт, екзема та шкірний свербіж. Крім того, свербіж може виникати через системні порушення — запальні захворювання, метаболічні захворювання, інфекції, неврологічні розлади, ендокринні захворювання, психічні розлади та рак. В алгоритмі діагностики рекомендованим є поділ свербіжжя на локалізований та генералізований.

У лікуванні можна використовувати нефармакологічні засоби, топічну та системну терапію. Антигістамінні препарати є популярним варіантом лікування хронічного свербіжжя, оскільки вони схвалені для лікування і є доступними. Одним із найбільш досліджених є біластин, що володіє відмінним профілем безпеки та не взаємодіє з іншими лікарськими засобами.

Висновки. Свербіж є достатньо поширеним мультидисциплінарним симптомом у практиці алерголога, який супроводжує низку захворювань (у першу чергу atopічний та контактний дерматити, кропив'янка) та потребує ретельної диференційної діагностики та підбору терапії для максимально ефективного ведення пацієнтів. У випадку тривалого призначення медикаментозних засобів необхідно враховувати профілі безпеки препаратів, ретельно оцінюючи співвідношення ризик/користь для пацієнта.

Ключові слова

Свербіж, гістамін, лікування, диференційна діагностика.

Свербіж шкіри — відчуття, що спонукає розчісувати шкіру і справляє значний негативний вплив на психологічні та фізичні аспекти життя [11, 17]. Це найпоширеніший симптом шкірних захворювань, іноді легкий, а іноді нестерпний. Окрім того, свербіж шкіри також є однією з найпоширеніших причин звернення пацієнта до дерматолога [25].

Більшість шкірних захворювань, таких як контактний дерматит, atopічний дерматит, кропив'янка, нейродерміт, екзема та шкірний свербіж, супроводжуються свербіжем [8, 9, 24, 23]. Крім того, свербіж може виникати через системні порушення — запальні, метаболічні та ендокринні захворювання, інфекції, неврологічні і психічні розлади та рак [16, 18, 20, 21].

Відповідно до такої поширеності синдрому свербіжжя у практиці метою цієї роботи було вдосконалення методів диференційної діагностики та ведення пацієнтів з синдромом свербіжжя.

Матеріали та методи

Було проведено огляд літератури і проаналізовано діагностичні підходи та принципи ведення пацієнтів із синдромом свербіжжя.

Результати та обговорення

Зазвичай вважають, що причини свербіжжя надзвичайно складні, і в його виникненні бере участь багато внутрішніх та зовнішніх чинників. Внутрішні чинники можуть бути пов'язані з хронічною інфекцією, блокуванням кровообігу,

Таблиця 1. Основні типи свербіжів згідно з класифікацією та їхня характеристика

Тип свербіжів	Характеристика
Системний	Свербіж з боку систем та органів за винятком шкірних причин (наприклад, холестаза, захворювання нирок, мієлопроліферативні розлади, гіпертиреоз) Виникнення за участі центральної нервової системи Відсутність включення в процес формування периферичних нервових закінчень Гематологічні, ниркові, печінкові та медикаментозні причини
Психогенний	Свербіж через розлади психіки Причини включають обсесивно-компульсивний розлад, депресію, тривогу, розлади соматичних симптомів, психоз, вживання наркотичних речовин
Неврогенний	Свербіж через пошкодження центрального або периферичного нерва (наприклад, постгерпетична невралгія, брахіорадіальний свербіж) Причини, подібні до невропатичного болю
Шкірний	Дерматологічний свербіж (наприклад, ксероз, короста, кропив'янка, реакції на укуси комах) Передаються повільними, немієлінізованими нервовими волокнами групи С (нервові корінці в епідермісі, що спричиняють свербіж і відокремлюються від болючих нервових волокон групи С)
Змішаний	Дві причини або більше

зміною ендокринного гомеостазу та метаболізму, спадковою схильністю до алергії, тоді як зовнішні є більш складними та мінливими і представлені їжею, аерогенними речовинами, хімічними матеріалами, шерстю тварин тощо [6].

Дотепер точний патогенез свербіжів залишається невідомим. Раніше вважали, що свербіж зумовлений здебільшого виділенням гістаміну [3]. Однак результати нещодавно проведених досліджень свідчать, що деякі медіатори, такі як 5-гідрокситриптамін (5-НТ), протеази, опіоїдний пептид та інші пептиди, відіграють вирішальну роль у механізмі свербіжів [16, 23].

За системним механізмом свербіжів поділяють на такі типи [3, 18, 24] (табл. 1).

