

Elke Weisshaar, Jacek C. Szepietowski, Uwe Darsow, Laurent Misery, Joanna Wallengren, Thomas Mettang, Uwe Gieler, Torello Lotti, Julien Lambert, P. Maisel, Markus Streit, Malcolm W. Greaves, Andrew Carmichael, Erwin Tschachler, Johannes Ring and Sonja Ständer

Європейське керівництво з хронічного свербіж

У співпраці з Європейським дерматологічним форумом (European Dermatology Forum (EDF)) та Європейською академією дерматології та венерології (European Academy of Dermatology and Venereology – EADV)

Хронічний свербіж (ХС) є частим симптомом у медичній практиці і зустрічається при багатьох дерматологічних та системних захворюваннях [1]. Його значна частота обумовлює суттєвий тягар для охорони здоров'я та негативний вплив на якість життя пацієнтів. У даному керівництві розглянуто симптом свербіж, а не захворювання. Оскільки даний симптом можуть спричинювати багато захворювань, до його лікування не існує єдиного підходу. Кожну з форм свербіж слід розглядати окремо.

Нині існує значний дефіцит відповідних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), що обумовлено варіабельністю і складністю симптому, мультифакторіальністю етіології свербіж, а також нестачею чітко встановлених критеріїв ефективності лікування. Справа ускладнюється ще й тим, що результати РКД деяких видів свербіж є суперечливими. Проте для покращення надання медичної допомоги таким пацієнтам були запропоновані нові методи терапії. Крім того, створюється велика кількість експертних рекомендацій.

Стан систем охорон здоров'я багатьох країн та їх соціально-економічна ситуація з постійним скороченням фінансування обумовлюють зростання потреби у відповідних рекомендаціях. Дані рекомендації ґрунтуються на консенсусі країн-учасників, але також передбачають методи лікування, специфічні для певних країн та структур охорони здоров'я. Більше того, слід враховувати, що деякі методи місцевої та системної терапії призначають поза зареєстрованими показаннями і потребують інформаційної згоди. Якщо такі методи не можуть бути проведені терапевтом, корисною виявляється співпраця зі спеціалізованими центрами свербіж.

Дане керівництво поширюється на всі напрями медицини, в яких лікарі стикаються з пацієнтами з ХС. Це також стосується пацієнтів з хронічними розчухуваннями при вузлуватому пруриго та простому ліхені. Керівництва фокусуються не лише на питаннях дерматології.

Визначення та клінічна класифікація

Визначення, наведені в даному керівництві, погоджені з європейськими учасниками, проте деякі з них

спричинили певні суперечки. Більшість дослідників сходяться в тому, що терміни «pruritus» та «itch», які вживаються в англійській літературі для позначення свербіж, є рівноцінними. Доцільним є виокремлення гострих та хронічних (6 тиж та більше) його форм.

Свербіж – відчуття, яке спричинює бажання чухатися. За визначенням міжнародного форуму з вивчення свербіж (the International Forum on the Study of Itch; IFSI), ХС вважається свербіж тривалістю 6 тиж та більше [2]. Згідно з положеннями IFSI, термін «свербіж без матерії» (pruritus sine materia) в даних керівництвах не застосовується [3]. Якщо у пацієнтів не виявлено захворювання, що спричинило свербіж, використовують термін «свербіж невідомого генезу», або «свербіж нез'ясованого генезу» (СНГ). Терміну «свербіж невідомої етіології» слід уникати, оскільки при більшості клінічно встановлених форм свербіж невідомим лишається механізм його виникнення (наприклад, свербіж, асоційований з хронічним захворюванням нирок (ХЗН)). Дані керівництва поширюються на пацієнтів з ХС різного, у тому числі невідомого, генезу. Якщо причина, що спричинила свербіж, встановлена, необхідно орієнтуватися на відповідні спеціальні керівництва (наприклад, свербіж на тлі atopічного дерматиту (АД), холестаичний свербіж) [4–6].

Згідно з класифікацією IFSI, за *етіологією* ХС може бути:

- I – дерматологічним;
- II – системним;
- III – неврологічним;
- IV – соматоформним;
- V – змішаної етіології;
- VI – інше [2].

Класифікація IFSI враховує клінічні відмінності у пацієнтів зі свербіжем з первинно враженою/запаленою шкірою, здоровою шкірою та хронічними вторинними ураженнями шкіри внаслідок розчухувань.

