

ПСИХОГЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЗУД: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ

Н.К. Атаян

ГБУЗ НПЦ психоневрологии ДЗМ
ул. Донская, 43, Москва, Россия, 115419

В.В. Мариллов, М.С. Артемьева

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

В данной статье отражены особенности клиники и терапии психогенного кожного зуда у трех групп пациентов. При диагностике зуда оценивались личностные особенности пациентов, а также связь возникновения зуда с психическими травмами в анамнезе. В лечении данного состояния высокую эффективность проявили антидепрессанты и нейролептики, что подтвердилось клиникой заболевания.

Ключевые слова: психогенный зуд, кожный зуд, неврозы, функциональный зуд.

Определение кожного зуда как неприятного ощущения, приводящего к расчесыванию, введено в 1660 г. Samuel Hafenreffer. Психогенный кожный зуд является частой жалобой, отмечающейся у больных с неврозами [1]. В 2007 г. французская психодерматологическая группа предложила заменить термин «психогенный зуд» на «функциональный зуд», считая его более точным [2]. При этом центральным симптомом является зуд, а психологические факторы играют очевидную провоцирующую роль, влияя на интенсивность или персистирование зуда. Зуд психогенного характера необходимо дифференцировать с дермато-венерологическими заболеваниями, аллергическими реакциями, симптомом сахарного диабета, при котором у пациентов отмечается нарушение толерантности к глюкозе.

Материалы и методы исследования. На базе ГБУЗ НПЦ психоневрологии ДЗМ в 2010—2013 гг. было проведено комплексное обследование 89 пациентов, из них 68 (65%) женщин и 31 (35%) мужчин (рис. 1).

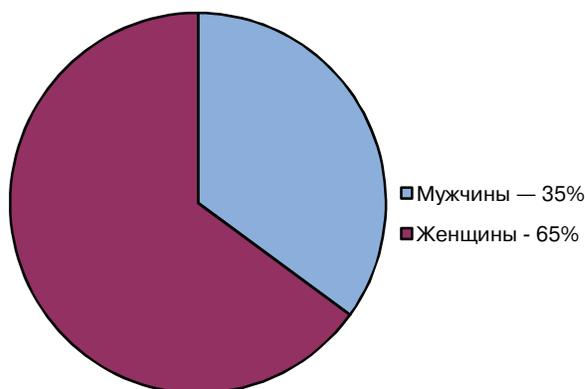


Рис. 1. Распределение пациентов по полу

Возраст пациентов на момент госпитализации составлял от 18 до 85 лет, средний возраст пациентов 42 ± 3 года (рис. 2). Критерии включения и исключения представлены в табл. 1.

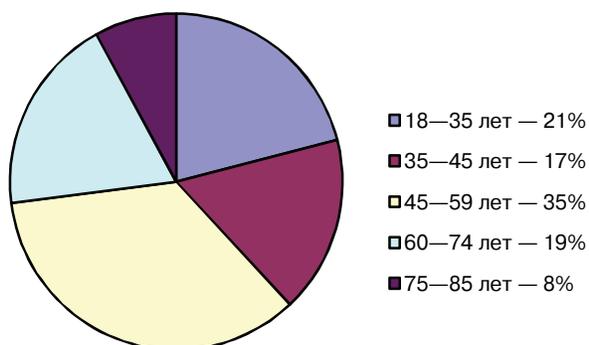


Рис. 2. Распределения пациентов по возрасту

Таблица 1

Критерии включения и исключения

Критерии включения	Критерии исключения
Локализованный или генерализованный зуд sine materia (без первичного поражения кожи)	Наличие дерматологического заболевания
Возраст 18—85 лет	Наличие сахарного диабета (нарушение толерантности к глюкозе)
Зуд, купируемый психотерапевтическим воздействием	Наличие психотической симптоматики
Хронический зуд (> 6 недель)	—
Зуд без соматической причины	—
Связь зуда с одним или несколькими жизненными событиями, которые могли бы иметь психологические последствия	—
Усиление зуда в покое	—

При поступлении были выставлены следующие диагнозы: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-45), депрессивный эпизод средней степени и рекуррентное депрессивное расстройство (F32-33), непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06) и органические расстройства личности (F07) (рис. 3).

