



DOI: 10.31636/pmjua.v5i2.5

Свербіж як початок болю (Частина 3)

Кушнір В. О.^{1,2}, Дмитренко С. В.¹, Катілов О. В.¹, Кушнір Н. М.³¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова²Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, Вінниця³Вінницький медичний коледж ім. Д. К. Заболотного

Резюме. *Свербіж шкіри – вкрай неприємний симптом, що здатний провокувати безсоння, пригніченість, дратівливість, втрату апетиту. Існує кілька теорій виникнення свербежу. За однією з них, свербіж є видозміненим больовим відчуттям, зумовленим слабким подразненням нервових закінчень у шкірі. Згідно з другою, свербіж – це самостійний симптом, у формуванні якого беруть участь нервові, гуморальні й судинні механізми. Інші теорії розглядають свербіж як реакцію вегетативної нервової системи чи спадковий патологічний стан. За даними останніх досліджень, для свербежу шкіри характерна відсутність універсального периферичного медіатора свербіння. Пусковим чинником виникнення свербежу є дія пруритогену – механічного, хімічного, термічного або електричного стимулятора безпосередньо чи опосередковано через медіатори.*

У виникненні свербежу та болю вирішальну роль відіграють вільні закінчення волокон типу А-дельта й волокон типу С. Якщо раніше це підтверджувалося лише клінічними спостереженнями, то тепер є і нейрофізіологічні дослідження, котрі підтримують теорію про те, що волокна свербіння та болю – єдине ціле з різними порогоми активності. Сьогодні вже неприйнятним є положення про те, що для різних відчуттів існують окремі специфічні рецептори. Нині виходять із того, що існують змішані рецептори для сприйняття тепла, холоду, болю, свербіння та дотику [95].

Систематичне вживання речовин, що включені до списку наркотиків, яке проявляється психічною та фізичною залежністю від них, – наркоманія, одне із захворювань суспільства. Але наркоманія буває і вимушеною, за медичними показаннями, у випадках паліативних станів. Залежно від того, на якій стадії після прийняття наркотику перебуває людина чи в перерві між прийомами наркотиків, однією з ознак вживання може бути виражений свербіж шкіри.

І після того як виключаються як основні захворювання, що спричиняють свербіж, так і інші вторинні причини зуду, можна вважати, що в людини наявний ідіопатичний генералізований свербіж невідомого походження (GPOU).

Окремого слова потребує свербіж літніх людей, який досить часто спостерігається у людей похилого віку старше 65 років, як прояв супутньої, часто комбінованої, соматичної патології, але може бути і внаслідок фізіологічних змін, як з боку шкіри, так і з боку фізіологічного старіння нервових закінчень.

Ключові слова: біль, свербіж, коморбідність, якість життя

Свербіж, спричинений прийомом наркотичних препаратів

Свербіж як наслідок медикаментозного лікування може виникнути з висипом або без нього. Важливо отримати з анамнезу відомості про всі препарати, які приймав пацієнт, включаючи безрецептурні лікарські препарати та рослинні засоби. У дослідженні 200 пацієнтів із шкірними лікарськими реакціями у 12,5 % спостерігався свербіж без висипу [1]. Запропоновані механізми виникнення свербежу, викликаного вживанням наркотичних препаратів, включають холестаза, пряме осідання наркотиків або метаболітів та зміну нервової сигналізації [2]. Однак більшість випадків є ідіопатичними [2]. Останнім часом генералізований свербіж асоціюється з хронічною серцевою недостатністю. Але на даний момент вважається, що він пов'язаний з лікуванням основного захворювання серця, а не із впливом хронічної серцевої недостатності [3]. Холестатичний свербіж та його лікування обговорюються в інших розділах. Цей розділ буде присвячено усуненню опіоїд- та хлорохін-індукованого генералізованого свербежу без видимих шкірних проявів.

Опіоїд-індукований свербіж зустрічається часто; уражує 2–10 % пацієнтів, які отримують опіоїди орально, 10–50 % пацієнтів – внутрішньовенно, 20–100 % – епідурально та інтратекально (внутрішньоочеревинно) [4]. Частота виникнення даного свербежу збільшується із збільшенням дозування опіоїдів [4]. Лікування включає антагоністи опіоїдів (наллоксон, налтрексон, налмефен, метилналтрексон), антагоністи опіоїдних агоністів (налбуфін, буторфанол), дроперидол, ондансетрон, пропופол, диклофенак та антигістамінні засоби [4]. Використання опіоїдних антагоністів при лікуванні опіоїд-індукованого шкірного свербежу може сприяти виникненню значного болю.

Налтрексон – це антагоніст β -опіоїдних рецепторів, який широко застосовується для лікування опіоїдної та алкогольної залежності [5]. Його ефект було випробувано у двох дослідженнях в дозах 3 мг, 6 мг та 9 мг у жінок, які отримували морфін епідурально як знеболення після кесаревого розтину. Виявилось, що і 6 мг, і 9 мг препарату були ефективними для зменшення проявів свербежу, але скорочувалася тривалість знеболення порівняно з контролем [6].

Метилналтрексон є похідним налтрексону, але з меншою розчинністю ліпідів, ніж у налтрексону. Дана особливість знижує його здатність долати гематоенцефалічний бар'єр [4].

Налбуфін та буторфанол – це синтетичні агоністи β -опіоїдних рецепторів, доступні лише у вигляді ін'єкцій. Є дані, які дозволяють припустити, що протисвербіжна дія налбуфіну [6] та буторфанолу [8] навряд чи може бути корисною у критичних ситуаціях.

Ондансетрон та інші антагоністи рецепторів 5-HT₃ (тропісетрон та гранісетрон) не знижують частоту виникнення опіатного свербежу або часу настання свербежу порівняно з плацебо [9]. Однак ондансетрон у дозі 4 мг або 8 мг може зменшити ступінь тяжкості або потребу в лікуванні свербежу і є препаратом вторинної дії після опіатів [9], хоча це було спростовано у недавньому дослідженні [10].

Дроперидол – парентеральний антидопамінергічний препарат. При його внутрішньовенному введенні (2,5–5 мг) можна попередити свербіж, викликаний вживанням опіатів [6].

Диклофенак у дозі 100 мг, який вводився ректально 105 пацієнтам абдомінальної хірургії, зменшив післяопераційний свербіж [11].

Міртазапін у дозі 30 мг щоденно перорально [12] та габапентин у дозі 1 200 мг щодня в розділених дозах перорально [13] запобігають виникненню свербежу, спровокованого прийомом морфіну в хірургічних випадках.

Індукований хлорохіном свербіж під час лікування малярії зустрічається у 60–70 % пацієнтів африканського походження [14, 15]. Часто буває важким і генералізованим без ураження шкіри. Виникнення в інших етнічних групах – це рідкість, і молекулярна основа цього потенційного фармакогенетичного ефекту є незрозумілою [14–16]. Можуть спостерігатися міжіндивідуальні варіації метаболізму хлорохіну [17]. Інші потенційні етіологічні чинники свербежу, спричиненого хлорохіном, включають вік ураженої особи, ступінь паразитемії плазмодія, види плазмодія, лікарську форму хлорохіну та допоміжні речовини препарату [18].

