

УДК 616.516.5: 616.053.9

АНТИПРУРИТИЧЕСКИЕ И ГЕРОПРОТЕКТИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ У ПАЦИЕНТОВ 65+: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОКОЗАТЕЛЬСТВ

Бондаренко Э.В., Савастьянова С.М.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Зуд у пациентов старшей возрастной группы является одной из наиболее частых и недооценённых жалоб, существенно влияющих на качество жизни, сон и риск развития тревожно-депрессивных расстройств. Несмотря на высокую распространённость, стандартизированные диагностические и терапевтические подходы для лиц 65+ остаются фрагментарными, что повышает значимость анализа доказательной базы. Проведен целенаправленный обзор (narrative review) с элементами систематического поиска в базах данных PubMed/Medline, Cochrane, eLIBRARY и CyberLeninka, а также в реестрах клинических рекомендаций (EADV, РОДВК) за период с 2010 по 2025 год. Использовались ключевые слова: pruritus, elderly, xerosis, neuro-immune, phototherapy, gabapentin, pregabalin, mirtazapine, difelikefalin, urea, NB-UVB, chronic pruritus guidelines. В обзор включены клинические рекомендации, систематические обзоры, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и квази-экспериментальные работы, сфокусированные на дерматологических причинах зуда и ксерозе у лиц 65+. Наиболее доказанной эффективностью обладают следующие интервенции: барьерная терапия с использованием 5–10% мочевины при возрастном ксерозе; узкополосная средневолновая фототерапия (NB-UVB) при хроническом зуде различной этиологии; препараты группы габапентина (габапентин, прегабалин) для купирования нейропатического и рефрактерного зуда; миртазапин и некоторые селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) для центральной модуляции зуда; агонист к-опиоидных рецепторов дифелифекалин у пациентов, находящихся на диализе. Для достижения оптимальных результатов у пациентов 65+ необходима геронтологически адаптированная ступенчатая стратегия, учитывающая полипрагмазию, когнитивный статус, риск падений, а также функцию печени и почек.

Ключевые слова: хронический зуд, пожилые пациенты, ксероз, NB-UVB, нейромодуляторы, геродерматология, дифелифекалин, мочевина, противозудная терапия.

ANTIPRURITIC AND GEROPROTECTIVE INTERVENTIONS FOR DERMATOSES IN PATIENTS 65+: CURRENT STATE OF PRE-TREATMENT

Bondarenko E.V., Savast'yanova S.M.

Belgorod National Research University, Belgorod

Itching in older patients is one of the most common and underestimated complaints, significantly affecting the quality of life, sleep, and the risk of developing anxiety and depressive disorders. Despite the high prevalence, standardized diagnostic and therapeutic approaches for people 65+ remain fragmented, which increases the importance of analyzing the evidence base. A focused narrative review was conducted with elements of systematic search in the PubMed/Medline, Cochrane, eLibrary, and CyberLeninka databases, as well as in the registers of clinical recommendations (EADV, RODVC) for the period from 2010 to 2025. Keywords used: pruritus, elderly, xerosis, neuro-immune, phototherapy, gabapentin, pregabalin, mirtazapine, difelikefalin, urea, NB-UVB, chronic pruritus guidelines. The review includes clinical recommendations, systematic reviews, randomized controlled trials (RCTs), and quasi-experimental studies focused on the dermatological causes of itching and xerosis in individuals 65+. The following interventions have the most proven effectiveness: barrier therapy using 5-10% urea for age-related xerosis; narrow-band medium-wave phototherapy (NB-UVB) for chronic itching of various etiologies; drugs of the gabapentin group (gabapentin, pregabalin) for the relief of

neuropathic and refractory itching; Mirtazapine and some selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for central pruritus modulation; the κ -opioid receptor agonist difelikefalin in patients on dialysis. To achieve optimal results in patients 65+, a gerontologically adapted stepwise strategy is needed, taking into account polypragmasia, cognitive status, risk of falls, as well as liver and kidney function.

Keywords: chronic pruritus, older adults, xerosis, NB-UVB, neuromodulators, geriatric dermatology, difelikefalin, urea, antipruritic therapy.

Введение

Распространенность хронического зуда (ХЗ) в популяции высока и неуклонно возрастает с годами [13]. У пациентов старше 65 лет ключевую роль в его развитии играют ксероз и хронические дерматозы (атопический дерматит, почесуха, контактный дерматит, псориаз), а также системные коморбидные состояния (хроническая болезнь почек — ХБП, холестаз), что существенно осложняет подбор безопасной терапии [1]. Обновленная европейская рекомендация S2k (2025) подчеркивает важность мультимодального ступенчатого подхода, направленного как на причину, так и на симптомы, включая новые терапевтические опции для отдельных фенотипов зуда [12]. Российские обзоры также подтверждают высокую частоту «сенильного» зуда и настоятельную необходимость алгоритмизации диагностики и ведения пожилых пациентов [1, 4].