Системний свербіж зумовлений проблемами системного характеру з боку різних органів і систем за винятком патології шкіри.

Психогенний свербіж — це функціональний стан, зумовлений впливом психологічних чинників (можливі додаткові подразнювальні чинники, сухість шкіри тощо) та психічними порушеннями. Паразитна фобія — це поширений розлад, що характеризується психогенним свербіжем [19].

Неврогенний свербіж походить від центральної нервової системи, де виробляється шляхом індукції та передачі медіаторів та рецепторів без пошкодження нервів. Наприклад, свербіж при холестазі спричиняють опіоїдні пептиди, що діють на μ -опіоїдний рецептор [5, 10, 24].

Шкірний свербіж пов'язаний з патологією шкіри — запаленням, сухістю або пошкодженням. Він виникає і подразнюється провідністю С-нервового волокна. До цієї категорії належать деякі типові захворювання, такі як кропив'янка, короста та дерматит від укусів комах [14, 18, 21].

Змішаний свербіж зумовлений різними чинниками, опосередкований двома механізмами або більше. Наприклад, atopічний дерматит є типовим захворюванням, що включає шкірний та нейрогенний свербіж [10, 12].

Попри те, що точний механізм свербіжів до кінця не встановлено, результати сучасних досліджень вказують на те, що деякі медіатори є ключовими чинниками, що призводять до виникнення та посилення свербіжів, виконуючи різні ролі в різних умовах. Більше того, доведено, що сигнальні шляхи та нейромедіатори також відповідають за відчуття свербіжів. Втім, найбільш значущою у поясненні більшості механізмів виникнення свербіжів все ж лишається гістамінова модель, яка основну роль відводить гістаміну, що є найвідомішим та найбільш ретельно дослідженим медіатором свербіжів. Утворений гістамін у великих кількостях міститься у гранулах опосередкованих клітин, після активації яких негайно потрапляє в навколишні тканини, де може спричинити свербіж через рецептори H1 на нервових волокнах. Залишається незрозумілим, чи призводить до свербіжів активація H4-рецепторів [7]. Результати досліджень на мишах показали, що H4-рецептори відіграють значну роль у спричиненому гістаміном свербіжі, хоча не до кінця визначено, чи є ключовими саме рецептори H4 на сенсорних нервах або інших клітинах [22]. За даними експериментальних досліджень та результатами вивчення деяких шкірних розладів, таких як кропив'янка, відомо, що гістамін може призвести до виникнення сильного свербіжів. В клінічній практиці свербіж, спричинений впливом чистого гістаміну, є рідкісним (рис. 1).

У практиці алерголога свербіж є частим симптомом, який майже завжди супроводжує atopічний