Деякі дослідження дослідження порівнювали дію таких препаратів, як: прометазин (25 мг щодня перорально), преднізолон (10 мг щодня перорально), ніацин (50 мг щодня перорально) та комбінацію преднізолону з ніацином [14]. Свербіж знижувався лише після застосування окремо преднізолону, окремо ніацину та після їх комбінації. Групи, що містять лише преднізолон, та комбіновані виявляли найбільшу ефективність у випадку високої концентрації паразитів плазмодія [14].

Налтрексон (50 мг щодня перорально) не виявляв впливу на інтенсивність свербежу, спричиненого хлорохіном, порівняно з прометазином [15].

Дапсон (50 мг щодня перорально) значно зменшив хлорохін-індукований свербіж та екскоріації кінцівок, тоді як кетотифен, клемастин та преднізолон не мали такого ефекту [19].

Окрім опіоїдів та хлорохіну, є інші препарати, що викликають свербіж. Це інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту і статини, хоча перелік потенційних препаратів, які можуть викликати свербіж, є більшим [2]. Цікаво, що дексаметазон при епідуральному застосуванні міг спричинити генералізований свербіж [20].

Якщо зважити ризик та користь від застосування препарату (який буде прийнятним як лікаря, так і для пацієнта), то необхідно спробувати припинити прийом даних ліків.

Рекомендації (дослідження):

- У пацієнтів, свербіж яких зумовлений застосуванням наркотичних препаратів, слід спробувати припинити прийом даних ліків, якщо зважити ризик та користь від застосування препарату.

Рекомендації (лікування):

- Налтрексон ефективний при лікуванні опіоїд-індукованого генералізованого свербіжю без видимих шкірних проявів. Він є препаратом першого вибору в цій ситуації (якщо припинення опіоїдної терапії неможливе). Метилналтрексон може бути альтернативою.
- У пацієнтів з опіоїд-індукованим генералізованим свербіжем без видимих шкірних проявів розглядають метилналтрексон, ондансетрон, дроперидол, міртазапін або габапентин як альтернативні протисвербіжні засоби.
- У пацієнтів з післяопераційним генералізованим свербіжем без видимих шкірних проявів препаратом вибору розглядають диклофенак (ректально).
- У пацієнтів із хлорохін-індукованим генералізованим свербіжем без видимих шкірних проявів вважають препаратами вибору преднізолон 10 мг, ніацин 50 мг або комбінацію преднізолону та ніацину.
- У пацієнтів із хлорохін-індукованим генералізованим свербіжем без видимих шкірних проявів вважають препаратом, що зменшує прояви свербіжю, препарат дапсон.

Лікування генералізованого свербіжю невідомого походження

Після того як були виключені як основні захворювання, так і інші вторинні причини свербіжю, можна вважати, що в людини наявний ідіопатичний GPUO. Його також слід відрізнити від свербіжю шкіри людей літнього віку. Важливо пам'ятати про можливість появи симптомів та ознак вторинного свербіжю пізніше у явному випадку GPUO, тому необхідне повторне дослідження.

Місцеві методи лікування генералізованого свербіжю невідомого походження (GPUO)

Хоча більшість дерматологів рекомендують пацієнтам із свербіжем використовувати емоменти для миття та

зволоження шкіри, а також уникати використання мила та фізичних подразників, здатних викликати свербіж (наприклад, одяг з вовни), в літературі є мало прямих доказів, що підтверджують цю теорію. Докази здебільшого є непрямими і пов'язані з усуненням ксерозу та екземи [21]. Багато пацієнтів займаються самолікуванням за допомогою власних пом'якшуючих засобів і більшість дерматологів призначають їх першочергово в лікуванні GPUO, незважаючи на відсутність об'єктивних доказів.

Згідно з нещодавніми багаторазовими дослідженнями місцевих антигістамінних препаратів зроблено припущення, що докsepін при місцевому застосуванні має значення у лікуванні генералізованого свербіжю, але доказів стосовно інших сполук бракувало [22]. Однак стурбованість ризиком алергічного контактного дерматиту на місцеве застосування докsepіну дозволяє припустити, що лікування повинне бути обмежене до 8 днів, а токсичність обмежується використанням до 10 % поверхні тіла (максимум 12 г на день) [23]. Також вважається, що досить популярний серед населення багатьох країн 10 % лосьйон Crotamiton [24] не має значного антисвербіжного ефекту. Також була думка, що ментол має протиподразливу дію (що може бути корисним), більше ніж справжню протисвербіжну дію порівняно з контрольним засобом [25]. Лосьйон з каламіном не рекомендується при лікуванні свербіжю, оскільки не існує підтверджених літературних даних, які б підтримували його застосування при GPUO.

У різних невеликих дослідженнях капсаїцин при місцевому застосуванні пропонувався як протисвербіжний засіб. Однак системний огляд літератури не підтримує його використання в даному контексті [26], за винятком уремичного свербіжю. Ми не рекомендуємо його використовувати при лікуванні GPUO.

Інші агенти, які виявили місцеву протисвербіжну дію, включають місцевий анестетичний спрей етилхлорид у контрольованих плацебо-дослідженнях [27, 28], місцеві трициклічні антидепресанти амітриптилін та дифенгідрамін, порівняно з контрольним засобом [29], та середній по дії місцевий стероїдний препарат клобетазону бутират [30].

Рекомендації:

- Пацієнтам із GPUO може бути призначено місцевий докsepін. Лікування має бути обмежене до 8 днів, 10 % площі тіла та 12 г щодня.
- Пацієнти з GPUO можуть отримати користь від місцевого клобетазону бутирату або ментолу.
- Пацієнти з GPUO не повинні застосовувати крем кратамітон.
- Пацієнти з GPUO не повинні застосовувати місцевий лосьйон капсаїцину або каламіну.

Системні методи лікування генералізованого свербіжув невідомого походження

Блокади підтипу рецепторів гістаміну H_1 , периферично або в центральній нервовій системі, можуть допомогти зменшити відчуття свербіжув [31]. Хлорфенірамін 4 мг та циметидин 400 мг (антагоністи H_1 та H_2) у комбінації, вжиті чотири рази на день, показали пригнічення свербіжув, штучно індукованого внутрішньо-епідермальним гістаміном та штучним прурітогеном папаїном, що свідчить про необхідність одночасного антагонізму більше ніж одного гістамінового рецептора для контролю свербіжув [32]. Інші седативні антигістамінні препарати, такі як гідроксизин 25 мг щодня перорально, покращували викликаний гістаміном свербіж [33]. Слід надавати перевагу у призначенні неседативним препаратам, таким як фексофенадин 180 мг або лоратадин 10 мг, чи м'якоседативним засобам, таким як цетиризин 10 мг, аніж седативним препаратам, таким як хлорфенірамін та гідроксизин, через високий ризик розвитку деменції [34]. Неседативні антигістамінні засоби можна застосовувати один раз на день або до чотирьох разів на день, за необхідності [34]. Дослідженнями доведено, що пероральний цетиризин був кращим препаратом вибору, аніж вузькосмугова (НВ) фототерапія UVB при лікуванні генералізованого свербіжув [35].

