**УДК: 616.972-07-035.7**

**СВЕРБІЖ ЯК СИМПТОМ ЗАХВОРЮВАНЬ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Чернікова Л.І.*

*Харьківський національний медичний університет*

***Ключові слова:*** *свербіж, фізіологічний, патологічний, діагностичний алгоритм*

Свербіж відноситься до найпоширеніших дерматологічних скарг. Він може проявлятися не тільки у хворих на дерматози, але і при досить великому спектрі захворювань загального характеру. Свербіж - це неприємне відчуття, яке супроводжується безперервною потребою в повторному механічному подразненні шкіри. Сверблячка може істотно впливати на загальний стан і якість життя пацієнтів, стаючи причиною безсоння, тривожності, дискомфорту. В тяжких випадках свербіж призводить навіть до депресії і суїцидальних думок.

Припускають, що свербіж - це видозмінене болюче відчуття, обумовлене слабким подразненням нервових закінчень в шкірі, що сприймають біль. Проте деякі дослідники вважають, що у людини існують специфічні рецептори свербежу[1,2].

Патогенез свербежу складний. У його формуванні беруть участь нервові, гуморальні і судинні механізми. При цьому провідна роль належить нервово-рефлекторним процесам, функціональним порушенням в кірковому і периферичному відділах шкірного аналізатора.

Велике значення у формуванні свербежу, його тривалості та інтенсивності поряд зі станом периферичних рецепторів мають функціональні розлади основних нервових процесів - збудження і гальмування - в корі головного мозку, а також діенцефальні порушення, вегетативні дисфункції, зміни в медіаторах - хімічно активних речовинах, які здійснюють передачу нервових імпульсів з рецепторів симпатичних (адреналін) або парасимпатичних (ацетилхолін) волокон на тканини, порушення ферментативних процесів (накопичення ендопептидази та інших протеолітичних ферментів). Частина цих чинників є не причиною, а наслідком в патогенетичному процесі, що обумовлює тривалий перебіг і рецидив свербіння. Якщо свербіж існує тривалий час, то в корі головного мозку формується вогнище патологічного збудження і свербіж з захисної реакції перетворюється в стандартну реакцію шкіри на різні зовнішні і внутрішні подразники. У той самий час, у відповідь на тривале розчісування, змінюється і стан периферичних нервових рецепторів, що призводить до зниження порогу сприйняття свербіння. Таким чином, формується «порочне коло», наявність якого і пояснює труднощі терапії свербежу[1].

Свербіж викликається механічною, термічною, електричною або хімічною стимуляцією безміелінових нервових волокон, вільні нервові закінчення яких лежать на кордоні епідермісу і дерми. Порушуються вони або безпосередньо, або опосередковано, шляхом звільнення різних медіаторів (гістамін, серотонін, протеази, нейропептиди та ін.).

Розрізняють фізіологічний і патологічний свербіж. Фізіологічний свербіж виникає у відповідь на подразники навколишнього середовища (повзання комах, тертя, зміна температури та ін.) і зникає після усунення причини. Патологічний свербіж зазвичай обумовлений змінами в шкірі або у всьому організмі і викликає сильну потребу позбутися від сверблячки шляхом розчісування або іншими способами[2].

Свербіж може бути симптомом різних дерматозів (короста, педикульоз, мікози, атопічний дерматит, алергічний дерматит, екзема, червоний плоский лишай, псоріаз, тощо) або виникати на незміненій шкірі при захворюваннях внутрішніх органів. Ендогенні причини свербежу вельми різноманітні: ендокринні та метаболічні порушення (цукровий діабет, гіпертиреоз, гіпотиреоз, клімакс, гіперпаратиреоз); захворювання печінки (біліарний цироз печінки, позанирковий холестаз, гепатити різної етіології та ін.); хронічна ниркова недостатність; захворювання крові (залізодефіцитна анемія, істинна поліцитемія, лімфогранулематоз, лейкоз, мастоцитоз); пухлини внутрішніх органів, меланоми; аутоімунні захворювання; інфекційні та паразитарні (ВІЛ-інфекція, гельмінтози); неврологічні захворювання; психоневрози; вагітність; прийом лікарських засобів; вік (сенільний свербіж) [1,2,3].

