



<sup>1</sup> Московский  
научно-  
практический центр  
дерматовенерологии  
и косметологии

<sup>2</sup> Центр теоретических  
проблем  
физико-химической  
фармакологии

# Часто встречаемые зудящие дерматозы: причины и терапия

З.А. Невозинская, к.м.н.<sup>1</sup>, Д.Р. Мильдзихова<sup>2</sup>, И.М. Корсунская, д.м.н., проф.<sup>2</sup>

Адрес для переписки: Ирина Марковна Корсунская, marykor@bk.ru

Для цитирования: Невозинская З.А., Мильдзихова Д.Р., Корсунская И.М. Часто встречаемые зудящие дерматозы: причины и терапия. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (19): 102–105.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-19-102-105

*Кожный зуд является частым симптомом многих кожных заболеваний и может быть вызван различными факторами: механическими, химическими и др. Гистамин играет определенную роль при многих дерматозах, имеющих в своем патогенезе аллергические факторы, и является основным медиатором зуда. Наиболее часто встречающееся в повседневной дерматовенерологической практике заболевание – контактный дерматит, который в зависимости от механизма, лежащего в его основе, бывает двух типов: ирритантный и аллергический – и имеет разнообразный спектр клинических проявлений, сопровождаемых довольно интенсивным зудом. К зудящим дерматозам с аллергическим компонентом также относится и нумулярная экзема. Во всем мире для терапии подобных дерматозов применяются антигистаминные препараты, в частности, хорошо зарекомендовал себя биластин, относящийся к неседативным препаратам второго поколения. Данное лекарственное средство не влияет на когнитивные функции, показывает хорошую переносимость и эффективность в терапии кожного зуда, вызванного различными причинами, и может быть рекомендован к применению во многих возрастных группах.*

**Ключевые слова:** зуд, аллергический дерматит, контактный дерматит, нумулярная экзема, биластин

Причинами кожного зуда могут быть экзематозный дерматит, крапивница, пищевая аллергия, укусы насекомых, чесотка и пр. Большинство пожилых людей имеют патологически сухую кожу, ксероз, а также другие дерматологические состояния, вызывающие хронический зуд [1]. При этих заболеваниях зуд может быть вызван непосредственно механическими раздражителями, термическими или химическими агентами. Однако он может возникать непосредственно вследствие стимулированной дегрануляции тучных клеток и усиленного высвобождения гистамина [2]. Большинство систем медиаторов и рецепторов, участвующих в патогенезе зуда, также участвуют в нейротранс-

миссии боли [3]. Гистамин является наиболее часто упоминаемым и важным медиатором. Он высвобождается из тучных клеток или кератиноцитов и играет важную роль при многих дерматозах, главным образом вызванных аллергическими факторами. Гистамин является одним из наиболее важных медиаторов зуда, но не единственным, играющим значительную роль. Многие рецепторы гистамина были идентифицированы при зуде, такие как H1, H2 и H3, а также недавно обнаруженный рецептор H4 [4].

Наиболее часто встречаемым зудящим дерматозом является контактный дерматит, который возникает в результате реакции кожи на внешние факторы,



вызывающие воспаление. В зависимости от провоцирующего фактора описаны два типа этого дерматоза – ирритантный контактный дерматит и аллергический контактный дерматит: ирритантный чаще всего возникает в результате кожной реакции на токсическое вещество, воздействующее непосредственно на кожу, аллергический – в результате повышенной чувствительности к токсическим веществам, обычно опосредованной Т-лимфоцитами. Кожные поражения возникают после многократного воздействия на кожу раздражающего вещества [5]. При этом типе реакции доза провоцирующего фактора не играет существенной роли, но важно, что реакция распространяется за пределы участка, подвергнувшегося воздействию аллергена, в отличие от ирритантного контактного дерматита, при котором поражение кожи возникает только в месте воздействия раздражителя (рис. 1).