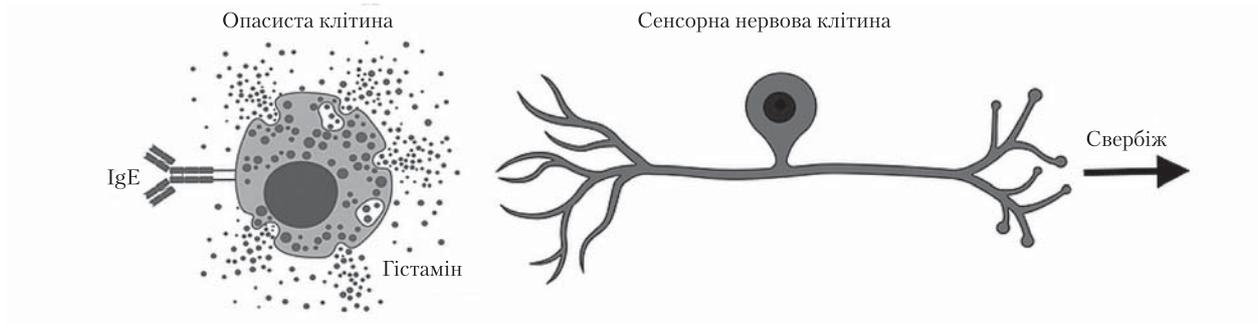


Рис. 1. Типовий механізм виникнення свербежу, опосередкованого гістаміном

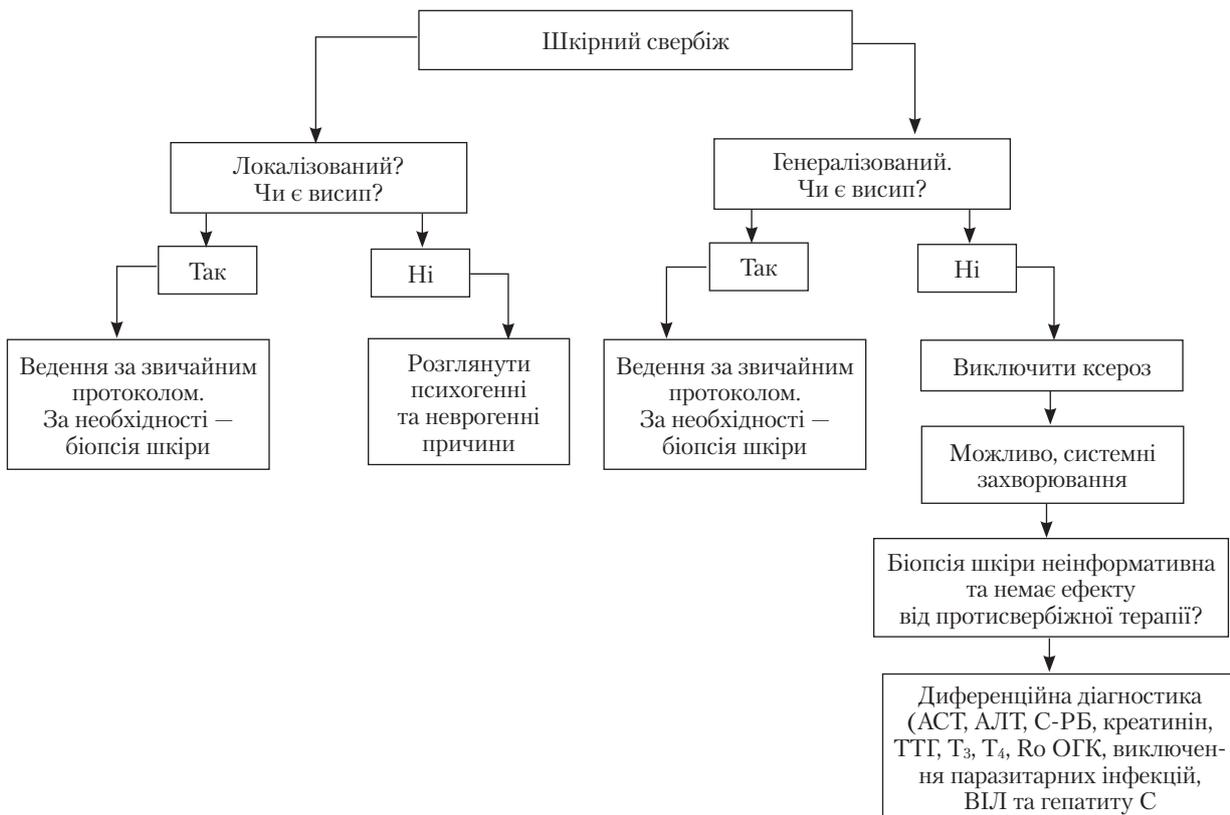


Рис. 2. Диференційно-діагностичний алгоритм свербежу

ний дерматит, контактну алергію, різні види кропив'янки. В алгоритмі діагностики рекомендованим є поділ свербежу на локалізований та генералізований (рис. 2).

Пацієнта зі свербежем перш за все слід ретельно оглянути з метою виявлення первинних уражень. Необхідно пам'ятати, що хронічне розчухування та подряпани можуть призвести до неспецифічних уражень, що включають ліхенізацію, вузлики прурити та екскоріації. Спроби визначити основну причину цих уражень зазвичай складні.

Найголовнішим у диференційному діагнозі є розподіл свербежу на локалізований чи гене-

ралізований. Якщо свербіж локалізований, то за первинним ураженням шкіри часто можна встановити чіткий діагноз. Наприклад, наявність даних про оперізувальний лишай в анамнезі може свідчити про постгерпетичну невралгію. З іншого боку, диференційний діагноз генералізованого свербежу без первинних уражень є широким і часто потребує збору всебічного анамнезу та проведення дослідження. Генералізований свербіж може мати або не мати основного ураження шкіри. Важливо зауважити, наприклад, що первинні види кропив'янки швидкоплинні і тому їх можна легко пропустити. Спочатку слід виключити ксероз, відсутність

Таблиця 2. Основні діагностичні критерії захворювань шкіри, що супроводжуються шкірним свербіжем