Окремим фізіологічним явищем є свербіж шкіри під час вагітності. Багато фахівців пов'язують виникнення такого свербіння із розтягуванням шкіри, яке виникає при зростанні плода. Гормональні зміни і сухість шкіри у вагітних також можуть привести до появи свербежу.

Якщо причину сверблячки, навіть при ретельному обстеженні, виявити не вдається, то його визначають як свербіж неясного генезу (pruritus sine materia).

З метою діагностування сверблячки необхідно ретельно зібрати анамнез і розпитати хворого. Слід звернути увагу на наступні характеристики сверблячки: час виникнення, провокуючі фактори, інтенсивність, тривалість, локалізація, характер.

Інтенсивність сверблячки може бути різною - від слабкої до дуже вираженої. Для більш об'єктивної оцінки слід уточнити: чи заважає свербіж засипанню; прокидається пацієнт від сверблячки; заважає свербіж виконанню повсякденної роботи. Свербіж, що приводить до порушення сну, розцінюється як важкий.

Залежно від часу виникнення, розрізняють - нічний, денний, постійний, сезонний свербіж. Наприклад, у хворих на коросту і поширену екзему - свербіж посилюється, коли хворі лягають в ліжко; анальний свербіж, викликаний гостриками, виникає між двома і трьома годинами ночі; а при психоневрозах свербіж може бути постійним.

Розрізняють обмежений (локалізований) і поширений (генералізований) свербіж. Обмежений свербіж шкіри якоїсь однієї анатомічної ділянки, зазвичай, викликається місцевими причинами. Наявність поширеного і симетричного свербіння наводить на думку про його ендогенну природу.

Відчуття сверблячки може бути «глибоким» або «поверхневим», може носити відтінок печіння, поколювання (наприклад, для герпетиформного дерматиту характерний пекучий свербіж, особливо волосистої частини голови).

Свербіж у вигляді парестезій характеризується відчуттям поколювання, слабкої печії, повзання мурах тощо. Він з’являється при підвищеній чутливості шкіри до болю і зменшується при доторканні або легкому натисканні на вогнище свербіння.

Генералізований свербіж зазвичай має характер подібний нападу, нерідко посилюється ввечері та вночі. Напади свербежу можуть мати характер пароксизмів, становлячись нестерпними. Хворий розчухує шкіру не тільки нігтями, але й різноманітними предметами, травмуючи епідерміс (біопсируючий свербіж).

Як наслідок тривалого свербіння і розчухів, виникають екскоріації, пігментація, ліхенізація, рубці, піодермія. Вільний край нігтьових пластинок сточується, нігті виглядають як поліровані. Таким чином, об’єктивними симптомами свербежу є розчухи точкового або лінійного характеру, симптом «полірованих нігтів».

Свербіж внаслідок ендогенних причин має деякі особливості.

Холестатичний (печінковий) свербіж - один із найболючіших і постійних симптомів хронічного холестазу. Зустрічається у 100% хворих на первинний біліарний цироз печінки і майже у 50% є приводом для звернення до лікаря. Найчастіше передує всім іншим симптомам цирозу. Зазвичай генералізований, більш виражений на кінцівках, стегнах, животі, а при механічній жовтяниці - на долонях, підошвах, у міжпальцевих складках рук і ніг, під тісним одягом.

Холестатичний свербіж спостерігається у вагітних. Клінічні симптоми захворювання з'являються в більшості випадків в останньому триместрі вагітності і лише в 20-30% випадків - в II триместрі. Найважливіша ознака - свербіж шкіри, що посилюється вночі. Іноді він настільки болючий, що доводиться штучно переривати вагітність. У типових випадках жовтяниця виникає через один-два тижні після маніфестації свербежу, нерідко ще пізніше, а в окремих випадках і зовсім відсутня. Жовтяниця найчастіше виражена слабо або помірно, досягає максимуму протягом декількох днів і зберігається майже на постійному рівні до пологів. З інших симптомів можливі нудота, слабкість, зниження апетиту, неприємні відчуття в правому підребер'ї (зустрічаються рідко). Величина і консистенція печінки в більшості випадків не змінюються, селезінка не збільшується. Характерно потемніння сечі, в той же час посвітління калу відзначається лише у окремих хворих. Симптоми захворювання зникають лише після пологів - спочатку проходить свербіж (як правило, протягом одного-двох днів, рідко до двох тижнів), а потім і жовтяниця (зазвичай за один-два тижні, але не пізніше, ніж через чотири тижні) [2 , 7, 10].

