



фонд помощи
хосписам

Вера

Осетрова О.В.

(АНО «Самарский хоспис»),

Гремякова Т.А., д.м.н.

(Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,
ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», г. Москва)

ЗУД

В паллиативной
помощи

Практические
рекомендации для врачей

ЗУД

Определение

Зуд – основной симптом кожных болезней и часто – проявление многих системных заболеваний, встречается у 5–12% больных в терминальных стадиях. В паллиативной сфере высокий процент встречаемости кожного зуда наблюдается при холестазах, онкологических заболеваниях и уремии. Вызывает дискомфорт, плохой сон, тревогу и депрессию, а постоянное расчесывание приводит к повреждению кожи.

Патофизиология

Сигналы при боли и при зуде, вызванном кожными причинами, передаются по одним и тем же проводящим путям, но афферентные С-волокна отличаются функционально: одна часть нервных волокон стимулируется гистамином, другая – прочими веществами, вызывающими зуд (например, серотонином). Есть данные о сходстве между нейропатической болью, зудом и кашлем. Их общее свойство – периферическая и центральная сенситизация афферентной нервной системы. Этим объясняется эффективность противосудорожных препаратов и антидепрессантов при столь различных состояниях, а также неэффективность или малая эффективность блокаторов H1-рецепторов при некоторых типах зуда.

Механизмы и медиаторы, участвующие в формировании ощущения зуда:

- амины (гистамин, серотонин, ацетилхолин);
- протеазы и кинины (триптаза, химаза, калликреин, брадикини и др.);
- нейропептиды (субстанция Р, нейротензин и др.);
- цитокины (простагландин Е снижает порог восприимчивости зуда);
- опиоидные рецепторы (метэнкефалин, лейэнкефалин, β-эндорфин), налоксон уменьшает зуд, опиаты облегчают боль, но усиливают зуд.

Причины

Зуд обычно затрагивает кожу, конъюнктиву или слизистые оболочки (включая слизистые оболочки верхних дыхательных путей), однако причины, вызывающие его, не всегда периферические. Восприимчивость к зуду повышается при дегидратации, жаре, беспокойстве.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По распространенности

Локализованный:

- **неспецифический:**

сухость кожи, паразитарные заболевания, кожные заболевания (экзема, буллезный пемфигоид и др.), грибковые поражения кожи, аллергические кожные проявления, укусы насекомых, контактный дерматит;

- **специфический при онкологических заболеваниях:**

меланоматоз (при раке ануса и вульвы), глиобластома, метастатические поражения кожи, паранеопластический синдром.

Генерализованный:

- **неспецифический:**

первичные кожные заболевания, эндокринные заболевания (гипотиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет), карциноидный синдром, болезни, сопровождающиеся холестазом, болезни крови (например, болезнь Вакеза), неврологические заболевания, сенильный зуд, психогенный зуд, зуд, вызванный инфекционными болезнями, ятрогенный зуд (побочное действие лекарственных средств);

- **специфический при онкологических заболеваниях:**

хронический лимфолейкоз, болезнь Ходжкина, лимфомы, грибковидный микоз (разновидность Т-клеточной лимфомы), миеломная болезнь, паранеопластический синдром.

По генезу

Центральный:

- **нейропатический:**

абсцесс головного мозга, травма головного мозга, опухоль головного мозга, рассеянный склероз;

- **нейрогенный:**

холестаза, опиоиды, паранеопластический процесс;

- **психогенный:**

психосоматическое расстройство, проявляющееся зудом.

Периферический:

- **кожный, «пруритоцептивный»:**

кожный мастоцитоз, лекарственные препараты (± сыпь), инвазии (чесотка, педикулез, блохи, клещи), первичные заболевания кожи, ожог растением, крапивница;

- **нейропатический:**

постгерпетическая невралгия.

Смешанный: центральный и периферический – уремия.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

- **Локализация:**
очаговый или генерализованный.
- **Начало:**
острое начало наименее характерно для системных заболеваний.
- **Длительность.**
- **Природа/характер:**
 - сильный, постоянный зуд, усиливающийся в вечернее время – чесотка;
 - «жгучий» зуд – перпетиформный дерматит;
 - «покальвание» – полицитемия.
- **Интенсивность:**
если зуд пробуждает пациента ото сна – вероятнее всего, он имеет своей причиной системное заболевание.
- **Привычки в гигиенических процедурах:**
избыточное или недостаточное их количество, использование грубого мыла низкого качества.
- **Использование медикаментов местно:**
в мазях, лосьонах, кремах.