Захворювання	Основні симптоми
Алергійний контактний дерматит	Еритематозний висип з чіткою межею, зазвичай збігається з ділянкою дії контактного алергену. Поверх цих елементів часто розташовуються везикули. Ураження шкіри виникає через 2–7 днів після впливу алергену
Атопічний дерматит	Типова морфологічна картина має вікову динаміку. У дітей раннього віку висип розташовується здебільшого на шкірі обличчя і розгинальній поверхні рук і ніг. Типовою є локалізація ураження шкіри у пацієнтів старшого віку і дорослих у «згинальних» ділянках зап'ясть, колінних і ліктьових суглобів. Характерним є свербіж, який перетворюється на висип після розчісування зовнішніх неуражених ділянок шкіри. Для діагностики велике значення має наявність супутніх алергійних захворювань (бронхіальна астма, алергійний риніт)
Бульозний пемфігоїд	Спочатку висип нагадує сверблячу кропив'янку, найчастіше локалізується на ділянках шкіри, схильних до тертя. Після уртикарії утворюються напружені міхури
Т-клітинна лімфома шкіри	Овальні екзематизовані бляшки на шкірі, не схильної до впливу сонячних променів (наприклад, сідниці). У пацієнтів літнього віку можливий початок захворювання у вигляді екземи, що несподівано виникла. Одним з варіантів розвитку захворювання є еритродермія (ексфолюативний дерматит)
Герпетиформний дерматит	Рідко зустрічається дерматит з характерним бульбашковим висипом, який найчастіше локалізується на шкірі попереково-крижової ділянки, передпліч і колін
Фолікуліт	Висип характеризується папулами і пустулами, що виникають на ділянках шкіри з найбільш вираженими її фолікулами: грудях, спині, стегнах
Плаский лишай	Найчастіше уражається шкіра згинальних поверхонь зап'ясть. Основними симптомами є свербіж та плоскі папули фіолетового відтінку полігональної форми, вкриті лусочками
Педикульоз	Запідозрити захворювання у школярів можна за кольором потилиці. У дорослих частіше виникає свербіж у ділянці статевих органів
Псоріаз	Свербіж не є постійним симптомом. Найчастіше виявляють бляшки, вкриті лусочками. Вони переважно локалізуються на розгинальній поверхні кінцівок, шкірі нижньої частини спини, долонях, підшвах і волосистій частині голови
Короста	Зазвичай відзначається свербіж шкіри рук, пахвових западин, геніталій. Часто виявляють коростяві ходи. Висип представлений бляшками з ознаками гіперкератозу, папулами, які зудять, і лусочками. У дітей може уражатися шкіра обличчя і волосистої частини голови, чого не відзначають у дорослих

первинних уражень шкіри в іншому випадку свідчить про те, що клініцист повинен враховувати результати фізичного обстеження, встановлюючи діагноз системного захворювання. Важливо оцінити такі ознаки, як стигмати хронічного захворювання печінки, блідість кон'юнктиви, тиреомегалію, спленомегалію та лімфаденопатію.

Звісно, найчастіше алерголог у своїй практичній роботі стикається з випадками свербіжу, зумовленого саме захворюваннями шкіри. Основні диференційно-діагностичні ознаки шкірних хвороб, що супроводжуються свербіжем, наведено в табл. 2.

Принципи ведення пацієнтів

Поточні рекомендації щодо лікування свербіжу включають покровоку терапію з урахуванням тяжкості симптомів, супутніх захворювань, віку пацієнта, сумісних ліків та тяжкості уражень, спричинених розчісуваннями. Загалом частою є комбінація кількох способів лікування, врахову-

ючи, що на тлі свербіжу ураження, що виникають унаслідок подряпин, також потребують лікування. Багатьом пацієнтам показане поєднання системної та місцевої терапії.

Огляд основних видів терапії свербіжу шкіри наведено в табл. 3.

Зовнішні чинники, що впливають на шкіру, можуть посилити свербіж або спровокувати його. До них входять фізичні чинники, такі як перебування у перегрітих приміщеннях або в теплому ліжку, а також тривале носіння ізоляційного одягу. Також слід уникати впливу чинників, які подразнюють поверхню шкіри, таких як грубі тканини або вовняний одяг. Важливою причиною свербіжу є сухість шкіри, яка може посилюватися при занадто частому митті або безконтрольному використанні мила. Часто у пацієнтів, які звертаються до лікаря з хронічним свербіжем, спостерігають сухість шкіри або ексикаційну екзему. В таких випадках перш за все необхідно розпочати зволожувальну терапію як базове лікування. Іншим важливим питанням є лікування уражень, спри-

Таблиця 3. Основні типи терапії шкірного свербіжу та рівні доказовості їхнього застосування (за Nowak, 2017)