Трициклічні та SSRI-антидепресанти часто призначаються клініцистами в усуненні генералізованого свербіжув невідомого походження, навіть за відсутності психологічного захворювання. У великій серії випадків у генералізованого свербіжув невідомого походження та при недерматологічному вторинному свербіжі, як і пароксетин 10 мг на добу, так і флувоксамін на 25 мг щодня значно зменшували прояви пруріжув [35, 36]. Міртазепін 15 мг щодня перорально мав подібні ефекти в меншій кількості випадків [37].

Окрім того, доведено, що налтрексон 50 мг щодня перорально, як пероральний антагоніст опіоїдів, знижує викликаний гістаміном свербіж [38]. Буторфанол (1 мг щодня або через день), агоніст β -опіоїдів та антагоніст μ -опіоїду, також пригнічує свербіж у випадках генералізованого свербіжув невідомого походження [39].

Два аналоги GABA, габапентин [40, 41] та прегабалін, [42] також усувають свербіж даної природи. Габапентин слід починати з 300 мг у перший день, потім 300 мг двічі на день на другий день, і лише на третій день збільшувати до 300 мг тричі на день [40, 41]. Габапентин може застосовуватись до 600 мг тричі на день протягом 3–4 тижнів, за відсутності ефекту [40]. Також існують дані про застосування прегабаліну в початковій дозі 75 мг двічі на день з подальшим збільшенням

доз до 150 мг двічі на день через 5–8 тижнів [42]. Ондансетрон 8 мг, що вводиться внутрішньовенно, може принести користь в окремих випадках генералізованого свербіжув невідомого походження [43]. При застосуванні Азатіоприну, в діапазоні дозування від 25 мг до 175 мг щодня, виявилось зменшення проявів свербіжув у великій кількості пацієнтів з генералізованим свербіжем невідомого походження, але висока частка пацієнтів мала побічні ефекти, що змушували припинити терапію [44]. Апрепітан 80 мг щодня перорально, як антагоніст нейрокінінового рецептора 1, який опосередковує дію речовини P на соматосенсорні нейрони, також зменшує прояви зуду в деяких випадках генералізованого свербіжув невідомого походження, але також і в інших випадках вторинного свербіжув [45].

Рекомендації:

У пацієнтів з генералізованим пруріжув жодна терапія не була визнана ефективною та безпечною. Для зняття свербіжув врахуйте наступне:

- неседативні антигістамінні препарати, такі як фексофенадин 180 мг, лоратадин 10 мг або м'які заспокійливі засоби, такі як цетиризин 10 мг, мають перевагу перед заспокійливими антигістамінними препаратами;
- можливе застосування пароксетину, флувоксаміну, міртазапіну, налтрексону, буторфанолу, габапентину, прегабаліну, ондансетрону або апрепітанту.
- Антагоністи H_1 та H_2 у комбінації, наприклад, фексофенадин та циметидин.

Можливе короткотривале застосування седативних антигістамінних препаратів або з паліативною метою, наприклад, гідроксизину.

Фототерапія при генералізованому свербіжі без висипу

На даний час існують певні докази застосування фототерапії при лікуванні вторинного свербіжув, обумовленого основним системним захворюванням, а не GPUO, хоча думка експертів свідчить на користь GPUO. Найкращим доказом використання фототерапії при свербіжі є лікування уремичного свербіжув [46]. На основі метааналізу лікування уремичного свербіжув від середніх до важких проявів, було зроблено висновок, що широкосмугова (BB)- UVB-фототерапія є вибором лікування, оскільки це була єдина терапія, що набула клінічного значення [46]. У дослідженні використовувалось BB-UVB-опромінення половини тіла, при цьому УФА використовувався в якості порівняння. Всі пацієнти з уремичним свербіжем відзначали покращення після BB-UVB лише на половині сторони, яка піддавалася впливу; і автори

зробили припущення, що BB-UVB мав системну дію в купіруванні свербіж [47]. Початок ефекту був помічений з 2 тижня лікування і тривав до 7 місяців [47]. Два перспективні дослідження NB-UVB показали, що 60–80 % пацієнтів отримали відповідь зі зниженням балів за візуальною аналоговою шкалою на 54,2 % та 70,8 % відповідно [48, 49]. Однак деякі не змогли повторити сприятливу відповідь за допомогою NB-UVB [50, 51].

Інші дослідження, що розглядали NB-UVB, а не BB-UVB, не виявили різниці між NB-UVB та плацебо у зменшенні свербіж при уремичному зуді [51]. Тому потрібні додаткові дослідження для встановлення будь-якої користі та підтвердження оптимальної дози і частоти NB-UVB в лікуванні уремичного свербіж.

Існують випадки, які демонструють, що і NB-UVB, і BB-UVB є ефективними у забезпеченні деякого полегшення свербіж, пов'язаного з поліцитемією [52–55]. Частота відповідей коливалася від 50 до 80%. Рецидиви часто виникали після припинення лікування, але повідомлялося про підтримку ефекту до 8 місяців. PUVA принесла користь після того, як УФВ не вдалося досягти повної ремісії, але про рецидиви знову повідомлялося вже через 2 тижні після припинення [56]. PUVA з природним сонячним світлом також може бути корисним [57].

Повідомлялося про тимчасове полегшення свербіж, пов'язаного з хворобою Ходжкіна та неходжкінської лімфоми (NHL) при лікуванні NB-UVB і BB-UVB відповідно. Також відомо про використання як PUVA, так і UVB у випадках та серіях випадків аквагенного свербіж, не пов'язаного з основним захворюванням. Ремісія була нетривалою у всіх пацієнтів, симптоми повторювалися через 3–24 тижні [58–60].

NB-UVB та BB-UVB дали симптоматичне полегшення в деяких випадках аквагенного свербіж [53, 61], а в інших не повідомлялося про їх користь [62]. Після полегшення, отриманого за допомогою NB-UVB, продовження підтримуючого лікування один раз на тиждень запобігало рецидиву свербіж [61]. Ремісія більше 1 року була досягнута за допомогою комбінації UVA та UVB [63].

BB-UVB може бути ефективним у боротьбі з холестатичним свербіж [64–66]. Відомо про використання UVB (імовірно, BB-UVB), щоб викликати ремісію свербіж, який підтримувався пероральним холестираміном [67]. Комбіновані UVA та UVB використовувались для індукції ремісії свербіж в одному випадку холестатичного свербіж, тоді як ультрафіолетове випромінювання не давало користі [58].

Фототерапія з використанням UVB виявилася ефективним методом лікування свербіж, пов'язаного з ВІЛ, без негативного впливу на вірусне навантаження в стандартних дозах [69]. Пероральна терапія PUVA

також була ефективною у незначній кількості випадків при лікуванні основного захворювання, пов'язаного з ВІЛ [70, 71].