Соматоформний свербіж – свербіж, при якому психічні та психосоматичні чинники відіграють вирішальну роль у його ініціації, визначають інтенсивність свербіж, а також його наростання та персистенцію.

Для діагностики такої форми краще використовувати позитивні та негативні діагностичні критерії.

Епідеміологія ХС

Дані щодо поширеності ХС є вкрай обмеженими. Вона, очевидно, зростає з віком [7], але кількість відповідних епідеміологічних досліджень є недостатньою. За попередніми оцінками, близько 60% пацієнтів старшого віку (≥ 65 років) щотижня страждають від періодичного помірного чи вираженого свербіжу [8], що має назву старечий свербіж, або свербіж осіб похилого віку. У ході популяційного одномоментного дослідження за участю 19 000 дорослих у 8–9% пацієнтів загальної популяції реєструвався гострий свербіж, який був провідним симптомом у всіх вікових групах [9]. Більше того, з'ясувалося, що свербіж тісно пов'язаний з хронічним болем [10].

Нещодавні дослідження показали, що частота виявлення ХС в певний період часу становить 13,5% в загальній популяції дорослих [11] та 16,8% – серед працівників, що проводять скринінг на виявлення онкологічних захворювань [12]. Частота виявлення ХС за 12-місячний період становила 16,4%, а його поширеність упродовж життя, за даними популяційного одномоментного дослідження, проведеного в Німеччині, становила 22% [11]. На основі цих даних можна припустити, що поширеність ХС в загальній популяції є більшою, ніж повідомлялося раніше [11].

ХС може бути зумовлений як дерматологічними, так і системними захворюваннями. Проте, у 8–15% пацієнтів першопричина свербіжу лишається невідомою [1]. Частота свербіжу серед пацієнтів з первинними висипаннями залежить від захворювання шкіри, що його спричинило. Наприклад, свербіж спостерігається у всіх пацієнтів з АД та кропив'янкою [13], а також у близько 80% пацієнтів з псоріазом [14, 15]. Системні захворювання, такі як первинний біліарний цироз (ПБЦ) і ХЗН, асоціюються зі свербіжем у 80–100% та 40–70% випадків відповідно [16]. У пацієнтів з ходжкінською лімфомою свербіж також є частим симптомом і спостерігається у понад 30% пацієнтів.

Лише невелика кількість досліджень присвячена частоті виявлення ХС при наданні первинної медичної допомоги. Згідно з даними австралійської програми ВЕАСН та тривалого національного дослідження терапевтичної діяльності, на свербіж скаржились 0,6% пацієнтів, що звертались по медичну допомогу, без ураження періанального, періорбітального та вушного свербіжу [17]. У Британії в 1991–1992 рр. було проведено четверте національне дослідження захворюваності на терапевтичну патологію, в якому взяли участь 502 493 пацієнти (1% вибірка населення Англії та Уельсу). Було показано, що ризик становить 468 042 пацієнто-років, свербіж та відповідні захворювання виявлялись у 1,04% консультацій (0,73% – у чоловіків; 1,33% – у жінок). На о. Крит, де пацієнти з патологією шкіри отримують переважно стаціонарну, а не первинну медичну допомогу, СНГ у 2002 р. було діагностовано у 6,3% з 3 715 пацієнтів [19].

Клінічна картина ХС

І. Свербіж при патологічних станах

Свербіж шкіри з запаленням та без нього

ХС може часто спостерігатися у пацієнтів з дерматозами з первинним ураженням шкіри та системними

захворюваннями без первинного ураження шкіри. При системних захворюваннях шкіра може залишатись інтактною або мати ушкодження внаслідок розчухувань або тертя. У такому випадку встановлення діагнозу може бути утруднене. Системні захворювання, що супроводжуються свербіжем, наведено на панелі 1.

Панель 1.

Системні захворювання, які можуть супроводжуватись свербіжем

Метаболічні та ендокринні захворювання:

- хронічна ниркова недостатність;
- захворювання печінки з холестазом або без нього;
- гіперпаратиреоїдизм;
- гіпер- або гіпотиреоїдизм;
- дефіцит заліза.

Інфекційні захворювання:

- ВІЛ/СНІД;
- паразитози, в тому числі гельмінтози.

Гематологічні порушення:

- справжня поліцитемія, мієлодиспластичний синдром;
- лімфома, у тому числі ходжкінська лімфома.

Неврологічні захворювання:

- множинний склероз;
- пухлини мозку;
- парестезії в спині;
- брахіорадіальний свербіж;
- постгерпетична невралгія.