Уремічний свербіж, при хронічній нирковій недостатності, може бути локальним або дифузним, більш виражений на шкірі шиї, плечового пояса, кінцівок, геніталій, у носі. Уремічний свербіж – інтенсивний, посилюється вночі або відразу після діалізу, а також влітку. У хворих на діабет свербіж частіше виникає в аногенітальний області, слухових проходах, у інших хворих може мати дифузний характер.

Гіпертиреоїдний свербіж спостерігається у 4-10% хворих з тиреотоксикозом. Характер свербежу - дифузний, неяскравий, непостійний.

Гіпотиреоїдний свербіж частіше обумовлений сухістю шкіри, зазвичай генералізований, іноді дуже інтенсивний, аж до екскоріацій.

Клімактеричний свербіж спостерігається переважно в аногенітальній ділянці, в пахвових складках, на грудях, нерідко має пароксизмальний перебіг.

Свербіж при гематологічних і лімфопроліферативних захворюваннях може бути генералізований або локальний. При хворобі Ходжкіна свербіж спостерігається над лімфовузлами, при залізодефіцитній анемії – в аногенітальній області, при поліцетеміі - на голові, шиї, кінцівках. При поліцетеміі свербіж колючий, пекучий, аквогенний свербіж може на кілька років передувати захворюванню.

Паранеопластичний свербіж іноді проявляється за кілька років до маніфестації захворювання. Може бути локальним або генералізованим, різної інтенсивності. Для деяких форм раку спостерігається специфічна локалізація свербежу: при раку простати - свербіж мошонки і промежини; при раку шийки матки - свербіж піхви; при раку прямої кишки - свербіж періанальної області; при пухлинах мозку, інфільтруючих дно IV шлуночка, - свербіж в області ніздрів.

Психогенний свербіж часто пов'язаний з депресією, тривогою. Для нього характерні наступні ознаки: відсутність шкірних змін, свербіж поширений або обмежений будь-якою символічної, значущою для хворого зоною, посилюється при стресових ситуаціях, конфліктах, сон, як правило, не порушується, пацієнти часто описують свої відчуття химерно, перебільшено. Свербіж полегшується при прийомі седативних або протизудних препаратів, значно гірше зменшується зовнішніми засобами. Наявність глибоких екскоріацій, самопошкоджень незвичайної форми, паразитофобіі швидше вказує на наявність психозу, а не неврозу. Висновок про психогенну причину свербежу можливий лише після виключення шкірних і системних захворювань.

Сенільний свербіж зустрічається майже у 50% осіб старше 70 років, частіше у чоловіків і протікає у вигляді нічних нападів. Причинами старечого свербежу є головним чином ендокринні розлади, атеросклероз, сухість шкіри. Сенільний свербіж - діагноз виключення, для його постановки треба відкинути іншу причину свербежу.

Свербіж найчастіше буває локалізованим. В якості окремого різновиду можна виділити свербіж в області ануса і статевих органів.

Свербіж ануса - вкрай болісне страждання, спостерігається майже виключно у чоловіків, особливо після 40 років. Часто ускладнюється появою болючих тріщин, стрептококовою або кандидозною попрілістю, появою фурункулів, гидраденита. Причини: неохайність, геморой, глистяні інвазії (ентеробіоз), цукровий діабет, запори, проктит, простатит, везикуліт, кишковий дисбактеріоз.