Рекомендації:

- BB-UVB – це ефективне лікування для багатьох пацієнтів з уремичним свербіж.
- Пацієнти зі свербіж, пов'язаним із хворобою Ходжкіна, можуть скористатися BB-UVB для тимчасового позбавлення від свербіж.
- Пацієнти зі свербіж, асоційованим з NHL, можуть скористатися NB-UVB для тимчасового позбавлення від свербіж.
- Пацієнти зі свербіж, пов'язаним з поліцитемією, можуть мати перевагу від NB-UVB, BB-UVB, PUVA або PUVA в поєднанні з сонячним світлом для полегшення свербіж, хоча рецидив часто спостерігається після припинення лікування.
- Пацієнти з аквагенним свербіж можуть скористатися NB-UVB, BB-UVB або комбінованими UVA та UVB, щоб зняти свербіж.
- Пацієнти з холестатичним свербіж можуть скористатися BB-UVB або комбінованими UVA та UVB, щоб зняти свербіж.
- Пацієнти із свербіж, пов'язаним з ВІЛ, можуть скористатися UVB-фототерапією.
- Пацієнти із свербіж, пов'язаним з ВІЛ, можуть скористатися пероральною PUVA.
- Пацієнти із психогенним свербіж (функціональний розлад свербіж) можуть скористатися NB-UVB.
- Пацієнти з GPUO часто користуються фототерапією.

Альтернативні методи лікування генералізованого свербіж невідомого походження та вторинного свербіж

Традиційна китайська медицина поєднує голкорексотерапію, методику використання голки для впливу через точки тиску в організмі, із встановленими рослинними засобами. Традиційно голковколювання є лише частиною цілого ряду методів лікування, доступних у китайській медицині, і зазвичай використовується в поєднанні з іншими терапевтичними підходами [72].

Голкорексотерапія може проводитися незалежно від китайської фітотерапії [73]. Доведено, що голковколювання може запобігти свербіж, викликаному гістаміном [74]. Існують також деякі докази використання голкорексотерапії при лікуванні уремичного свербіж, які демонструють, що голкорексотерапія може бути корисною [75], однак систематичний огляд свідчить про те, що голковколювання не відіграє ролі

в лікуванні уремичного свербіжу [76]. Частково контрольовані дослідження доводили роль голкорексфотерапії у зменшенні свербіння, викликаного морфіном, який зазвичай використовується для контрольованої пацієнтом аналгезії [77]. Однак на даний момент немає надійних доказів, які б рекомендували голкорексфотерапію як першу лінію терапії свербіжу, але, оскільки вона є відносно безпечною і має мало побічних ефектів, її завжди можна розглядати в індивідуальній ситуації.

Акупресура поєднує масаж і тиск на певні точки, уздовж визначеного меридіану, аналогічного тим, які використовуються для голковколуювання. Аурикулярна акупресура може бути корисною при уремичному свербіжі [78].

Деякі дослідження свідчать про переваги ароматерапії при уремичному зуді [79, 80].

Лікування в інших неконтрольованих дослідженнях, які можуть виявити користь при уремичному свербінні, включають крем Серицин, отриманий із шовкопрядів [81], місцевої куркуми [82], та пероральні добавки омега-3 жирних кислот [83].

Транскутанна електрична нервова стимуляція може принести користь деяким пацієнтам при печінковому свербіжі [84].

Рекомендації:

- Пацієнти з генералізованим пруритом невідомого походження можуть застосовувати голкорексфотерапію в поєднанні з китайськими лікарськими засобами рослинного походження.
- Пацієнти з генералізованим пруритом невідомого походження можуть розглядати голкорексфотерапію як терапію другої лінії.
- Пацієнти з уремичним зудом можуть розглянути аурикулярну акупресуру, місцево серицин, куркуму для місцевого застосування, пероральні добавки омега-3 або ароматерапію.
- Пацієнти з печінковим свербіжем можуть мати полегшення від транскутанної електричної нервової стимуляції.

Організація надання первинної медичної допомоги

Лікарі загальної практики зазвичай є першим контактом для хворих на свербіж у країнах, які мають систему охорони здоров'я на основі первинної медичної допомоги, і тому всі лікарі первинної медичної допомоги повинні мати розуміння цього стану. Узагальнений свербіж може мати істотну причину у 20–30 % випадків [85]. Наприклад, лікарі загальної практики можуть мати неоціненну інформацію про історію наркотиків пацієнтів, сімейний анамнез, фактори ризику, пов'язані з основними захворюваннями, та психосоціальні проблеми [85].

Принцип діяльності сімейних лікарів також забезпечує безперервність тривалої допомоги та, оскільки основна систематична причина свербіжу може не бути очевидною спочатку, лікарям-терапевтам важливо стежити за цими пацієнтами [85].

Якщо перша оцінка пацієнта передбачає генералізований ідіопатичний свербіж, то слід застосовувати прості поради щодо самообслуговування (наприклад, тримати нігті короткими) та зволожуючі засоби з подальшим короткотривалим застосуванням неседативного антигістамінного засобу, якщо це необхідно.

Немає доказів про те, коли слід скеровувати пацієнта з генералізованим ідіопатичним пруритом на вторинну допомогу, але рекомендується направляти пацієнтів у тих випадках, коли є діагностичні сумніви [86, 87].

Свербіж у літніх людей

Пруритом (зуд, свербіж) у літніх людей (свербіж Вілла-на) дуже поширений і визначається як хронічний свербіж, що виникає у осіб старше 65 років. Він зазвичай асоційований із сухою шкірою чи ксерозом, але можуть бути й інші фактори, включаючи GPUO (генералізоване пруритом невідомого походження), злякисність, старіння в пучках нервових волокон та зумовлений наркотиками свербіж [88–90]. Сам свербіж, дуже рідко, може бути характерною ознакою бульозного пемфігоїду, особливо у літніх людей, і тому може вимагати відповідних досліджень, таких як шкірна біопсія та непряма імунофлюоресценція [91]. Втрата вільних жирних кислот у роговому шарі призводить до поверхневих тріщин і мікротріщин в епідермісі [89], які можуть викликати свербіж, виробляючи астеатотичну екзему. У цих випадках слід застосовувати емоменти та місцеві стероїди, в ідеалі не менш ніж за 2 тижні до повторної оцінки альтернативних причин свербіння [92]. Зволожуючі засоби з високим вмістом ліпідів можуть підійти людям похилого віку [93]. До того ж, необхідно уникати застосування седативних антигістамінних препаратів у літньому віці через потенційний причинно-наслідковий зв'язок з деменцією. Габапентин (300 мг на добу) виявився корисним в усуненні проявів свербіжу шкіри літніх людей у невеликій серії випадків із семи пацієнтів [41].

Рекомендації:

- Лікарі загальної практики повинні регулярно стежити за пацієнтами з генералізованим свербіжем, коли основна систематична причина не очевидна.
- Пацієнти з генералізованим пруритом невідомого походження мають дотримуватись правил са-

мообслуговування та користуватись зволожуючими засобами, з подальшим коротким курсом неседативного антигістамінного засобу.