Физикальное исследование

- **Тщательное исследование кожи:**
 - первичные поражения;
 - эксфолиации кожи в различных областях (педикулез, чесотка);
 - воспалительные папулы на ногах с небольшой везикулой в центре (укусы блох);
 - знак «бабочки» в верхней центральной части спины (гепатобилиарная патология);
 - уремический «озноб».
- **Желтушность кожных покровов.**
- **Лимфаденопатия.**
- **Гепатомегалия.**

Лабораторное исследование

Общий анализ крови с лейкоформулой, мочевины, креатинина, печеночные пробы (маркеры холестаза – щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), определение билирубина), тироксин (Т-4) и тиреотропный гормон (ТТГ), глюкоза крови.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

Общие мероприятия

- При сухости кожи вместо мыла используйте заменители мыла с эффектом увлажнения, 2–3 р/д наносите на кожу увлажняющий крем.
- Пересмотрите список принимаемых препаратов: если возможная причина зуда – лекарственный препарат, его необходимо заменить.
- При атопическом/контактном дерматите: кортикостероиды для местного применения 1 р/д в течение 2–3 дней, если есть воспаление, но нет инфекции.
- При чесотке: перметрин или малатион местно.
- При холестатическом зуде на фоне обструкции общего желчного протока: стентирование протока – по возможности.

Неспецифическое лечение

Проводится с учетом состояния кожи – разные подходы к местному лечению на интактной и мацерированной коже.

Противозудные средства для местного применения: 0,5–2% крем с левоментолом (ментолом) эффективен на интактной коже, если зуд локализован или более интенсивен в определенной области.

Седативные антигистаминные препараты могут быть назначены за 1 час до сна, если эффект не сохраняется на сутки, возможно двукратное применение:

- гидроксизин/Атаракс, Вистарил 25 мг внутрь на ночь;
- прометазин/Пипольфен 25 мг внутрь на ночь;
- дифенгидрамин /Димедрол 50 мг внутрь 1–2 р/д;
- диметинден/Фенистил 1 мг внутрь ежедневно плюс Фенистил гель (0,1% диметиндена) местно 3 р/д поможет в большинстве сложных случаев.

Некоторые неседативные антигистаминные препараты могут оказывать противозудное действие (например, лоратадин/Кларитин, цетиризин/Зодак, Зиртек).

Антигистаминные препараты для наружного применения (например, Фенистил крем) на интактной коже используют не дольше нескольких дней в тех случаях, когда зуд обусловлен выбросом гистамина (например, острая лекарственная сыпь).

ТЦА с антигистаминными свойствами: доксепин/Доксепин в дозе 10–75 мг внутрь на ночь. Антидепрессанты помогут в тех случаях, когда присоединяется тревожность или депрессия.

Специфическое лечение

В таблице 1 и Приложении 1 представлены принципы и схемы лекарственной терапии зуда различной этиологии.

Причина	Лечение
Уремия	<ul style="list-style-type: none"> • ультрафиолетовая фототерапия волнами спектра В • доксепин/Доксепин в дозе 10 мг 2 р/д • габапентин/Нейронтин, Тебантин, в дозе 100–300 мг 1 р/д • сертралин/Золофт в дозе 50 мг 1 р/д
Холестаза	<p>Если стентирование общего желчного протока невозможно, назначают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сертралин/Золофт в дозе 50–100 мг 1 р/д • ондансетрон/Зофран 8 мг в/в, затем 8 мг внутрь 2 р/д • метилтестостерон 25 мг под язык 2 р/д 7–10 дней для максимального эффекта (противопоказан при раке предстательной железы и раке молочных желез у мужчин) • алгелдрат+магния гидроксид /Маалокс 15 мл каждые 6 часов • колестирамин 2–4 г 4 р/д, но вызывает запоры и нарушение всасывания других медикаментов
Грибковые заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Миконазол 2% раствор местно ежедневно 2 р/д
Нейропатический зуд	<ul style="list-style-type: none"> • габапентин/Нейронтин, Тебантин п/о в дозе 100–300 мг 1 р/д с постепенным увеличением (титрованием) кратности приема (до 3 р/д), дозы (до 600 мг на прием) • или прегабалин/Лирика капсулы п/о 75 мг 2 р/д с увеличением дозы до 150 мг 2 р/д через неделю, если необходимо
Опиоидный зуд	<ul style="list-style-type: none"> • блокаторы H1-рецепторов (хлоропирамин/Супрастин (25 мг 3–4 р/д (75–100 мг/сут)), цетиризин/Зодак, Зиртек (10 мг 1–2 р/д) эффективны в небольшом количестве случаев, когда зуд обусловлен выбросом гистамина в коже) • ротация опиоидов, например, морфина на оксикодон • ондансетрон/Зофран 8 мг 2 р/д
Инфильтрация кожи при раке молочных желез	<ul style="list-style-type: none"> • ацетилсалициловая кислота/Аспирин 500 мг п/о 2 р/д • другие НПВС (напроксен/ Налгезин 250–500 мг п/о 2 р/д)
Лимфома Ходжкина	<ul style="list-style-type: none"> • преднизолон в дозе 30–60 мг п/о 1 р/д или дексаметазон 4–8 мг п/о 1 р/д • циметидин п/о в дозе 800 мг/24 ч (либо альтернативный блокатор H2-рецепторов (Ранитидин, Фамотидин)) • карбамазепин/ Финлепсин в дозе 200 мг 2 р/д
Паранеопластический / идиопатический зуд	<ul style="list-style-type: none"> • сертралин/Золофт в дозе 50–100 мг п/о 1 р/д • мirtазапин/Каликста в дозе 15–30 мг п/о на ночь