Психіатричні або психосоматичні захворювання:

- депресія;
- афективні розлади;
- галюцинації;
- обсесивні та компульсивні розлади;
- шизофренія;
- порушення харчування.

У деяких випадках свербіж може випереджати встановлення діагнозу основного захворювання на декілька років. Останніми роками були з'ясовані деякі механізми виникнення свербіжу на запаленій та незмінній шкірі (див. оригінальну версію керівництв EDF, www.euroderm.org). У наступних розділах представлено деякі найбільш поширені популяції пацієнтів, а також системні захворювання, що супроводжуються ХС.

Свербіж при захворюваннях нирок

Патофізіологія ХЗН-асоційованого свербіжу досі є невідомою. Механізми, що його спричинюють, охоплюють безпосередні метаболічні чинники, серед яких ймовірними кандидатами є підвищення концентрації двохвалентних іонів (кальцію, магнію), паратиреоїдного гормону (ПТГ), гістаміну та триптази, дисфункція периферійних та центральних нервів, залучення опіоїдних рецепторів (μ - та κ -рецептори), а також ксероз шкіри (сухість) [20–28]. Нові дані свідчать про можливу роль мікрозапалення, яке є досить частим при уремії [20, 29].

Свербіж при захворюваннях печінки

Свербіж є частим симптомом у пацієнтів з холестазом (внаслідок механічної обструкції), метаболічними порушеннями або запальними захворюваннями [30]. Він може бути досить вираженим, а в деяких випадках може випереджати встановлення діагнозу, наприклад ПБЦ, на декілька років [31]. У пацієнтів з інфекційними захворюваннями печінки (гепатит В, С) або токсичним її ураженням (наприклад алкоголем) свербіж зустрічається рідше. Печінковий свербіж часто є генералізованим, характерне залучення долоней і підшв [32]. Згідно з однією з гіпотез, виникнення свербіжу при захворюваннях печінки обумовлене

підвищенням тонусу опіоїдних рецепторів, що впливає на передачу нервових імпульсів [30]. Успішність застосування антагоністів μ -опіоїдних рецепторів (налмефен) підтверджує цю гіпотезу [33]. Нещодавно було показано, що підвищення рівнів автотоксину в сироватці крові (фермент, що перетворює лізофосфатидилхолін на лізофосфатидилову кислоту) призводить до зростання концентрації лізофосфатидилової кислоти, яке є специфічним для холестатичного свербіжу, проте не для інших форм системного свербіжу [34]. Рифампіцин суттєво зменшує інтенсивність свербіжу, а також активність автотаксину в пацієнтів зі свербіжем. Додатковий протисвербіжний ефект рифампіцину частково можна пояснити пригніченням прегнан-Х-рецептор- (PXR-) залежної транскрипційної експресії автотаксину [34].

Свербіж при ендокринних і метаболічних захворюваннях

Серед пацієнтів з гіпертиреозом та цукровим діабетом свербіж спостерігається менш ніж у 10% [35, 36]. При гіпотиреозі свербіж найімовірніше обумовлений сухістю шкіри. Пацієнти з первинним гіперпаратиреозом нерідко скаржаться на наявність свербіжу [37]. Патологія свербіжу при первинному гіперпаратиреозі є досі невідомою. У таких пацієнтів часто спостерігається дефіцит вітаміну D і мінералів (цинку та ін.), що, можливо, призводить до ХС.

Дефіцит заліза часто асоційований зі свербіжем [38], механізм якого невідомий. Надлишок заліза (при гемохроматозі) може спричинювати ХС [39, 40].

Свербіж при злоякісних новоутвореннях

Деякі злоякісні новоутворення, у тому числі пухлини, захворювання кісткового мозку, лімфопролиферативні порушення, можуть супроводжуватись свербіжем. Окрім токсичних продуктів, що продукуються самою пухлиною, в основі механізму виникнення свербіжу лежать алергічні реакції на сполуки, що вивільнюються, а також безпосереднє ушкодження мозку або нервів (при пухлинах мозку) [8, 41]. При справжній поліцитемії на свербіж скаржаться понад 50% пацієнтів [42, 43]. Аквагенний свербіж, що супроводжується відчуттям стягнутості шкіри і виникає після контакту з водою, є характерною, але не обов'язковою ознакою. Припускають, що свербіж спричинюють високі рівні гістаміну, який вивільнюється збільшеною кількістю базофільних гранулоцитів [44]. Це особливо виражене у пацієнтів зі справжньою поліцитемією, в яких спостерігається мутація JAK2 617V [45].