Существует два типа ирритантного контактного дерматита – острый и хронический. Острый ирритантный контактный дерматит встречается у людей, подвергающихся воздействию раздражителя в течение достаточно длительного времени. Роговой слой создает непосредственную защиту от вредных веществ. Защитный потенциал зависит от его толщины и наличия кожных придатков. Наиболее подвержены этому дерматиту лицо, половые органы и интертригинозные зоны. К основным факторам, провоцирующим острую реакцию, относятся щелочи, кислоты, органические растворители, моющие средства, УФ-излучение, ионизирующее излучение, фототоксические факторы, некоторые пищевые продукты (спаржа, горчица), растения и животные (агава, актиния и др.) [6]. Клиническая картина вариабельна и зависит от провоцирующего фактора, но всегда наблюдаются эритемы различной степени выраженности с пузырьками, кровоточивостью, уртикарными волдырями и эрозиями, сопровождающиеся кожным зудом. При хроническом ирритантном контактном дерматите основным этиологическим фактором является повторяющееся воздействие мягких раздражителей. Это приводит к нарушениям липидного слоя кожи, что, в свою очередь, способствует развитию таких симптомов, как лихенификация, растрескивание и шелушение. Могут развиваться и более острые реакции с образованием высыпаний, отеков и корок. Эти реакции чаще всего вызваны детергентами, химическими веществами, физическими факторами и выделениями, включая пот и слюну [6]. Зуд является частым симптомом, связанным с этими дерматозами. Постоянное расчесывание приводит к обострению клинических симптомов и вторичному инфицированию или лихенификации. Введение соответствующих средств местного и перорального лечения уменьшает симптомы воспаления и выраженность зуда.

Аллергический контактный дерматит встречается примерно у 15% населения. Поражения формируются в результате реакции, вызванной аллергеном,



Рис. 1. Ирритантный дерматит



Рис. 2. Аллергический дерматит

и острый тип является наиболее распространенным, хотя сообщалось также о хронических реакциях. Предрасполагающими факторами могут являться уже существующие аллергические заболевания, а также повреждения кожи, делающие ее проницаемыми для возможных аллергенов. Иммуный механизм контактной реакции детально исследован. На первом этапе (фаза индукции) антиген сталкивается с Т-лимфоцитам в регионарных лимфатических узлах и в этом процессе участвуют клетки Лангерганса. Сенсибилизированные клетки возвращаются в кожу. Повторное воздействие минимальной дозы аллергена приводит к возникновению реакции гиперчувствительности. Рецепторы Т-хелперов идентифицируют специфический антиген, затем высвобождаются цитокины, в основном интерлейкины (ИЛ) 2, 4, 6 и 8, которые активируют другие воспалительные клетки [4]. В зависимости от потребностей могут использоваться стандартные и расширенные наборы для тестирования на аллергены. Клинические про-



Рис. 3. Нумулярная экзема

явления аллергического контактного дерматита разнообразны и зависят от вида аллергена, вызвавшего реакцию, времени воздействия и поверхности, на которой развиваются кожные поражения. Наиболее часто симптомы развиваются в течение 24–48 часов и включают поражения эритематозного и эксфолиативного характера, эксфолиации, лихенификацию, стойкий зуд и воспаление (рис. 2). Обнаружение причинного фактора этой реакции и устранение ответственного аллергена очень важны, иначе лечение не будет успешным. Зуд при этих дерматозах является очень частым симптомом, носит стойкий характер и не поддается лечению доступными методами. Из-за постоянного расчесывания пораженных кожных покровов развивается хроническое воспаление.

Другим зудящим дерматозом является нумулярная экзема, часто обнаруживаемая у пожилых пациентов. Это заболевание может рассматриваться как форма атопического дерматита с поздним началом [7–8]. Нумулярная экзема возникает полиэтиологически и характеризуется монетовидными, резко ограниченными, иногда отечными очагами с папуловезикулами (рис. 3). Степень зуда варьируется в зависимости от пораженного участка и степени чувствительности пациента. Сильное расчесывание или растирание для устранения зуда без надлежащего лечения причинных заболеваний может привести к повреждению кожи, например царапинам, ссадинам, эритеме, лихенификации, язвам и пигментации кожи.