Клас	Показання		Рівень доказовості
Нефармакологічна терапія	Зволоження	Показане усім пацієнтам	III
	Перебування у прохолодному середовищі	Показане усім пацієнтам	III
	Уникання впливу подразників	Показане усім пацієнтам	III
	Порушення циклу свербіж—подряпина	Показане усім пацієнтам	III
	Поведінкова терапія, релаксація, зменшення вираженості стресу	Показані усім пацієнтам, але особливо з атопічним дерматитом та іншими формами хронічного свербіжу	II
Топічна терапія	Кортикостероїди	Запальні дерматози	I
	Інгібітори кальциневрину	Запальні дерматози	I
	Капсаїцин	Локалізований свербіж (наприклад, невропатичний)	III
	Ментол	Локалізований свербіж (наприклад, невропатичний)	III
	Прамоксин або суміш лідокаїну та прилокаїну	Післяопіковий, уремічний або невропатичний свербіж	II
	Доксепін	Атопічний дерматит	I
Системна терапія	Неседативні антигістамінні препарати	Кропив'янка, реакції на укуси комах, мастоцитоз, реакції на лікарські засоби	I
	Антигістамінні препарати першого покоління	Нічний свербіж	III
	Антагоністи μ -опіоїдних рецепторів	Холестатичний свербіж, хронічна кропив'янка, атопічний дерматит	I
	Агоністи κ -опіоїдних рецепторів	Індукований опіатами свербіж, уремічний свербіж	I
		Паліативна допомога	I
	SSRI (пароксетин, флувоксамін, сертралін)	Атопічний дерматит, системна лімфома, тверда карцинома, уремічний свербіж, холестатичний свербіж	II
	Доксепін	Атопічний дерматит, зуд, пов'язаний з ВІЛ, шкірні алергічні реакції, кропив'янка	II
	Протисудомні засоби (габапентин, прегабалін)	Уремічний свербіж	I
		Невропатичний свербіж, ідіопатичний свербіж	II
	Урсодезоксихолева кислота	Внутрішньопечінковий холестаза у період вагітності	I
Пероральні імунодепресанти (циклоспорин, азатіоприн, мікофенолатмофетил)	Запальні дерматози	I	
Кортикостероїди	Запальні дерматози	I	

чинених подряпинами. Класична дерматологічна терапія (наприклад, пом'якшувальні засоби, місцеві кортикостероїди, короткочасне застосування полідоканолу, сечовини, ментолу) довела свою

ефективність. Антигістамінні препарати для місцевого застосування не мають протисвербіжної дії і, крім того, можуть виявляти сенсibiliзуювальний ефект, тому їх застосування доцільно уникати.

Внутрішні чинники також можуть посилити сприйняття свербіжів. До них входять застосування гострих спецій, вживання алкоголю і гарячих напоїв, прийом широкого спектра ліків (наприклад, β -блокатори, алопуринол) та вплив психогенних чинників, таких як напруження і стрес.

У клінічній практиці для зменшення вираженості свербіжів часто використовують багато місцевих препаратів. Очищаючі агенти, зволожувачі та емолієнти з низьким рН дуже ефективні для зменшення подразнення шкіри. Охолоджувальні речовини можуть спричинити відчуття охолодження, щоб зменшити свербіж, стимулюючи нервові закінчення. Більше того, місцеві анестетики мають кращу ефективність при помірному свербіжі, особливо в поєднанні з охолоджувальними рідинами. Як найефективніші протизапальні засоби для місцевого застосування кортикостероїди часто застосовують для зменшення свербіжів при дерматозах, спричинених медіаторами свербіжів, але вони не завжди можуть контролювати системний свербіж; їх доцільно застосовувати лише протягом короткого часу, оскільки при тривалому застосуванні шкіра атрофується і стає сухою, що іноді призводить до індукованого кортикостероїдами вугрового висипу, розацеа або періорального дерматиту. Новітні імунодепресанти, такі як пімекролімус та такролімус, мають подібну ефективність до кортикостероїдів у лікуванні свербіжів, проте можливі незначні побічні ефекти. Крім того, оптичний капсаїцин може ефективно зменшити свербіж, запобігаючи синтезу, передачі та вивільненню SP.

Антигістамінні препарати є популярним варіантом лікування хронічного свербіжів, оскільки вони схвалені і є доступними. Існують дві основні реакції на свербіж: по-перше, рецепторзалежний ефект, який запобігає прямому зв'язуванню гістаміну з H1-рецептором; по-друге, заспокійливий та антихолінергічний ефект, який різною мірою властивий антигістамінним препаратам різних поколінь. Клінічний досвід показав, що монотерапія антигістамінними препаратами у звичних дозах, яку призначають при хронічному свербіжі та кропив'янці, часто є неефективною, і тому пацієнти часто самі підвищують дозу призначених ліків. Виходячи зі спостереження, що антигістамінні засоби у високих дозах виявляють протисвербіжну дію незалежно від седативного ефекту, рекомендовано підвищити дозу антигістамінних препаратів до чотирьох разів.