Свербіж при ходжкінській лімфомі часто починається з нижніх кінцівок і є найбільш вираженим вночі, надалі швидко стає генералізованим. Деякі чинники, такі як секреція лейкопептидаз і брадикініну, вивільнення гістаміну, а також підвищені рівні IgE з накопиченням в шкірі, можуть сприяти виникненню свербіжу при лімфомі [46]. У пацієнтів з карциноїдним синдромом може спостерігатися свербіж, гіперемія, діарея та кардіальні симптоми [47].

Свербіж при інфекційних захворюваннях

Деякі генералізовані інфекційні захворювання супроводжуються свербіжем. Більше того, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів можуть розвиватись папульозні висипання зі свербіжем або еозинофільний фолікуліт. Ця патологія легко виявляється при огляді та гістологічному

дослідженні шкіри і має високу позитивну прогностичну цінність [48, 49].

Має бути встановлено, чи зумовлює токсикарозна інфекція виникнення свербіжу у значної кількості пацієнтів [50].

Свербіж при неврологічних захворюваннях

Множинний склероз, інфаркт мозку, а також пухлини мозку рідко супроводжуються свербіжем [51, 52]. Локалізований свербіж свідчить про такі неврологічні причини, як стиснення периферійних або центральних сенсорних нервів. Така етіологія локалізованого ХС може спостерігатись у пацієнтів з постгерпетичним свербіжем, парестетичним спинним болем, брахіорадіальним свербіжем, коли ймовірним є ушкодження спинного мозку [53–56].

ХС, зумовлений прийомом медикаментів

Майже будь-які ліки можуть спричинювати свербіж за участю різних патомеханізмів (табл. 1) [57].

Деякі препарати можуть спричинювати уртикарний або кореподібний висип, що виникають одночасно з гострим свербіжем. Більше того, лікарські засоби, що зумовлюють гепатотоксичний ефект або холестаза, так само як і препарати, що призводять до ксерозу або мають фототоксичні властивості, можуть спричинювати ХС при нормальній шкірі [58]. Гідроксипропілкетохромаль, що застосовується для відновлення балансу рідини, може призводити до виникнення хронічного генералізованого або локального свербіжу [59].

II. Свербіж у пацієнтів окремих категорій

ХС у осіб похилого віку

Щодо свербіжу у осіб похилого віку була проведена незначна кількість досліджень. Вони характеризувались помилками вибірки та різнорідними кінцевими точками (захворювання шкіри зі свербіжем або свербіж). За даними американського дослідження скарг пацієнтів похилого віку, з боку шкіри свербіж був найбільш частим і спостерігався у 29% випадків [60]. У дослідженні, проведеному в Туреччині за участю 4 099 пацієнтів похилого віку, було з'ясовано, що свербіж був найпоширенішим шкірним симптомом з частотою 11,5%. Цей показник був вищим у пацієнтів старше 85 років (19,5%), крім того, свербіж був вираженішим у зимовий період року (12,8%) [61]. У тайському дослідженні захворювання, що супроводжувались свербіжем, були найчастішою скаргою на патологію шкіри серед осіб похилого віку (41%), тоді як ксероз виявився найчастішою патологією (38,9%) серед 149 пацієнтів похилого віку [62]. Точний механізм виникнення ХС у пацієнтів похилого віку не встановлений. Вікові патологічні зміни шкіри, зниження функції рогового шару, ксероз шкіри, супутні захворювання та поліпрагмація – все це відіграє роль у розвитку ХС у зазначеній категорії пацієнтів [63].

ХС у вагітних

Епідеміологічні дослідження, які б вивчали поширеність ХС у вагітних, не проводились. Свербіж є провідним дерматологічним симптомом у вагітних; за оцінками, його частота становить близько 18% [64]. Свербіж може виступати основним симптомом специфічних дерматозів вагітності, таких як поліморфний дерматоз вагітних, пемфігоїд вагітних, внутрішньопечінковий холестаза вагітних (ВХВ), атопічні висипання у вагітних, а також може спостерігатися при інших дерматозах, які випадково співпали з вагітністю або передували їй [64–67]. Поліморфний дерматоз вагітних є одним

Таблиця 1. Медичні препарати, які можуть спричинювати або підтримувати ХС (без висипань)