- Пацієнтів з генералізованим пруриго невідомого походження слід направляти на етап вторинної медичної допомоги, якщо є діагностичні сумніви, або якщо організація медичної допомоги не полегшує симптоми зуду.

Рекомендації (для літніх людей):

- Літні пацієнти зі свербінням шкіри повинні спочатку отримувати емоленти та місцеві стероїди протягом мінімум 2 тижнів для лікування будь-якої астеатотичної екземи.
- Зволожуючим засобом з високим вмістом ліпідів необхідно віддавати перевагу в рекомендаціях людям похилого віку.
- Літні пацієнти з пруриго можуть застосовувати габапентин.
- Літнім пацієнтам зі свербіжем протипоказаний прийом седативних антигістамінних засобів.
- Пацієнтів з генералізованим пруриго невідомого походження слід направляти на вторинну допомогу, якщо є діагностичні сумніви або якщо організація надання первинної медичної допомоги не полегшує симптомів.

References

1. Raksha Mp, Marfatia Y. Clinical study of cutaneous drug eruptions in 200 patients. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* [Internet]. Medknow; 2008;74(1):80. Available from: <https://doi.org/10.4103/0378-6323.38431>
2. Reich A, Ständer S, Szepletowski J. Drug-induced Pruritus: A Review. *Acta Dermato Venereologica* [Internet]. Acta Dermato-Venereologica; 2009;89(3):236-44. Available from: <https://doi.org/10.2340/00015555-0650>
3. Niklasson O, Boman K, Stenberg B. The prevalence and characteristics of pruritus in patients with heart failure. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 2015 May 12;172(6):1541-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjd.13682>
4. Miller JL, Hagemann TM. Use of pure opioid antagonists for management of opioid-induced pruritus. *American Journal of Health-System Pharmacy* [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2011 Aug 1;68(15):1419-25. Available from: <https://doi.org/10.2146/ajhp100475>
5. Bart G. Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *J Addict Dis* 2012; 31: 207- 25.
6. Kjellberg F, Tramèr MR. Pharmacological control of opioid-induced pruritus: a quantitative systematic review of randomized trials. *European Journal of Anaesthesiology* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2001 Jun;18(6):346-57. Available from: <https://doi.org/10.1097/00003643-200106000-00002>
7. Yuan C-S, Foss JF, O'Connor M, Osinski J, Roizen MF, Moss J. Efficacy of orally administered methyl naltrexone in decreasing subjective effects after intravenous morphine. *Drug and Alcohol Dependence* [Internet]. Elsevier BV; 1998 Oct;52(2):161-5. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(98\)00087-8](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(98)00087-8)
8. Wu Z, Kong M, Wang N, Finlayson RJ, De Tran QH. Intravenous butorphanol administration reduces intrathecal morphine-induced pruritus after cesarean delivery: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Anesthesia* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2012 Jun 7;26(5):752-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00540-012-1421-7>
9. George RB, Allen TK, Habib AS. Serotonin Receptor Antagonists for the Prevention and Treatment of Pruritus, Nausea, and Vomiting in Women Undergoing Cesarean Delivery with Intrathecal Morphine: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2009 Jul;109(1):174-82. Available from: <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181a45a6b>
10. Brião FF da C, Horta ML, Horta BL, de Barros GAM, Behrens AP, Severo I, et al. Comparison of droperidol and ondansetron prophylactic effect on subarachnoid morphine-induced pruritus. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)* [Internet]. Elsevier BV; 2015 Jul;65(4):244-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.11.005>
11. Colbert S, O'hanlon DM, Galvin S, Chambers F, Moriarty DC. The effect of rectal diclofenac on pruritus in patients receiving intrathecal morphine. *Anaesthesia* [Internet]. Wiley; 1999 Oct;54(10):948-52. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.1999.01066.x>
12. Sheen MJ, Ho ST, Lee CH et al. Prophylactic mirtazapine reduces intrathecal morphine induced pruritus. *Br J Anaesth* 2008; 101: 711- 15.
13. Sheen MJ, Ho S-T, Lee C-H, Tsung Y-C, Chang F-L. Preoperative Gabapentin Prevents Intrathecal Morphine-Induced Pruritus After Orthopedic Surgery. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2008 Jun;106(6):1868-72. Available from: <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181730130>
14. Adebayo RA, Sofowora GG, Onayemi O, Udoh SJ, Ajayi AA. Chloroquine induced pruritus in malaria fever: contribution of malaria parasitaemia and the effects of prednisolone, niacin, and their combination, compared with antihistamine. *British Journal of Clinical Pharmacology* [Internet]. Wiley; 1997 Aug;44(2):157-61. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.1997.00612.x>
15. Ajayi AA, Kolawole BA, Udoh SJ. Endogenous opioids, μ -opiate receptors and chloroquine-induced pruritus: A double-blind comparison of naltrexone and promethazine in patients with malaria fever who have an established history of generalized chloroquine-induced itching. *International Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 2004 Dec;43(12):972-7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02347.x>
16. Spencer HC, Poulter NR, Lury JD, Poulter CJ. Chloroquine-associated pruritus in a European. *BMJ* [Internet]. BMJ; 1982 Dec 11;285(6356):1703-4. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.285.6356.1703>
17. Onyeji CO, Ogunbona FA. Pharmacokinetic aspects of chloroquine-induced pruritus: influence of dose and evidence for varied extent of metabolism of the drug. *European Journal of Pharmaceutical Sciences* [Internet]. Elsevier BV; 2001 May;13(2):195-201. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0928-0987\(01\)00108-7](https://doi.org/10.1016/s0928-0987(01)00108-7)
18. Aghahowa S, Obianwu H, Isah A, Arhewoh I. Chloroquine-induced Pruritus. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* [Internet]. OMICS Publishing Group; 2010;72(3):283. Available from: <https://doi.org/10.4103/0250-474x.70471>
19. Asawalam B, Osifo NG, Haller L. Drugs against chloroquine antimalarial itch. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. Wiley; 2006 Jul 28;2(3):193-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.1993.tb00035.x>
20. El Abd O, Pimentel DC, Amadera JED. Generalized Pruritus as an Unusual Side Effect After Epidural Injection With Dexamethasone. *PM&R* [Internet]. Wiley; 2014 Oct 5;7(2):206-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.09.012>
21. Szczepanowska J, Reich A, Szepletowski JC. Emollients improve treatment results with topical corticosteroids in childhood atopic dermatitis: a randomized comparative study. *Pediatric Allergy and Immunology* [Internet]. Wiley; 2008 Jan 20;19(7):614-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2007.00706.x>
22. Eschler DC, Klein PA. An evidence based review of the efficacy of topical antihistamines in the relief of pruritus. *J Drugs Dermatol* 2010; 9: 992-7.
23. Bonnel RA, La Grenade L, Karwoski CB, Beitz JG. Allergic contact dermatitis from topical doxepin: Food and Drug Administration's postmarketing surveillance experience. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. Elsevier BV; 2003 Feb;48(2):294-6. Available from: <https://doi.org/10.1067/mjd.2003.4>
24. Smith EB, King CA, Baker MD. Crotamiton Lotion in Pruritus. *International Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 1984 Dec;23(10):684-5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1984.tb01235.x>
25. Yosipovitch G, Szolar C, Hui XY, Maibach H. Effect of topically applied menthol on thermal, pain and itch sensations and biophysical properties