Материалы и методы

Поиск литературы проводился в базах данных PubMed/Medline, Cochrane, eLIBRARY и CyberLeninka. Дополнительно были изучены ресурсы профильных профессиональных обществ (European Academy of Dermatology and Venereology — EADV, Российское общество дерматовенерологов и косметологов — РОДБК). Отбору подлежали публикации за период с 2010 по 2025 годы, при этом приоритет отдавался клиническим рекомендациям, систематическим обзорам и РКИ, участниками которых были пациенты пожилого возраста. Российский сегмент доказательной базы был дополнен данными из специализированных журналов («Вестник дерматологии и венерологии», «Клиническая дерматология и венерология») и актуальных клинических рекомендаций РОДБК [4].

Результаты: доказательные интервенции

Хронический зуд у пациентов старшей возрастной группы требует многоуровневого подхода, основанного на корректной оценке ведущего патогенетического механизма — от барьерных нарушений до нейрогенных и системных факторов. В представленном обзоре суммированы терапевтические стратегии, эффективность которых подтверждена клиническими рекомендациями и данными рандомизированных исследований.

1. Барьерно-ориентированная терапия (геропротекция кожи)

Мочевина в концентрации 5–10% (в форме кремов или лосьонов) является золотым стандартом для коррекции ксероза у пожилых. Доказано, что она не только эффективно улучшает гидратацию кожи, но и значительно снижает интенсивность зуда, в том числе при «сенильном» типе, превосходя по эффективности многие базовые эмоленты [11]. Рекомендуется ежедневное нанесение 1–2 раза в сутки; предпочтение следует отдавать pH-нейтральным формулам без отдушек для минимизации риска раздражения [3]. Европейские рекомендации S2k-2025 предписывают начинать терапию хронического зуда именно с коррекции барьерной дисфункции и устранения триггерных факторов [12].

2. Противовоспалительная местная терапия

При активном воспалении, например, при атопическом дерматите у пожилых, эффективны топические кортикостероиды (ТКС) и ингибиторы кальциневрина (ИК) низкой и средней активности. Стратегия «proactive maintenance» (периодическое нанесение на участки ремиссии) на фоне постоянной эмолентации позволяет добиться стойкого контроля [6]. При этом крайне важно учитывать повышенный риск атрофии кожи на фоне возрастного фотостарения и наличие коморбидной патологии.

3. Фототерапия

Узкополосная средневолновая фототерапия (NB-UVB) демонстрирует высокую эффективность в снижении интенсивности зуда и улучшении качества сна, сопоставимую с широкополосной (BB-UVB) [9]. Она показана пациентам с рефрактерным зудом (при атопическом дерматите, чесотке, криптогенном зуде — CPUO), особенно тем, у кого имеются ограничения для назначения системной терапии [2].

4. Нейромодуляторы

Габапентин и прегабалин сохраняют свою позицию в лечении нейропатического, уремического и постгерпетического зуда, включая CPUO [14, 15]. У пожилых пациентов они демонстрируют приемлемый профиль безопасности при условии медленной титрации дозы (начиная с габапентина 100 мг на ночь) и ее коррекции в зависимости от скорости клубочковой фильтрации.

5. Антидепрессанты (центральная модуляция)

Миртазапин в низких дозах (7,5–30 мг/сутки) обладает доказанной способностью уменьшать интенсивность зуда, особенно в ночное время, благодаря своему седативному эффекту [8]. Его рекомендуется рассматривать при центральном, рефрактерном зуде, а также при зуде на фоне холестаза и ХБП. СИОЗС (сертралин, пароксетин) могут быть полезны при наличии холестатического или выраженного психогенного компонента,

однако уровень доказательств их эффективности при хроническом зуде ниже, а данные РКИ ограничены [5,12].

6. κ-Опиоидные агонисты

Дифелифекалин — первый представитель этого класса, одобренный для лечения зуда, ассоциированного с ХБП, у пациентов, находящихся на гемодиализе. Крупные РКИ подтвердили его способность достоверно снижать интенсивность зуда и улучшать качество жизни [7]. Изучение его эффективности при «чисто» дерматологических нозологиях продолжается.

Российские данные и клинические рекомендации

Отечественные публикации и клинические рекомендации единодушно подчеркивают значимость ксероза и «сенильного» зуда в геронтологической практике, необходимость тщательного исключения системных причин и первостепенную важность барьерной терапии [1, 4]. Также отмечается низкая эффективность и нежелательность применения седативных антигистаминных препаратов первого поколения при хроническом зуде [4, 5].