Клас препаратів	Діючі речовини
Інгібітори АПФ	Каптоприл, еналаприл, лізиноприл
Антиаритмічні препарати	Аміодарон, дизопірамід, флекаїнід
Антибіотики	Амоксицилін, ампіцилін, цефотаксим, цефтріаксон, хлорамфенікол, ципрофлоксацин, кларитроміцин, кліндаміцин, котримоксазол, еритроміцин, гентаміцин, метронідазол, міноциклін, офлоксацин, пеніцилін, тетрациклін
Антидепресанти	Амітриптилін, циталопрам, кломіпрамін, дезіпрамін, доксерін, флуоксетин, флувоксамін, іміпрамін, літій, мапротилін, міртазапін, нортриптилін, пароксетин, сертралін
Протидіабетичні препарати	Глімепірид, метформін, толбутамід
Антигіпертензивні препарати	Клонідин, доксазоцин, гідралазин, метилдопа, міноксидил, празозин, резерпін
Протисудомні препарати	Карбамазепін, клоназепам, габапентин, ламотриджин, фенобарбітал, фенітоїн, топірамаат, вальпроєва кислота
Протизапальні препарати	Ацетилсаліцилова кислота, цефекоксид, диклофенак, ібупрофен, індометацин, кетопрофен, напроксен, піроксикам
Антагоністи ангіотензину II	Ірбесартан, телмісартан, валсартан
β-блокатори	Ацебутолол, атенолол, біспролол, метопролол, надолол, піндолол, пропранолол
Бронходилататори, муколітики, стимулятори дихання	Амінофілін, доксапрам, іпратропію бромід, сальметерол, тербуталін
Антагоністи кальцію	Амлодипін, ділтіазем, фелодипін, ісрадіпін, ніфедипін, німодипін, нісолдипін, верапаміл
Діуретики	Амілорид, фуросемід, гідрохлортіазид, спіронолактон, триамтерен
Гормони	Кломіфен, даназол, оральні контрацептиви, естрогени, прогестерон, стероїди, тестостерон та його похідні, тамоксифен
Імуносупресивні препарати	Циклофосфамід, циклоспорин, метотрексат, мікофенолат мофетилу, такролімус (до 36%), талідомід
Гіполіпідемічні препарати	Клофібрат, фенофібрат, флувастатин, ловастатин, правастатин, симвастатин
Нейролептики	Хлорпромазин, галоперидол, рисперидон
Плазмозамінники, засоби, що впливають на кровоносні судини	Гідроксietилкрохмаль, пентоксифілін
Транквілізатори	Алпрозолам, хлордіазепоксид, лоразепам, оксазепам, празепам
Урикостатики	Алопуринол, колхіцин, пробенецид, тіопронін

з найпоширеніших дерматозів вагітності і реєструється у 1 зі 160 вагітних. Тоді як пемфігоїд вагітних, поліморфний дерматоз вагітних і ВХВ зазвичай розвиваються у пізні терміни вагітності, атопічні висипання у вагітних у 75% випадків дебютують раніше третього триместру [1, 65].

ВХВ характеризується інтенсивним свербіжем без будь-яких первинних уражень шкіри, вторинні ураження шкіри розвиваються внаслідок розчухувань.

Патологія частіше зустрічається серед північно-американських індіців у Чілі (27,6%) і Болівії (13,8%), що обумовлене етнічною схильністю, а також аліментарними чинниками [68, 69]. Наразі частота ВХВ зменшилась у обох країнах, у Чілі, наприклад, до 14%. Дана патологія є більш поширеною серед вагітних старших вікових груп, а також при багатоплідній вагітності, наявності в анамнезі холестазу, внаслідок прийому оральних контрацептивів, а також у зимовий період року. Жителі скандинавських та балтійських країн також вражаються частіше (1–2%). У Західній Європі та Північній Америці ВХВ спостерігається у 0,4–1% вагітних [68–70].

Застосування місцевих або системних лікарських засобів визначається етіологією, стадією процесу, а також станом шкіри. Через можливий вплив на плід лікування свербіжу у вагітних потребує зваженого підходу з урахуванням виправданості терапії щодо тяжкості основного захворювання, необхідно обирати найбезпечніший доступний метод лікування. При тяжких і генералізованих формах ХС може виникнути необхідність у застосуванні системних засобів: системних глюкокортикостероїдів (ГКС), певних антигістамінних препаратів (АГП), фототерапії (UVA).