Не всі системні неседативні антигістамінні препарати достатньо вивчені для усунення свербіжів у пацієнтів, а одним із найбільш досліджених з них є біластин [2, 4, 13, 15, 26, 27]. Так, у

дослідженні, проведеному E. Serra та спіавт. [15], середня зміна щотижневого показника тяжкості свербіжів від вихідного рівня до 8-го тижня (первинна кінцева точка) була зменшена при застосуванні біластину (загалом та за групами захворювань). Відсоткове та абсолютне скорочення становило 71,16 % та 1,63 пункту відповідно ($p < 0,001$). У групі пацієнтів, у яких не було відповіді на терапевтичне дозування і 4-кратне дозування ($n = 31$), відзначено покращення щотижневих показників тяжкості свербіжів з вихідного рівня до 8-го тижня; відсоткове та абсолютне скорочення становило 49,08 % та 1,13 пункту відповідно ($p < 0,001$). Біластин покращує індекс дерматологічної якості життя на 4-му та 8-му тижні ($p < 0,001$) у хворих усіх груп, а також 7-денний показник активності кропив'янки ($p < 0,001$).

Окрім того, при більшості захворювань, що супроводжуються свербіжем, антигістамінні препарати призначають на досить тривалий термін. При цьому необхідно враховувати профіль безпеки препарату та його взаємодію з іншими лікарськими засобами. Тому безпека препарату при використанні у дозі, що перевищує дозовану, має першочергове значення. Важливим аспектом безпеки є потенційна кардіотоксичність. Спочатку цю проблему було виявлено приблизно 20 років тому з кардіотоксичною смертю внаслідок прийому астемізолу та терфенадину, двома ранніми блокаторами H1-гістамінових рецепторів. У огляді M. Cataldi [1] відзначено, що біластин володіє відмінним профілем безпеки, не маючи доказів кардіотоксичності, навіть у разі підвищення стандартної ліцензованої дози до чотирикратної. Умовою цього є виключення потенційних чинників ризику кардіотоксичності, таких як наявність успадкованого синдрому подовженого інтервалу Q–T, старший вік, наявність серцево-судинних розладів, гіпокаліємія та гіпомagneмія.

У відкритому однорічному дослідженні вивчено ефективність тривалого лікування біластином [26], результати якого продемонстрували, що застосування препарату сприяє значному зменшенню висипань та симптомів свербіжів в короткі терміни (2 тиж) і ця реакція зберігається протягом 52 тиж, що підтверджує відсутність тахіфілаксії. Впродовж усього періоду лікування хворі добре переносили біластин. Побічні ефекти, пов'язані з його застосуванням, аналогічні до таких плацебо.

Висновки

Отже, свербіж є достатньо поширеним мультидисциплінарним симптомом, який супроводжує

низку захворювань (перш за все atopічний та контактний дерматит, кропив'янку) та потребує проведення ретельної диференційної діагностики і підбору терапії для максимально ефективно-

го ведення пацієнтів. У разі тривалого прийому медикаментозних засобів необхідно враховувати профілі безпеки препаратів, ретельно оцінюючи їхні співвідношення ризик/користь для пацієнта.