Генітальний свербіж зустрічається у жінок після 45 років в області зовнішніх статевих органів, рідше - в піхві. Свербіж болісний, супроводжується появою екскоріацій і дисхромій шкіри. Причини: білі, урогенітальні інфекції, ендокринні розлади (клімакс), запальні захворювання статевих органів, сексуальні неврози. У дівчаток генітальний свербіж спостерігається при ентеробіозі. Свербіж вульви - найбільш тяжка форма локалізованого свербіння шкіри. Він особливо негативно позначається на нервово-психічний стан хворих; в ряді випадків є початковим симптомом крауроза вульви. Розвитку свербіння клітора сприяють клімакс, цукровий діабет, запальні процеси в органах сечостатевої системи, вагітність та ін. Свербіж клітора може бути раннім симптомом раку статевих органів.

Свербіж волосистої частини голови часто є проявом себорейного дерматиту або псоріазу, також може бути ознакою цукрового діабету. На волосистій частині голови зазвичай спостерігаються екскоріації і кров'янисті кірки, а також імпетігінозні елементи внаслідок приєднання вторинної інфекції.

Свербіж вушних раковин і зовнішніх слухових проходів може спостерігатися при екземі, себорейному та атопічному дерматиті, псоріазі.

Свербіж повік може виникати при впливі летючих подразників, при алергічному дерматиті на косметичні засоби, а також внаслідок паразитування кліща Demodex folliculorum в волосяних фолікулах вій.

Свербіж носа може бути проявом полінозу, а також спостерігається при кишкових гельмінтозах у дітей.

Свербіж пальців спостерігається при екземі, корості, інвазії пташиних кліщів.

Свербіж шкіри нижніх кінцівок може бути обумовлений варикозним розширенням вен, варикозною екземою, сухістю шкіри.

Діагностика свербежу вимагає особливої ​​уваги: він може передувати прояву тяжких захворювань. На першому етапі проводиться фізикальне обстеження з поглибленим вивченням стану шкіри і при наявності шкірних проявів - поглиблене дерматологічне дослідження. Кожен пацієнт, що страждає на свербіж, повинен бути обстежений на дерматозоонози. У тих випадках, коли свербіж неможливо пов'язати з будь-яким дерматозом, слід шукати інші причини. Скринінгове обстеження пацієнта, що страждає на свербіж, має включати: клінічний аналіз крові, ШОЕ; загальний аналіз сечі з визначенням білка, цукру, осаду; біохімічне дослідження крові (функціональні печінкові проби: АЛТ, АСТ, білірубін, лужна фосфатаза; рівень глюкози натще; рівень холестерину; сечовини, сечової кислоти, креатиніну, кислої фосфатази; визначення загального білка і білкових фракцій, рівень заліза і залізо зв’язуюча здатність сироватки, насичення еритроцитів залізом ); аналіз калу на приховану кров, гельмінти і їх яйця; рентгенографію органів грудної клітини; функціональне обстеження щитовидної залози, рівень тироксину.

На другому етапі проводяться додаткові лабораторні, УЗД, рентгенологічні, ендоскопічні, гістологічні дослідження, виходячи з доцільності.

Пацієнти із свербежем нерозумілого походження, повинні підлягати періодичному повторному обстеженню, тому що захворювання, яке викликає свербіж, може проявитися пізніше.

Незважаючи на широкий спектр терапевтичних методів і засобів, лікування свербежу залишається складним завданням.

Позбавлення від свербежу - завдання, яке вимагає пошуку особливого рішення в кожному окремому випадку. Це пов'язано з великим переліком захворювань і патологічних станів, здатних стати причинами цього явища.

Найбільш ефективним лікуванням свербежу - є лікування захворювання, що викликало свербіж. На жаль, це не завжди можливо, тому в таких випадках призначається симптоматична терапія. Загальна терапія включає використання наступних препаратів: седативні засоби, антигістамінні препарати, стабілізатори мембран тучних клітин (кетотифен), гіпосенсибілізуючі препарати (препарати кальцію і тіосульфат натрію), ентеросорбенти, саліцилати. Застосовується широкий спектр фізіотерапевтичних методів: електросон, індуктотермія надниркових залоз, контрастний душ, сірчані і радонові ванни, морські купання. Велику роль в лікуванні свербежу має зовнішня терапія, але більшість місцевих препаратів діють короткочасно. Призначають їх у вигляді присипок, спиртових і водних розчинів, паст, мазей. При сухій шкірі більш підходять протизудні засоби на основі мазей, масіл. Призначають емоленти. Протисвербіжну дію мають: кортикостероїдні мазі, 5-10% анестезин, 1-2% фенол, 5-10% розчин димедролу, ментол.