- of the skin. Archives of Dermatological Research [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 1996 May;288(5–6):245–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/bf02530092>
26. Gooding SMD, Canter PH, Coelho HF, Boddy K, Ernst E. Systematic review of topical capsaicin in the treatment of pruritus. International Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2010 Jul 19;49(8):858–65. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04537.x>
 27. Gal-Oz A, Rogowski O, Swartzon M, Kivity S. Ethyl Chloride as an Antipruritic Agent: A Double-Blind Placebo-Controlled Prospective Study. Dermatology [Internet]. S. Karger AG; 2010;221(4):373–7. Available from: <https://doi.org/10.1159/000321720>
 28. Gal-Oz A, Kivity S, Shacham Y, Fiszer E, Rogowsky O, Chernin G. Prevention of pruritus with ethyl-chloride in skin prick test: a double-blind placebo-controlled prospective study. Allergy, Asthma & Clinical Immunology [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2015 Sep 4;11(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13223-015-0091-z>
 29. Bernstein JE, Whitney DH, Soltani K. Inhibition of histamine-induced pruritus by topical tricyclic antidepressants. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 1981 Nov;5(5):582–5. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(81\)70120-8](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(81)70120-8)
 30. Yosipovitch G, Szolar C, Hui XY, Maibach H. High-potency topical corticosteroid rapidly decreases histamine-induced itch but not thermal sensation and pain in human beings. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 1996 Jul;35(1):118–20. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(96\)90524-1](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(96)90524-1)
 31. Buddenkotte J, Steinhoff M. Pathophysiology and therapy of pruritus in allergic and atopic diseases. Allergy [Internet]. Wiley; 2010 Apr 7;65(7):805–21. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.01995.x>
 32. Davies MG, Marks R, Horton RJ, Storari FE. The efficacy of histamine antagonists as antipruritics in experimentally induced pruritus. Archives of Dermatological Research [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 1979;266(2):117–20. Available from: <https://doi.org/10.1007/bf00694619>
 33. Arnold AJ, Simpson JG, Jones HE et al. Suppression of histamine induced pruritus by hydroxyzine and various neuroleptics. J Am Acad Dermatol 1979; 1: 509–12.
 34. Bartuzi Z, Brzoza Z, Czarnańska-Operacz M, Kruszewski J, Maj J, Samochocki Z, et al. Komentarz Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie wytycznych postępowania w pokrzywce* Komentarz do: Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. The EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. Allergy 2014; 69: 868–887. Dermatology Review [Internet]. Termedia Sp. z o.o.; 2015;2:180–2. Available from: <https://doi.org/10.5114/dr.2015.51435>
 35. Gokdemir G, Doruk T. Treatment of generalized pruritus: comparison of narrowband ultraviolet-B with oral cetirizine. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]. Wiley; 2010 Dec 13;25(12): 1484–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03948.x>
 36. Ständer S, Böckenholt B, Schürmeyer-Horst F, Weishaupt C, Heufft G, Schneider T. Treatment of Chronic Pruritus with the Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors Paroxetine and Fluvoxamine: Results of an Open-labelled, Two-arm Proof-of-concept Study. Acta Dermato Venereologica [Internet]. Acta Dermato-Venereologica; 2009;89(1):45–51. Available from: <https://doi.org/10.2340/00015555-0553>
 37. Hundley JL, Yosipovitch G. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2004 Jun;50(6):889–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.01.045>
 38. METZE D, REIMANN S, LUGER TA. Effective Treatment of Pruritus with Naltrexone, an Orally Active Opiate Antagonist. Annals of the New York Academy of Sciences [Internet]. Wiley; 2006 Feb 6;885(1):430–2. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08705.x>
 39. Dawn AG, Yosipovitch G. Butorphanol for treatment of intractable pruritus. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 527–31.
 40. Yesudian PD, Wilson NJE. Efficacy of Gabapentin in the Management of Pruritus of Unknown Origin. Archives of Dermatology [Internet]. American Medical Association (AMA); 2005 Dec 1;141(12). Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1507>
 41. Ruiz Villaverde R, Sánchez Cano D. [Idiopathic semile pruritus: therapeutic response to gabapentin]. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; 44: 355–6 (in Spanish).
 42. Ehrchen J, Ständer S. Pregabalin in the treatment of chronic pruritus. J Am Acad Dermatol 2008; 58: S36–7.
 43. Schwörer H, Ramadori G. Treatment of pruritus: a new indication for serotonin type 3 receptor antagonists. The Clinical Investigator [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 1993 Aug;71(8). Available from: <https://doi.org/10.1007/bf00184497>
 44. Maley A, Swerlick RA. Azathioprine treatment of intractable pruritus: A retrospective review. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2015 Sep;73(3):439–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.05.025>
 45. Ständer S, Siepmann D, Herrgott I, Sunderkötter C, Luger TA. Targeting the Neurokinin Receptor 1 with Aprepitant: A Novel Antipruritic Strategy. Soyer HP, editor. PLoS ONE [Internet]. Public Library of Science (PLoS); 2010 Jun 4;5(6):e10968. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010968>
 46. Tan JKL, Haberman HF, Coldman AJ. Identifying effective treatments for uremic pruritus. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 1991 Nov;25(5):811–8. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(08\)80975-9](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(08)80975-9)
 47. GILCHREST BA. Ultraviolet Phototherapy of Uremic Pruritus. Annals of Internal Medicine [Internet]. American College of Physicians; 1979 Jul 1;91(1):17. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-91-1-17>
 48. Seckin D, Demircay Z, Akin O. Generalized pruritus treated with narrowband UVB. International Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2007 Apr;46(4):367–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2007.03048.x>
 49. Ada S, Seçkin D, Budakoğlu İ, Özdemir FN. Treatment of uremic pruritus with narrowband ultraviolet B phototherapy: An open pilot study. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. Elsevier BV; 2005 Jul;53(1):149–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.12.052>
 50. Hsu ML, Yang CC. Uraemic pruritus responsive to broadband ultraviolet (UV) B therapy does not readily respond to narrowband UVB therapy. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2003 Oct;149(4):888–9. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2003.05590.x>
 51. Ko M-J, Yang J-Y, Wu H-Y, Hu F-C, Chen S-I, Tsai P-J, et al. Narrowband ultraviolet B phototherapy for patients with refractory uraemic pruritus: a randomized controlled trial. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2011 Aug 28;165(3):633–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10448.x>
 52. Steinman HK, Greaves MW. Aquagenic pruritus. J Am Acad Dermatol 1985; 13: 91–6.
 53. Greaves M, Handfield Jones S. Aquagenic pruritus, pharmacological findings and treatment. Eur J Dermatol 1992; 2: 482–4.
 54. Baldo A, Sammarco E, Plaitano R, Martinelli V, Monfrecola G. Narrowband (TL-01) ultraviolet B phototherapy for pruritus in polycythemia vera. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2002 Nov;147(5):979–81. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04983.x>
 55. Madkan VK, Bandow GD, Koo JYM. Resolution of pruritus secondary to polycythemia vera in a patient treated with narrow band ultraviolet B phototherapy. Journal of Dermatological Treatment [Internet]. Informa UK Limited; 2005 Feb;16(1):56–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/09546630410024529>
 56. MENAGE HDP, NORRIS PG, HAWK JLM, GREAVES MW. The efficacy of psoralen photochemotherapy in the treatment of aquagenic pruritus. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 1993 Aug;129(2):163–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1993.tb03520.x>
 57. Swerlick RA. Photochemotherapy treatment of pruritus associated with polycythemia vera. J Am Acad Dermatol 1985; 13: 675–7.
 58. Holme SA, Anstey AV. Aquagenic pruritus responding to intermittent photochemotherapy. Clinical and Experimental Dermatology [Internet]. Wiley; 2001 Jan;26(1): 40–1. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00757.x>
 59. Smith RA, Ross JS, Staughton RCD. Bath PUVA as a treatment for aquagenic pruritus. British Journal of Dermatology [Internet]. Wiley; 2006 Jul 29;131(4):584–584. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1994.tb08568.x>
 60. Goodkin R, Bernhard JD. Repeated PUVA treatment of aquagenic pruritus. Clinical and Experimental Dermatology [Internet]. Wiley; 2002 Mar;27(2):164–5. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2002.09805.x>