ХС у дітей

Епідеміологічні дослідження з вивчення поширеності ХС у дітей не проводились [1, 64]. Диференційний діагноз ХС у дітей проводиться з низкою захворювань [64], переважно з АД. Кумулятивна захворюваність на АД у розвинених країнах коливається в межах 5–22%. У ході німецького інтервенційного дослідження з АД (The German Atopic Dermatitis Intervention Study; GADIS) було продемонстровано суттєву кореляцію між інтенсивністю свербіжу та тяжкістю АД і порушеннями сну [71, 72]. У норвезькому поперечному популяційному дослідженні з анкетуванням у дорослих поширеність свербіжу становила 8,8%. Свербіж асоціювався з психічними розладами, статтю, соціально-демографічними чинниками, астмою, ринкон'юнктивітом і екземою [73]. Легкий та помірний свербіж може супроводжувати акне [74, 75].

Дослідження щодо системних причин ХС у дітей не проводились. Припускають, що системними причинами ХС у дітей є переважно генетичні або системні захворювання, такі як атрезія або гілоплазія жовчаних протоків, синдром сімейної гіпербілірубінемії, полікістоз нирок. Медикаметозний свербіж без специфічних уражень шкіри у дітей спостерігається рідко [1]. Лікарські препарати, що найчастіше асоціюються з ХС у дорослих, у дітей відіграють меншу роль, що обумовлене їх обмеженим застосуванням у дитячому віці.

Щодо лікування, необхідно пам'ятати, що засоби для місцевої терапії у дітей можуть спричинювати інтоксикацію внаслідок іншого співвідношення між об'ємом тіла та площею його поверхні. Крім того, потрібно враховувати вік дитини, з якого можна призначати відповідний препарат. ГКС слабкої (клас 1, 2) та середньої (клас 3) сили можуть призначатися пацієнтам дитячого віку. Топічні імуномодулятори застосовуються у дітей з АД та свербіжем з 2-річного віку, проте в деяких європейських країнах застосування, наприклад, пімекролімусу дозволено дітям старше 3 міс. Капсаїцин для місцевого застосування

не призначають дітям молодше 10 років. Системні препарати необхідно призначати в адаптованих до дитячого віку дозах. Фототерапія призначається з обережністю, враховуючи можливе віддалене фотоуразнення шкіри.

Діагностика

Анамнез, огляд пацієнта, клінічні ознаки свербіж

Збір анамнезу та ретельне обстеження пацієнта є принципово важливими під час першого візиту, оскільки є основою для оцінки інтенсивності свербіж, часу його появи, динаміки, характеру, локалізації, тригерних чинників, а також причин виникнення на думку пацієнта. Особливу увагу необхідно приділяти обставинам, що передували свербіж або супроводжували його початок (наприклад свербіж після прийому ванни). Також необхідно враховувати засоби, що полегшують свербіж, наприклад користування щіткою. Це полегшує інтерпретацію клінічних знахідок, таких як відсутність вторинних ушкоджень шкіри в середній частині спини, так званий «знак метелика», що є результатом того, що пацієнт не може дістати до цієї ділянки руками і розчухати її. Важливим є встановлення захворювань, що існували до появи свербіж, а також алергічних реакцій, atopічного діатезу, медикаментів, що вживалися (див. табл. 1). Багато корисної інформації можна отримати завдяки опитувальникам. Відсутні специфічні клінічні ознаки захворювань, що супроводжуються свербіжем [76], але настороженість щодо наступних аспектів анамнезу та клінічних ознак може допомогти при встановленні причини свербіж:

- при ураженні декількох членів сім'ї необхідно розглянути можливість корости або інших паразитарних захворювань;
- важливим є встановлення зв'язку між виникненням свербіж та певною діяльністю. Наприклад, свербіж, що виникає під час фізичного навантаження, може свідчити про холінергічний свербіж, це явище поширене у пацієнтів з АД та легкими формами холінергічного свербіж. Свербіж, що виникає при охолодженні шкіри після прийому ванни, має наводити на думку про аквагенну його природу. Він може асоціюватись зі справжньою поліцитемією або мієлодиспластичним синдромом, тому періодично необхідно проводити скринінг на ці захворювання;
- генералізований свербіж у нічний час, що супроводжується ознобом, стомлюваністю, а також «В»-симптомами (втрата маси тіла, лихоманка, пітливість у нічний час) підвищує ймовірність захворювання Ходжкіна;
- соматоформний свербіж рідко призводить до порушень сну, тоді як більшість інших його форм спричинюють прокидання в нічний час;
- сезонний свербіж часто представлений у вигляді «зимового свербіж», який також може бути проявом свербіж осіб похилого віку внаслідок розвитку ксерозу шкіри та астеатозної екземи.