Щоб уникнути приєднання вторинних грибкових і бактеріальних інфекцій, при лікуванні широко використовують дезінфікуючі засоби, здатні знищити хвороботворні мікроорганізми. З цією метою застосовують хлоргексидин, мірамістин та багато інших засобів.

Також при свербінні будь-якого генезу необхідно усунути провокаційні фактори, такі як сухість шкіри, контакт з подразниками, знежирення шкіри (грубе, лужне мило), вживання певних продуктів (алкоголь, спеції), а також температурні перепади навколишнього середовища.

Висновки. Свербіж відноситься до найпоширеніших дерматологічних скарг. Він може проявлятися не тільки у хворих на дерматози, але і при досить великому спектрі захворювань загального характеру. Тому лікарям-дерматовенерологам потрібні знання патогенезу, симптоматології свербежу різного походження, вміння застосовувати алгоритм діагностичних досліджень для своєчасного розпізнавання цих захворювань і призначати адекватне лікування.

**Список літератури:**

1. Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная инфекция. Под. ред. Е. В. Соколовского. СПб: Сотис. 1998, с. 3–67.2

2. Кожные и венерические болезни. Справочник/под. ред. О.И.Иванова.- М.Медицина. 1997.- С.105-106

3. Адаскевич В. П., Козин В. М. Кожные и венерические болезни. М.: Мед. лит., 2006, с. 237–245

4. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гематологія. – Рига. «Звайгзне», 1084. – С.357-360.9

5. Everson G.T. Liver problems in pregnancy: part 2 – managing pre-existing and pregnancy- induced liver disease// Medscape Womens Helpth. – 1998.- V.3.-P.2

6. Riely C.A. Liver disease in pregnant patient // Am. J. Gastroenter.- 1999.-V. 94.-P. 1728-1732

7. В.Савчак, С. Галникіна. Практична дерматологія. Навчальний посібник. – К.: Укрмедкнига. 1998. - С. 172-205

8. Романенко И. М., Кулага В. В., Афонин С. Л. Лечение кожных и венерических болезней. Т. 2. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006, с. 342–34.

9. Дерматовенерология, 2010 / [под ред. А.А. Кубановой]. – М.: ДЭКС-Пресс,

2010. – 428 с. – (Клинические рекомендации / Российское общество дермато-

венерологов)

**ЗУД КАК СИМПТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

*Черникова Л.И.*

*Харьковский национальний медичний університет*

Различают физиологический и патологический зуд. При этом зуд является симптомом не только дерматологических заболеваний, но может наблюдаться при самых разных функциональных и органических поражениях нервной системы, пищеварительного трактах, эндокринных, обменных нарушениях, злокачественных заболеваниях внутренних органов, крови, токсикозе беременности, глистных инвазиях и других заболеваниях. В статье описаны механизм развития и особенности зуда при заболеваниях разной этиологии. Рассматривается алгоритм диагностических исследований и лечение. Знанияе патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения зуда имеет важное значение для врачей-дерматовенерологов.

**Ключевые слова**: зуд физиологический, зуд патологический, диагностический алгоритм, лечение

**ITCHING AS A SYMPTOM OF DISEASES OF DIFFERENT ORIGIN**

*Chernikova L.I.*

*Charkiv national medical university*

There are physiological and pathological itching. Itching is a symptom not only of dermatological diseases, but can be observed in a variety of functional and organic lesions of the nervous system, digestive tract, endocrine, metabolic disorders, malignant diseases of internal organs, blood, toxemia of pregnancy, worm infestation and other diseases. This article describes the mechanism of itch and some clinical specialities of itch in diseases of different etiologies. We consider the algorithm of diagnostic tests and therapy. Knowledge of the pathogenesis, clinical

manifestations, diagnosis and treatment options of the itching

is relevant for dermatologists.

**Keywords**: itching physiological, itching pathological, diagnostic algorithm, treatment