61. Xifra A, Carrascosa JM, Ferrandiz C. Narrow-band ultraviolet B in aquagenic pruritus. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 2005 Dec;153(6):1233–4. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06962.x>
62. Ingber S, Cohen PD. Successful Treatment of Refractory Aquagenic Pruritus with Naltrexone. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* [Internet]. SAGE Publications; 2005 Oct;9(5):215–6. Available from: <https://doi.org/10.1177/120347540500900502>
63. Koh MJA, Chong WS. Aquagenic pruritus responding to combined ultraviolet A/narrowband ultraviolet B therapy. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* [Internet]. Wiley; 2009 Jun;25(3):169–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0781.2009.00429.x>
64. Hanid MA, Levi AJ. PHOTOTHERAPY FOR PRURITUS IN PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS. *The Lancet* [Internet]. Elsevier BV; 1980 Sep;316(8193):530. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(80\)91849-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(80)91849-8)
65. Perlstein SM. Treatment of Primary Biliary Cirrhosis. *Archives of Dermatology* [Internet]. American Medical Association (AMA); 1974 Jul 1;110(1):132. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.1974.01630070090036>
66. Decock S, Roelands R, Steenbergen WV, Laleman W, Cassiman D, Verslype C, et al. Cholestasis-induced pruritus treated with ultraviolet B phototherapy: An observational case series study. *Journal of Hepatology* [Internet]. Elsevier BV; 2012 Sep;57(3):637–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2012.04.023>
67. CERIO R, MURPHY GM, SLADEN GE, MACDONALD DM. A combination of phototherapy and cholestyramine for the relief of pruritus in primary biliary cirrhosis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 1987 Feb;116(2):265–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1987.tb05825.x>
68. Person JR. Ultraviolet A (UV-A) and Cholestatic Pruritus. *Archives of Dermatology* [Internet]. American Medical Association (AMA); 1981 Nov 1;117(11):684. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.1981.01650110006006>
69. Breuer-McHam J, Marshall G, Adu-Oppong A, Goller M, Mays S, Berger T, et al. Alterations in HIV expression in AIDS patients with psoriasis or pruritus treated with phototherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. Elsevier BV; 1999 Jan;40(1):48–60. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(99\)70527-x](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(99)70527-x)
70. Gorin I, Lessana-Leibowitch M, Fortier P, Leibowitch J, Escande J-P. Successful treatment of the pruritus of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome with psoralens plus ultraviolet A therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology* [Internet]. Elsevier BV; 1989 Mar;20(3):511–3. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(89\)80095-7](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(89)80095-7)
71. Özden MG, Aydın F, Şentürk N, Bek Y, Cantürk T, Turanlı AY. Narrow-band ultraviolet B as a potential alternative treatment for resistant psychogenic excoriation: an open-label study. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine* [Internet]. Wiley; 2010 Jun;26(3):162–4. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0781.2010.00512.x>
72. Xiao F. Cutaneous pruritus treated by Chinese medicine. *J Chin Med* 2002; 69: 30–2
73. Ma K-W. Acupuncture: Its Place in the History of Chinese Medicine. *Acupuncture in Medicine* [Internet]. SAGE Publications; 2000 Dec;18(2):88–99. Available from: <https://doi.org/10.1136/aim.18.2.88>
74. PFAB F, HAMMES M, BACKER M, HUSSMARP J, ATHANASIADIS G, TOLLE T, et al. Preventive effect of acupuncture on histamine-induced itch: A blinded, randomized, placebo-controlled, crossover trial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. Elsevier BV; 2005 Dec;116(6):1386–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.08.055>
75. Che-yi C, Wen CY, Min-Tsung K, Chiu-Ching H. Acupuncture in haemodialysis patients at the Quchi (L11) acupoint for refractory uraemic pruritus. *Nephrology Dialysis Transplantation* [Internet]. Oxford University Press (OUP); 2005 Jun 28;20(9):1912–5. Available from: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfh955>
76. Kim KH, Lee MS, Choi S-M, Ernst E. Acupuncture for Treating Uremic Pruritus in Patients with End-Stage Renal Disease: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. Elsevier BV; 2010 Jul;40(1):117–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.325>
77. Jiang Y, Jiang W, Jiang L, Lin G, Yang H, Tan Y, et al. Clinical efficacy of acupuncture on the morphine-related side effects in patients undergoing spinal-epidural anesthesia and analgesia. *Chinese Journal of Integrative Medicine* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2010 Feb;16(1):71–4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11655-010-0070-7>
78. Yan C, Yao W, Bao Y, Shi X, Yu H, Yin P, et al. Effect of Auricular Acupressure on Uremic Pruritus in Patients Receiving Hemodialysis Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* [Internet]. Hindawi Limited; 2015;2015:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/593196>
79. Cürçani M, Tan M. The effect of aromatherapy on haemodialysis patients' pruritus. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. Wiley; 2014 Mar 20;23(23–24):3356–65. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.12579>
80. Ro YJ, Ha HC, Kim CG et al. The effects of aromatherapy on pruritus in patients undergoing hemodialysis. *Dermatol Nurs* 2002; 14: 231–4, 237–8, 256.
81. Aramwit P, Keongamaroon O, Siritientong T, Bang N, Supasynh O. Sericin cream reduces pruritus in hemodialysis patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled experimental study. *BMC Nephrology* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2012 Sep 24;13(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2369-13-119>
82. Pakfetrat M, Basiri F, Malekmakan L, Roozbeh J. Effects of turmeric on uremic pruritus in end stage renal disease patients: a double-blind randomized clinical trial. *Journal of Nephrology* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2014 Jan 31;27(2):203–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40620-014-0039-2>
83. Ghanei E, Zeinali J, Borghei M et al. Efficacy of omega-3 fatty acids supplementation in treatment of uremic pruritus in hemodialysis patients: a double blind randomized controlled trial. *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14: 515–22.
84. Mohammad Ali BM, Hegab DS, El Saadany HM. Use of transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic pruritus. *Dermatologic Therapy* [Internet]. Wiley; 2015 May 14;28(4):210–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/dth.12242>
85. Kantor GR, Lookingbill DP. Generalized pruritus and systemic disease. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9: 375–82.
86. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical knowledge summaries. Itch – widespread. Available at: <http://cks.nice.org.uk/itch-widespread/#!backgroundsub> (last accessed 19 October 2017).
87. National Health Service Scotland. Dermatology patient pathways. Available at: <http://www.dermatology.nhs.scot/dermatology-pathways> (last accessed 19 October 2017).
88. Ward JR, Bernhard JD. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int J Dermatol* 2005; 44: 267–73.
89. Grundmann SA, Ständer S. Evaluation of chronic pruritus in older patients. *Aging Health* [Internet]. Future Medicine Ltd; 2010 Feb;6(1):53–66. Available from: <https://doi.org/10.2217/ah.09.84>
90. Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998; 25: 153–7.
91. Bakker CV, Terra JB, Pas HH, Jonkman MF. Bullous Pemphigoid as Pruritus in the Elderly. *JAMA Dermatology* [Internet]. American Medical Association (AMA); 2013 Aug 1;149(8):950. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.756>
92. Levell NJ. Recognition and management of common causes of itchy skin. *Nurs Resid Care* 2008; 10: 188–91.
93. Yong AA, Cao T, Tan V, Yosipovitch G, Tey HL. Skin physiology in pruritus of advanced ageing. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. Wiley; 2015 Jan 21;30(3):549–50. Available from: <https://doi.org/10.1111/jdv.12948>
94. Van Os-Medendorp H, Guikers CLH, Eland-de Kok PCM, Ros WJG, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Buskens E. Costs and cost-effectiveness of the nursing programme “Coping with itch” for patients with chronic pruritic skin disease. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Wiley; 2008 May;158(5):1013–21. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08477.x>
95. Oros MM, Ivanyo TV. Itching and pain. Common pathophysiology and view of treatment. *Health of Ukraine. Medical newspaper*. 2018. № 1 (44). Pp. 23–24.