Список літератури

- Cataldi M., Maurer M., Tagliatalata M., Church M.K. Cardiac safety of second-generation H(1)-antihistamines when up dosed in chronic spontaneous urticaria // Clin. Exp. Allergy.— 2019.— Vol. 49 (12).— P. 1615–1623. doi: 10.1111/cea.13500.
- Krause K., Spohr A., Zuberbier T. et al. Up-dosing with bilastine results in improved effectiveness in cold contact urticaria // Allergy.— 2013.— Vol. 68.— P. 921–928. doi: 10.1111/all.12171.
- Lavery M.J., Kinney M.O. et al. Pruritus: an overview. What drives people to scratch an itch? // Ulster Med. J.— 2016.— Vol. 85.— P. 164–173.
- Lynde C.W., Sussman G., Dion P.-L. et al. Multidisciplinary Real-World Experience With Bilastine, a Second Generation Antihistamine // J. Drugs Dermatol.— 2020.— Vol. 19 (2).— P. 145–154. doi: 10.36849/JDD.2020.4835.
- Mettang T., Kremer A.E. Uremic pruritus // Kidney Int.— 2015.— Vol. 87 (4).— P. 685–691. doi: 10.1038/ki.2013.454.
- Metz M., Grundmann S., Ständer S. Pruritus: An overview of current concepts // Vet. Dermatol.— 2011.— Vol. 22 (2).— P. 121–131. doi: 10.1111/j.1365-3164.2010.00945.x.
- Metz M., Siebenhaar F., Maurer M. Mast cell functions in the innate skin immune system // Immunobiol.— 2008.— Vol. 213.— P. 251–260. doi: 10.1016/j.imbio.2007.10.017.
- Micali G., Verzi A.E., Lacarrubba F. Pruritus // Vulval Dermatologic Diagnosis: Diagnosis by Clinical Presenting Sign.— 2015. doi: 10.1055/s-0038-1629162.
- Misery L., Ständer S. Pruritus.— London: Springer-Verlag, 2010. doi: 10.1007/978-1-84882-322-8.
- Misery L., Ständer S. Sensitive skin // Pruritus.— London: Springer-Verlag, 2010.— P. 141–142.
- Nowak D.A., Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus // Can. Fam. Physician.— 2017.— Vol. 63 (12).— P. 918–924.
- Patel G., Saltoun C. Skin testing in allergy // Allergy Asthma Proc.— 2019.— Vol. 40.— P. 366–368. doi: 10.2500/aap.2019.40.4248.
- Phinyo P., Koompawichit P., Nochaiwong S. et al. Comparative Efficacy and Acceptability of Licensed Dose Second-Generation Antihistamines in Chronic Spontaneous Urticaria: A Network Meta-Analysis // J. Allergy Clin. Immunol. Pract.— 2020.— doi: 10.1016/j.jaip.2020.08.055.
- Reamy B.V., Bunt C.W., Fletcher S. A diagnostic approach to pruritus // Am. Fam. Physician.— 2011.— Vol. 84 (2).— P. 195–202.
- Serra E., Campo C., Novák Z. et al. Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases: an exploratory study // J. Dermatol. Treat.— 2020.— Vol. 31 (3).— P. 270–278. doi: 10.1080/09546634.2019.1590522.
- Song J., Xian D., Yang L. et al. Pruritus: Progress toward Pathogenesis and Treatment // BioMed Res. Int.— 2018.— P. 9625936. doi: 10.1155/2018/9625936.
- Spiric J., Engin A.M., Karas M., Reuter A. Quality Control of Biomedicinal Allergen Products — Highly Complex Isoallergen Composition Challenges Standard MS Database Search and Requires Manual Data Analyses // PloS One.— 2015.— Vol. 10.— P. e0142404. doi: journal.pone.0142404.
- Ständer S. Classification // Pruritus.— London: Springer-Verlag, 2010.— P. 77–78. doi: 10.1007/978-1-84882-322-8.
- Ständer S., Grundmann S.A. Chronic pruritus // G. Ital. Dermatol. Venereol.— 2012.— Vol. 147 (2).— P. 161–169. doi: 10.1056/nejmcp1208814.
- Ständer S., Steinhoff M. Pathophysiology of pruritus in atopic dermatitis: An overview // Exp. Dermatol.— 2002.— Vol. 11 (1).— P. 12–24. doi: 10.1034/j.1600-0625.2002.110102.x.
- Ständer S., Weisshaar E., Mettang T. et al. Clinical classification of itch: A position paper of the international forum for the study of itch // Acta Derm. Venereol.— 2007.— Vol. 87 (4).— P. 291–294. doi: 10.2340/00015555-0305.
- Thurmond R.L., Gelfand E.W., Dunford P.J. The role of histamine H1 and H4 receptors in allergic inflammation: the search for new antihistamines // Nat. Rev. Drug. Discov.— 2008.— Vol. 7 (1).— P. 41–53. doi: 10.1038/nrd2465.
- Weisshaar E., Apfelbacher C., Jäger G. et al. Pruritus as a leading symptom: clinical characteristics and quality of life in German and Ugandan patients // Br. J. Dermatol.— 2006.— Vol. 155.— P.957–964. doi: 10.1111/j.1365-2133.2006.07430.x.
- Weisshaar E., Kucenic M.J., Fleischer A.B. Pruritus: A review // Acta Derm. Venereol.— 2003.— Vol. 213.— P. 5–32.
- Westwood M., Ramaekers B., Lang S. et al. Immunocap® ISAC and microtest for multiplex allergen testing in people with difficult to manage allergic disease: A systematic review and cost analysis // Health Technol. Assess.— 2016.— Vol. 20 (67).— P. 1–178. doi: 10.3310/hta20670.
- Yagami A., Furue M., Togawa M. et al. One-year safety and efficacy study of bilastine treatment in Japanese patients with chronic spontaneous urticaria or pruritus associated with skin diseases // J. Dermatol.— 2017.— Vol. 44.— P. 375–385. doi: 10.1111/1346-8138.13644.
- Zuberbier T., Oanta A., Bogacka E. et al. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs levocetirizine 5 mg for the treatment of chronic idiopathic urticaria: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled study // Allergy.— 2010.— Vol. 65.— P. 516–528. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02217.x.