Причиной развития нумулярной экземы могут стать различные факторы, такие как ксероз, сенсибилизация контактной аллергии, реакция на аэроаллергены окружающей среды, стафилококковая колонизация, использование раздражающего и подсушивающего мыла, ча-

стое купание в горячей воде, низкая влажность воздуха, травмы кожи (феномен Кебнера), воздействие грубых тканей одежды, реакция на имплантат груди и некоторые лекарственные препараты (противовирусные препараты, интерферон, изотретиноин, ретиноиды, рибавирин и соединения золота) [9]. Хронический венозный застой также может быть предрасполагающим фактором к развитию дерматозов на коже нижних конечностей [10].

В случаях, когда в патогенезе зудящего дерматоза присутствует аллергический компонент, терапию следует начинать с антигистаминных препаратов. Одним из неседативных антигистаминных препаратов второго поколения, используемых в клинической практике во всем мире, является биластин. На территории РФ биластин представлен в дозировке 20 мг по 10 и 30 таблеток в упаковке.

Клиническое фармакологическое исследование с использованием позитронно-эмиссионной томографии показало, что однократный прием внутрь биластина в дозе 20 мг не воздействовал на H<sub>1</sub>-рецепторы головного мозга [11]. Кроме того, биластин в терапевтических и сверхтерапевтических дозах (20 и 100 мг один раз в день соответственно) не вызывал каких-либо клинически значимых изменений интервала QT с поправкой на удлинение частоты сердечных сокращений на электрокардиограмме [12]. У пациентов с почечной дисфункцией не требуется коррекции дозы биластина [13]. По данным японского многоцентрового исследования, долгосрочное применение биластина в дозе 20 мг у пациентов с хронической спонтанной крапивницей или зудом, связанным с кожными заболеваниями, безопасно и эффективно. Так, за 52 недели исследования нежелательные явления, связанные с биластином, отмечены только у 2,5% пациентов. Значительное снижение интенсивности зуда отмечалось на второй неделе применения препарата [14]. Стоит отметить, что биластин хорошо переносится пожилыми пациентами. Частота нежелательных явлений аналогична таковой для плацебо [15].

Биластин имеет быстрое начало действия и сохраняет длительный эффект [16]. Было показано, что он имеет длительное время пребывания на H<sub>1</sub>-рецепторе, что приводит к длительному антагонизму к рецептору, при этом антагонизм на 60–70% проявляется через 24 часа после приема препарата [17]. Биластин быстро всасывается после приема внутрь, достигая максимальной концентрации в плазме через 1–1,5 часа [16], что позволяет применять его при острых проявлениях аллергических дерматозов. Кожные аллергические реакции могут возникать у людей в разные периоды жизни по различным причинам. Самый неприятный симптом таких реакций – зуд, значительно снижающий качество жизни пациентов. Такие препараты, как биластин, не влияющие на когнитивные функции, могут применяться у довольно широкого круга пациентов. Многочисленные исследования показывают его хорошую переносимость и эффективность в разных возрастных группах, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, которые чаще других воз-



растных категорий страдают от зудящих дерматозов. Не ожидается клинически значимых лекарственных взаимодействий.

Отсутствует необходимость в коррекции дозы у пожилых пациентов, пациентов с нарушением функции почек или печени [18]. ●