При з'ясуванні анамнезу необхідно завжди з'ясувати всі лікарські препарати, які вживає або вживав пацієнт, а також інфузії та переливання крові. Інтенсивний свербіж може призводити до виражених фізіологічних порушень. Цей факт не має бути

недооціненим терапевтом, який повинен вжити всіх необхідних заходів. ХС може супроводжуватись розладами поведінки та порушенням соціальної та трудової діяльності [77]. У таких випадках виникає потреба в психологічній консультації. ХС з екскоріаціями у деяких випадках прогресує і призводить до того, що пацієнт наносить ушкодження самому собі, що може бути зумовлене наявністю психічних захворювань, наприклад галюцинаторного марення. Такі пацієнти мають бути оглянуті психіатром і в разі необхідності отримувати відповідне лікування. Жодна психологічна причина свербіж не має встановлюватись без консультації психіатра.

Обстеження пацієнтів зі свербіжем має охоплювати ретельний огляд всього шкірного покриву, у тому числі слизових оболонок, скальпу, волосся, нігтів, аногенітальної ділянки. Локалізація первинних і вторинних уражень шкіри має враховуватись у комплексі зі шкірними симптомами системних захворювань. Терапевтичний огляд має охоплювати пальпацію печінки, нирок, селезінки та лімфатичних вузлів.

Немає стандартизованого методу описання свербіж. Відчуття свербіж значною мірою залежить від зовнішніх та внутрішніх змін, що може бути обумовлене відчуттям втоми, занепокоєння, стресом. Опитувальники містять інформацію, яку надають самі пацієнти щодо різних аспектів ХС. На сьогодні немає стандартизованих анкет, проте вони мають надавати інформацію щодо прогнозу для пацієнта, лікувальної перспективи та потреби у визначенні різноманітних показників клінічних досліджень. Було розроблено декілька опитувальників на різних мовах для різних захворювань, що супроводжуються свербіжем, проте остаточний опитувальник не створено.

Необхідні додаткові методи для кращої оцінки різних параметрів ХС і оптимізації ведення хворих. З цією метою було створено спеціальну групу, в яку увійшли члени IFSI, що мала визначити, які з психометричних параметрів ХС є найбільш доцільними для його оцінки [78]. Інтенсивність свербіж зазвичай оцінюють за шкалами (візуальна аналогова шкала (ВАШ) або кількісна шкала оцінки) [79, 80]. При застосуванні ВАШ використовується 10-бальна шкала, представлена у вигляді графіка. Проте ці методи часто не дають змогу враховувати частоту виникнення свербіж впродовж дня. Для пацієнтів з тяжким СНГ може бути корисним ведення щоденника з метою більш чіткого встановлення симптомів.

*Список літератури – у редакції.
Закінчення – в наступному номері.*

*Реферативний огляд статті
«European Guideline on Chronic Pruritus»
підготувала Євгенія Канівець*

Выдержка из инструкции по медицинскому применению

ЦЕТРИН таблетки (CETRINE tablets), Dr. Reddy's

Состав и форма выпуска: табл. п/ плен. оболочкой 10 мг блистер, № 20, 30

Цетиризина гидрохлорид, 10 мг

№ UA/6789/02/01 от 01.02.2013 №77

Фармакологические свойства: Цетиризин – конкурентный антагонист гистамина, метаболит гидроксизина, блокирует H_1 -рецепторы гистамина. Оказывает противоаллергическое, противозудное и противоэкссудативное действие, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления на «поздней» стадии аллергической реакции, снижает миграцию эозинофилов, нейтрофилов и базофилов, предупреждает развитие отека ткани. Устраняет реакцию на введение гистамина, специфических аллергенов, снижает гистамин-индуцированную бронхоконстрикцию при бронхиальной астме легкой и средней степени тяжести.

Практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинового действия. Начало действия после однократного применения 10 мг цетиризина отмечают через 20 мин (у 50% пациентов) и через 60 мин (у 95% пациентов), продолжительность действия превышает 24 ч. На фоне курсового лечения толерантность к антигистаминному действию цетиризина не развивается. После прекращения лечения действие сохраняется до 3 сут.