А.Е. БОГОМОЛОВ

Винницький національний медичинський університет імені М.И. Пирогова

Синдром зуду в практиці алерголога: ОТ МЕХАНІЗМОВ ВОЗНИКНОВЕННЯ ДО ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕННЯ

Цель работы — усовершенствовать методы дифференциальной диагностики и ведения пациентов с синдромом зуда.

Материалы и методы. Представлен обзор литературы и проанализированы диагностические подходы и принципы ведения пациентов с синдромом зуда.

Результаты и обсуждение. До сих пор точный патогенез зуда остается неизвестным. Ранее считалось, что зуд в основном вызван выделением гистамина. Однако последние исследования показывают, что некоторые медиаторы,

такие как 5-гидрокситриптамин (5-НТ), протеазы, опиоидные пептиды и другие пептиды играют решающую роль в механизме зуда.

Большинство кожных заболеваний, связанных с зудом, — это контактный дерматит, атопический дерматит, крапивница, нейродермит, экзема и кожный зуд. Кроме того, зуд может возникать из-за системных нарушений — воспалительные заболевания, метаболические заболевания, инфекции, неврологические расстройства, эндокринные заболевания, психические расстройства и рак. В алгоритме диагностики заказным является разделение зуда на локализованный и генерализованный.

В лечении можно использовать нефармакологические средства, топическую и системную терапию. Антигистаминные препараты являются популярным вариантом лечения хронического зуда, поскольку они одобрены для лечения и доступны. Одним из самых исследованных является биластин, обладающий отличным профилем безопасности и не взаимодействующий с другими лекарственными средствами.

Выводы. Зуд достаточно распространенный мультидисциплинарный симптом в практике аллерголога, который сопровождается рядом заболеваний (в первую очередь атопический и контактный дерматит, крапивница) и требует тщательной дифференциальной диагностики и подбора терапии для максимально эффективного ведения пациентов. В случае длительного назначения медикаментозных средств необходимо учитывать профили безопасности препаратов, тщательно оценивая соотношение риск/польза для пациента.

Ключевые слова: зуд, гистамин, лечение, дифференциальная диагностика.

A.E. Bohomolov

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Pruritus syndrome in practice of an allergist: from mechanisms of occurrence to options of treatment

Objective — to improve the methods of differential diagnosis and management of patients with pruritus syndrome.

Materials and methods. A review of the literature is presented and diagnostic approaches and principles of management of patients with pruritus syndrome are analyzed.

Results and discussion. Until now, the exact pathogenesis of pruritus remains unknown. It was previously thought that pruritus is mainly caused by the release of histamine. However, recent studies show that some mediators, such as 5-hydroxytryptamine (5-HT), proteinases, opioid peptides and other peptides play a crucial role in the mechanism of pruritus.

The most common skin conditions associated with pruritus are contact dermatitis, atopic dermatitis, urticaria, neurodermatitis, eczema, and dermal pruritus. In addition, pruritus can occur due to systemic disorders — inflammatory diseases, metabolic diseases, infections, neurological disorders, endocrine diseases, mental disorders and cancer. In the diagnostic algorithm, it is recommended to classify it into localized and generalized pruritus.

Non-pharmacological agents, topical and systemic therapy can be used in treatment. Antihistamines are a popular treatment option for chronic pruritus because they are approved for treatment and are available. One of the most studied medications is bilastine, which has an excellent safety profile and does not interact with other drugs.

Conclusions. Pruritus is a common multidisciplinary symptom in the practice of allergists, which accompanies a number of diseases (primarily atopic and contact dermatitis, urticaria) and requires careful differential diagnosis and selection of therapy for the most effective management of patients. In the case of long-term use of drugs, it is necessary to consider the safety profiles of drugs, carefully assessing the risk/benefit ratio for the patient.

Key words: pruritus, histamine, treatment, differential diagnosis. □

Дані про автора:

Богомолов Артемій Євгенович, к. мед. н., доц. кафедри фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології
21037, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
E-mail: art.bogomolov@gmail.com