Зуд как начало боли (часть 3)

Кушнир В.А.^{1,2}, Дмитренко С.В.¹, Катилев А.В.¹,
Кушнир Н.М.³

¹Винницкий национальный медицинский университет
им. Н. И. Пирогова

²Военно-медицинский клинический центр Центрально-
го региона, Винница

³Винницкий медицинский колледж им. Д. К. Заболотного

Зуд кожи – крайне неприятный симптом, который способен провоцировать бессонницу, подавленность, раздражительность, потерю аппетита. Существует несколько теорий возникновения зуда. По одной из них, зуд является видоизмененным болевым ощущением, обусловленным слабым раздражением нервных окончаний в коже. Согласно второй, зуд – это самостоятельный симптом, в формировании которого участвуют нервные, гуморальные и сосудистые механизмы. Иные теории рассматривают зуд как реакцию вегетативной нервной системы или наследственное патологическое состояние. По данным последних исследований, для зуда характерно отсутствие универсального периферического медиатора зуда. Пусковым фактором возникновения зуда является действие прuritогена – механического, химического, термического или электрического стимулятора прямо или косвенно через медиаторы.

В возникновении зуда и боли решающую роль играют свободные окончания волокон типа А-дельта и волокон типа С. Если раньше это подтверждалось лишь клиническими наблюдениями, то теперь есть нейрофизиологические исследования, которые поддерживают теорию о том, что волокна зуда и боли – единое целое с различными порогами активности. Сегодня уже приемлемо положение о том, что для разных ощущений существуют отдельные специфические рецепторы. Сейчас исходят из того, что существуют смешанные рецепторы для восприятия тепла, холода, боли, зуда и прикосновения [95].

Систематическое употребление веществ, включенных в список наркотиков, которое проявляется психической и физической зависимостью от них, – наркомания, одно из заболеваний общества. Но наркомания бывает и вынужденной, по медицинским показаниям, в случаях паллиативных состояний. В зависимости от того, на какой стадии после принятия наркотика находится человек либо в перерыве между приемами наркотиков, одним из признаков употребления может быть выраженный кожный зуд.

И после того как исключаются как основные заболевания, вызывающие зуд, так и другие вторичные причины зуда, можно считать, что у человека имеется идиопатический генерализованный зуд неизвестного происхождения (GPOU).

Отдельного слова требует зуд пожилых людей, который довольно часто наблюдается у людей старше 65 лет, как проявление сопутствующей, часто комбинированной, соматической патологии, но может быть и вследствие физиологических изменений как со стороны кожи, так и со стороны физиологического старения нервных окончаний.

Ключевые слова: боль, зуд, коморбидность, качество жизни

Itching as the onset of pain (part 3)

Kushnir V. O.^{1,2}, Dmytrenko S. V.¹, Katilov O. V.¹,
Kushnir N. M.³

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia

²Military Medical Clinical Center of the Central Region,
Vinnytsia

³Zabolotny Vinnytsia Medical College

Itchy skin is an extremely unpleasant symptom that can provoke insomnia, depression, irritability, loss of appetite. There are several theories of itching. According to one of them, itching is a modified pain caused by a slight irritation of the nerve endings in the skin. According to the second, itching is an independent symptom, in the formation of which nervous, humoral and vascular mechanisms are involved. Other theories consider itching as a reaction of the autonomic nervous system or a hereditary pathological condition. According to recent studies, itchy skin is characterized by the absence of a universal peripheral mediator of itching. The trigger for itching is the action of pruritogen – a mechanical, chemical, thermal or electrical stimulant directly or indirectly through mediators.

Free ends of type A delta fibers and type C fibers play a crucial role in itching and pain. If this was previously confirmed only by clinical observations, now there are neurophysiological studies that support the theory that itching and pain fibers are one with different activity thresholds. Today, it is unacceptable that there are separate specific receptors for different sensations. It is now assumed that there are mixed receptors for heat, cold, pain, itching and touch [95].

Systematic use of substances included in the list of drugs and manifested by mental and physical dependence on them – drug addiction, one of the diseases of society. But drug addiction is sometimes forced, according to medical indications, in cases of palliative conditions. Depending on the stage of the person after taking the drug or in the interval between drug use, one of the signs of use may be severe itching of the skin.

And after excluding both the main diseases that cause itching and other secondary causes of itching, it can be assumed that a person has idiopathic generalized pruritus (itching) of unknown origin (GPOU).

The itching of the elderly, which is quite common in the elderly, as a manifestation of concomitant, often combined, somatic pathology, but may also be due to physiological changes, both on the skin and on the physiological aging of nerve endings.

Keywords: pain, itching, comorbidity, quality of life