## Литература

1. Valdes-Rodriguez R., Stull C., Yosipovitch G. Chronic pruritus in the elderly: pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. 2015; 32: 201–215.
2. Ständer S., Steinhoff M., Schmelz M., et al. Neurophysiology of pruritus. Cutaneous elicitation of itch. *Arch. Dermatol.* 2003; 139: 1463–1470.
3. Ständer S., Schmelz M. Chronic itch and pain – similarities and differences. *Eur. J. Pain*. 2006; 10: 473–478.
4. Olek-Hrab K., Hrab M., Szyfter-Harris J., Adamski Z. Pruritus in selected dermatoses. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2016; 20 (17): 3628–3641.
5. Przybilla B., Rueff F. Contact dermatitis. In: Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolf H.H., Landthaler M. Braun-Falco's dermatology. Berlin: Springer-Verlag, 2009.
6. Litchman G., Nair P.A., Atwater A.R., Bhutta B.S. Contact Dermatitis. 2023 Feb 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
7. Ward J.R., Bernhard J.D. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int. J. Dermatol.* 2005; 44: 267–273.
8. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 52: 579–582.
9. Robinson C.A., Love L.W., Farci F. Nummular Dermatitis. 2022 Oct 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
10. Aoyama H., Tanaka M., Hara M., et al. Nummular eczema: an addition of senile xerosis and unique cutaneous reactivities to environmental aeroallergens. *Dermatology*. 1999; 199 (2): 135–139.
11. Farré M., Pérez-Mañá C., Papaseit E., et al. Bilastine vs. hydroxyzine: occupation of brain histamine H1 receptors evaluated by positron emission tomography in healthy volunteers. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2014; 78: 970–980.
12. Tyl B., Kabbaj M., Azzam S., et al. Lack of significant effect of bilastine administered at therapeutic and suprathreshold doses and concomitantly with ketoconazole on ventricular repolarization: results of a thorough QT study (TQTS) with QT-concentration analysis. *J. Clin. Pharmacol.* 2012; 52: 893–903.
13. Lasseter K.C., Sologuren A., La Noce A., Dilzer S.C. Evaluation of the single-dose pharmacokinetics of bilastine in subjects with various degrees of renal insufficiency. *Clin. Drug. Investig.* 2013; 33: 665–673.
14. Yagami A., Furue M., Togawa M., et al. One-year safety and efficacy study of bilastine treatment in Japanese patients with chronic spontaneous urticaria or pruritus associated with skin diseases. *J. Dermatol.* 2017; 44 (4): 375–385.
15. Sologuren A., Vinas R., Cordon E., et al. Open-label safety assessment of bilastine in elderly patients with allergic rhinoconjunctivitis and/or urticaria. *Allergy Asthma Proc.* 2018; 39 (4): 299–304.
16. Jauregizar N., de la Fuente L., Lucero M.L., et al. Pharmacokinetic pharmacodynamic modelling of the antihistaminic (H1) effect of bilastine. *Clin. Pharmacokinet.* 2009; 48 (8): 543–554.
17. Bosma R., van den Bor J., Vischer H.F., et al. The long duration of action of the second generation antihistamine bilastine coincides with its long residence time at the histamine H1 receptor. *Eur. J. Pharmacol.* 2018; 5 (838): 107–111.
18. Никсар. Инструкция по применению. <https://xn--80apgkse.xn--p1ai/assets/pdf/instruction02092021.pdf>.

## Common Itchy Dermatoses: Causes and Therapy

Z.A. Nevozinskaya<sup>1</sup>, PhD, D.R. Mildzikhova<sup>2</sup>, I.M. Korsunskaya, PhD, Prof.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Moscow Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology

<sup>2</sup> Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology, Moscow

Contact person: Irina Markovna Korsunskaya, marykor@bk.ru

*Skin itching is a frequent symptom of many skin diseases and can be caused by various factors: mechanical, chemical, etc. Histamine plays a certain role in many dermatoses that have allergic factors in their pathogenesis and is the main mediator of itching. The most common disease in everyday dermatovenereological practice is contact dermatitis, which, depending on the underlying mechanism, can be of two types: irritant and allergic and has a diverse range of clinical manifestations accompanied by quite intense itching. Itchy dermatoses with an allergic component also include nummular eczema. Antihistamines are used all over the world for the treatment of such dermatoses, in particular, bilastin, which belongs to non-sedative drugs of the second generation, has proven itself well. This drug does not affect cognitive functions, showing good tolerance and effectiveness in the treatment of itching caused by various causes, and can be recommended for use in many age groups.*

**Key words:** itching, allergic dermatitis, contact dermatitis, nummular eczema, bilastin