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Системное лечение часто не требуется, если удастся улучшить состояние кожи.

При сухости кожи прекратить использование мыла; купание в теплой, а не в горячей воде, смазывание кожи после купания и на ночь, наложение влажной салфетки на 15–20 мин, затем нанесение крема или мази.

При влажной коже – защитный крем (цинковая паста), подсушивающие повязки с жидкостью Бурова (алюминия ацетат 8%, разводить 1:10–1:20).

Местные средства против зуда

Оксид цинка обладает противовоспалительным, антисептическим и противозудным действием, используется в концентрации 10–50% в кремах, линиментах, лосьонах, мазях и пастах, которые эффективны в лечении локализованных форм зуда.

Ментол при нанесении на кожу и слизистые оболочки расширяет кровеносные сосуды, вызывая ощущение холода, а затем онемения, значительно уменьшая зуд. Он используется в присыпках, мазях, лосьонах в концентрациях 1–10%.

Камфора при нанесении на кожу вызывает ощущение тепла, за которым следует анестезия легкой степени, что уменьшает зуд. Она используется в виде линиментов, лосьонов и мазей в концентрациях 2–20%.

Следует помнить, что на одном участке кожи нельзя использовать одновременно средства с ментолом и камфорой.

Каламин – лосьон, содержащий карбонат цинка (каламин), оксид цинка и небольшое количество фенола, широко используется в лечении зуда и атопического дерматита.

СОВЕТЫ ПО УХОДУ

- Профилактика расчесов: коротко подпиленные ногти, легкое потирание зудящих участков.
- После мытья вытирайте кожу осторожно, промокающими движениями, используйте мягкое полотенце или фен для волос в холодном режиме.
- Избегайте длительных горячих ванн. Попробуйте ванну с натрия бикарбонатом (питьевой содой) или медицинскими маслами.
- Используйте просторную одежду и неплотное прилегание постельного покрывала/одеяла.
- Исключите перегревания и потливость, особенно во время ночного сна.
- Увеличьте влажность воздуха в спальне, чтобы кожа теряла меньше влаги.
- Надевайте на ночь хлопчатобумажные перчатки, чтобы предотвратить расчесы.
- Избегайте травмирования кожи алкогольсодержащими протирающими, шерстяной одеждой, избыточными гигиеническими процедурами.
- Очищайте кожу бережно, используя увлажняющие средства.

- Используйте охлаждающие мягкие компрессы.
- Можно использовать анестезирующую смесь:
крем после бритья с ментолом 50 мл,
Димедрол 1% 3–5 мл, Лидокаин 2% 1–2 мл, Новокаин 0,5% 5–10 мл.
Смешать, использовать охлажденным.
- Используйте приемы релаксации и позитивной визуализации.

Благодарим за помощь в подготовке материалов

Кравченко Т.В. (главного врача ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Гуркину С.П. (заместителя главного врача по организации стационарной помощи ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Ибрагимова А. Н. (руководителя филиала «Первый Московский Хоспис им. Веры Миллионщиковой» ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Кошель Е.В. (заведующую 4-м отделением ГБУЗ ЦПП ДЗМ).

Список источников

1. Абузарова Г.Р. Невзорова Д.В.
Обезболивание в паллиативной помощи.
Практическое руководство для врача. Москва, 2018.
2. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, 2016.
МКБ 10: R52.1/ R52.2.
3. Hospice and Palliative Care Training for Physicians.
Unipac Self-Study Program. 2008.
<http://www.dermatology.ru/translation/evropeiskoe-rukovodstvo-po-khronicheskomu-zudu>
4. Introducing Palliative Care Fifth Edition.
Editors Twycross R., Wilcock A., 2016.
5. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012.
6. ProCare Hospice Care. Hospice Medication Utilization Guidelines.
Eds. Shah S., Madison M.