Быстро всасывается в пищеварительном тракте, после приема внутрь Стах достигается в течение 1 ч. Биодоступность цетиризина при приеме в форме таблеток и сиропа одинакова. Употребление пищи не влияет на полноту всасывания, но удлиняет период достижения Стах. В незначительных количествах метаболизируется в печени путем О-дезалкилирования с образованием фармакологически неактивного метаболита (в отличие от других блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов, метаболизирующихся в печени при участии системы цитохрома P450). Не кумулирует, 2/3 препарата выводится в неизменном виде с мочой и около 10% — с калом. Системный клиренс — 53 мл/мин. $T_{1/2}$ у взрослых — 7–10 ч; у детей в возрасте 6–12 лет — 6 ч; 2–6 лет — 5 ч.

Показания: назальные симптомы сезонного и хронического аллергического ринита (ринорея, зуд в носу, чихание); неназальные симптомы, связанные с конъюнктивитом. Зуд, крапивница различных типов, включая идиопатическую крапивницу.

Применение: таблетки применять внутрь, независимо от употребления пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Взрослые и дети в возрасте старше 6 лет — 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки. Возможна начальная доза 5 мг (½ таблетки) в зависимости от тяжести симптомов заболевания и эффективности лечения. Максимальная суточная доза для взрослых составляет 20 мг.

Пациентам пожилого возраста при нормальной функции почек коррекция дозы не требуется.

Для пациентов с нарушением функции почек (умеренной и тяжелой степени) дозы следует подбирать индивидуально.

Особые указания

Побочные эффекты: Цетрин в рекомендуемых дозах обычно хорошо переносится пациентами. Детальная информация в инструкции по медицинскому применению.

Некоторые фармакокинетические показатели H_1 -антигистаминных препаратов II поколения, не метаболизируемых (или с низким метаболизмом) [по материалам: Simons F.E. Advances in H_1 -antihistamines. N. Engl. J. Med. 2004, v. 18, p. 2203–2217; Molimard M., Diquet B., Benedetti M.S. Comparison of pharmacokinetics and metabolism of desloratadine, fexofenadine, levocetirizine and mizolastin in humans. Fundam. Clin. Pharmacol., 2004, v. 18, p. 399–411].

Соединение	T_{max} (часы)	$T_{до\ эфф}$ (часы)	$T_{эфф}$ (часы)	$T_{1/2}$ (часы)	$V_{распр}$ (л/кг)	Связ. БП (%)	Основной путь выведения	Доза для взрослых
Цетиризин	1,0±0,5	1	24	7–11	0,5	>95	с мочой	10 мг/сут
Фексофенадин	2,6	2	24	14,4	5,6	60–70	с желчью	120–180 мг/сут
Мизоластин*	1,5	1	24	12,9	1,2	>95	с мочой	10 мг/сут
Левочетиризин	0,8±0,5	1	24	7±1,5	0,4	>95	с мочой	5 мг/сут
Дезлоратадин**	1–3	2	24	27	ок. 49	82–87	с мочой	5 мг/сут

Примечание: T_{max} – время от момента приема препарата внутрь до достижения максимальной концентрации в плазме крови; $T_{до\ эфф}$ – время до проявления противогистаминного действия; $T_{1/2}$ – полупериод элиминации; $V_{распр}$ – объем распределения; Связ. БП – связывание с белками плазмы; *в Украине не зарегистрирован; **конечный метаболит – фармакологически неактивный 3-гидрокси-дезоратадин.

Цетиризин демонстрирует уникальные структурные характеристики по сравнению с другими H_1 -антагонистами II поколения. Преимуществами малого объема распределения лекарственного средства являются минимальный риск дозозависимого токсичного действия на клетки и органы, минимальная вариабельность выраженности терапевтического эффекта у разных индивидов, низкий уровень нежелательных взаимодействий с другими лекарственными средствами, отсутствие аккумуляции в сердце или печени [J-P. Tillement. Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Paris XII, Paris, France].

Реклама лекарственного средства, которая размещается в специализированных изданиях, предназначенных для медицинских учреждений и врачей, или материалах, которые распространяются на специализированных мероприятиях на медицинскую тематику. Перед назначением ознакомьтесь с полным текстом инструкции по медицинскому применению.

За дополнительной информацией обращайтесь по адресу: Представительство «Др. Редди'с Лабораторис Лимитед», Столичное шоссе, 103, оф. 11-Б, г. Киев, Украина, 03131, тел. +380442075197.

8ЦЕ-19/03/2015- ОТС