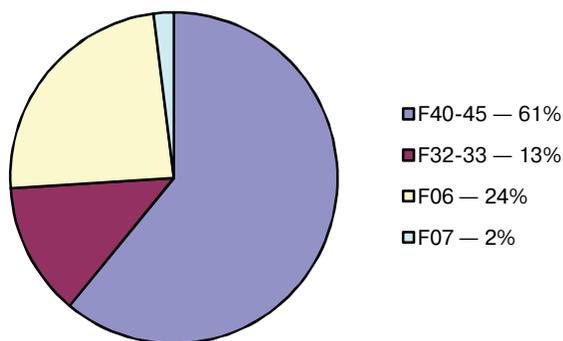


Рис. 3. Диагнозы при поступлении

Статистическая обработка проводилась пакетом программ «MS Excel ver. 7.0». Длительность стационарного лечения составляла в среднем 30 ± 5 дней. При поступлении пациенты высказывали жалобы на кожный зуд различной локализации (грудь, спина, живот, конечности, промежность), сниженное настроение, тревогу, нарушение сна. Из преморбидных особенностей пациентов обращали на себя внимание тревожность, мнительность, сензитивность. При осмотре выявлены следы от расчесов. Пациенты были осмотрены терапевтом, невропатологом, гастроэнтерологом, эндокринологом, аллергологом. Были проведены лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови; обследования головного мозга — РЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ. При поступлении у всех пациентов выявлялся высокий уровень по шкалам Гамильтона (17—21 балл, что соответствует депрессивному расстройству средней или тяжелой степени), Бека (20—25 баллов, что соответствует выраженной депрессии) и Спилбергера-Ханина (46—48 баллов, что соответствует высокой тревожности). В соответствии с выявленными особенностями клиники функционального зуда все пациенты были разделены на 3 группы:

- 1) функциональный кожный зуд, возникший в результате действия психотравмирующей ситуации (55 человек — 61%);
- 2) функциональный кожный зуд у больных с инволюционной депрессии (32 человека — 36%);
- 3) функциональный кожный зуд больных с эндогенным заболеванием (2 человека — 3%).

Лечение. При лечении пациентов 1 группы применялись антидепрессанты (флувоксамин до 100 мг/сут, мirtазапин до 45 мг/сут), нейролептики (этаперазин до 10 мг/сут, галоперидол до 4 мг/сут), психотерапевтические беседы (разъяснительные, рациональные). При лечении пациентов 2 группы применялись антидепрессанты (флувоксамин до 50 мг/сут, мапротилин до 75 мг/сут), нейролептики (галоперидол до 1 мг/сут). При лечении пациентов 3 группы применялись нейролептики (этаперазин до 15 мг/сут, галоперидол до 5 мг/сут).

В результате проведенного лечения у пациентов выравнился фон настроения, снизилась интенсивность или отмечалось полное исчезновение кожного зуда в зависимости от выраженности и длительности психической патологии, снизился уровень тревоги и депрессии (до 7—10 баллов по шкалам Гамильтона, что соответствует отсутствию или легкой степени депрессии; 8—10 баллов по шкале Бека, что соответствует отсутствию или легкой степени депрессии; 30—35 баллов по шкале самооценки личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина, что соответствует низкой или умеренной тревожности). Это указывает на достоверность различий по выраженности тревоги и депрессии между группами больных до и после лечения.

Таблица 2

Оценка психологического состояния пациента в динамике

Шкалы	До лечения (в баллах)	После лечения (в баллах)	Норма (в баллах)
Шкалы тревоги и депрессии Гамильтона	$19 \pm 2^*$	8 ± 2	0—7
Шкала Бека	$22,5 \pm 2^*$	9 ± 1	0—9
Шкалы Спилбергера-Ханина	$47 \pm 1^*$	32 ± 2	< 30

Примечание: * — $p < 0,001$ по сравнению с баллами по той же шкале после лечения.

Выводы. При дифференциальной диагностике кожного зуда психогенного характера с другими заболеваниями необходимо учитывать особенности личности пациента. Психические травмы, предшествовавшие возникновению кожного зуда, играют важную этиопатогенетическую роль независимо от возраста пациента и выделенных в процессе исследования клинических групп. При лечении тревожно-депрессивных состояний, сопровождающихся кожным зудом, во всех группах высока эффективность применения нейролептиков (этаперазин, галоперидол), в 1 и 2 группах высока эффективность применения антидепрессантов (флувоксамин, мапротилин, мirtазапин) и нейролептиков (этаперазин, галоперидол), что подтверждается положительной динамикой течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Yosipovitch G., Greaves M.W., Schmelz M.* Itch. // *Lancet*. — 2003. — Feb 22; 361(9358). — P. 690—4.
- [2] *Misery L., Alexandre S., Dutray S.* Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group // *Acta Derm Venereol*. — 2007. — 87(4). — P. 341—4.

PSYCHOGENIC PRURITUS: THE FEATURES OF CLINIC AND THERAPY

N.K. Ataian

GBUZ NPC psychoneurology DMD
Donskaya str., 43, Moscow, Russia, 115419

V.V. Marilov, M.S. Artemieva

Department of Psychiatry and Medical Psychology
Peoples' Friendship University of Russia
Micluho-Maclay str., 8, Moscow, Russia, 117198

This paper describes the clinical features and treatment of psychogenic pruritus in three groups of patients. In the diagnosis of pruritus assessed personal characteristics of patients, and the relationship of itching with trauma. In the treatment of this condition have shown high efficiency of antidepressants and antipsychotics, which was confirmed by the clinic disease.

Key words: psychogenic itch, itchy skin, nervous disorders, functional itch.