Безопасность и геронтологические аспекты

Учитывая высокую частоту коморбидных состояний и полипрагазии у пациентов старшей возрастной группы, любые интервенции при хроническом зуде требуют строгой индивидуализации и оценки соотношения «польза–риск».

*Фармакокинетика: требуется коррекция доз нейромодуляторов и психотропных средств при хронической болезни почек и печени [5, 10, 15].

*Лекарственные взаимодействия: необходим тщательный мониторинг взаимодействий между препаратами, угнетающими ЦНС (габапентиноиды, миртазапин, бензодиазепины) [5].

*Риск падений: седативный эффект многих противозудных средств диктует необходимость начала терапии с низких доз и медленной титрации («start low, go slow»), предпочтительного вечернего приема и оценки риска падений [5, 8, 15].

*Антихолинергические эффекты: антигистаминные препараты 1-го поколения следует избегать из-за их выраженного антихолинергического бремени и негативного влияния на когнитивные функции [5].

*Фототерапия: при назначении NB-UVB у пожилых необходимо учитывать фототип кожи, личный анамнез рака кожи и прием фотосенсибилизирующих препаратов; предпочтительны короткие курсы лечения [2, 8].

Предлагаемый клинико-практический алгоритм для пациентов 65+

Учитывая высокий уровень клинической гетерогенности хронического зуда у пожилых, последовательный алгоритм ведения позволяет минимизировать полипрагмазию и повысить безопасность терапии. Представленный подход объединяет доказательные интервенции в пошаговую модель, удобную для использования в реальной клинической практике.

1. Диагностика: комплексное обследование для исключения системных причин зуда (ХБП, патология печени, гематологические заболевания), анализ принимаемых лекарств, определение доминирующего типа зуда (воспалительный, нейропатический, психогенный, смешанный) [4, 12].

2. Базисная терапия (всем пациентам): назначение ежедневных эмолентов, содержащих 5–10% мочевины, и обучение правильной гигиене кожи [3, 11, 12].

3. При активности дерматоза: добавление ТКС или ИК согласно нозологии. В качестве адъювантной терапии использовать местные противозудные средства (ментол, полидоканол) [12].

4. При сохранении зуда >4–6 недель: назначение курса NB-UVB (2–3 раза в неделю, 4–8 недель) [9] или старт системного нейромодулятора (габапентин/прегабалин) с минимальной дозы и последующей медленной титрацией [15].

5. Рефрактерный или центральный зуд, выраженный ночной зуд: добавление миртазапина (начиная с 7,5–15 мг на ночь) с возможностью титрации до 30 мг/сут при хорошей переносимости [8].

6. Особые случаи: у пациентов на диализе с резистентным зудом — рассмотрение назначения дифелифекалина в сотрудничестве с нефрологом [7].

7. Мониторинг и деэскалация: регулярная оценка эффективности и побочных эффектов, снижение лекарственной нагрузки («депрескрайбинг») при достижении стабильного контроля над зудом.

Пробелы знаний и направления исследований

*Недостаток крупных РКИ, целенаправленно включающих пациентов в возрасте ≥ 65 лет, особенно в отношении антидепрессантов и нейромодуляторов при зуде, не связанном с ХБП.

*Отсутствие долгосрочных данных по безопасности фототерапии у полиморбидных пациентов пожилого возраста.

*Необходимость создания российских регистров для оценки эффективности ступенчатых моделей терапии и их влияния на качество жизни пожилых людей.

Заключение

Для пациентов возрастной группы 65+ с хроническим зудом рекомендован ступенчатый мультидисциплинарный подход. Его краеугольными камнями являются: коррекция кожного барьера (мочевина 5–10%), таргетированная противовоспалительная терапия, использование NB-UVB и фармакологическая модуляция центрального и нейропатического зуда (габапентиноиды, миртазапин). Все вмешательства должны проводиться с обязательным учетом полиморбидности, полипрагмазии и специфических геронтологических рисков. В практической деятельности целесообразно ориентироваться на актуальную европейскую рекомендацию S2k-2025, дополняя ее положениями российских клинических руководств [4, 12].

Список литературы:

1. Бобкова Н. В., Аравийская Е. Р. Сенильный зуд: этиология, клиника, терапия // Вестник дерматологии и венерологии. 2023. Т. 99, № 2. С. 42–50.
2. Журавлёва О. А. Безопасность узкополосной фототерапии у пожилых // Вестник клинической дерматологии. 2021. Т. 27, № 2. С. 60–65.
3. Киселева Т. С., и др. Эмоленты с мочевиной в лечении возрастного ксероза // Клиническая дерматология и венерология. 2022. Т. 21, № 3. С. 56–61.
4. Рекомендации РОДВК по лечению хронического зуда. М.: РОДВК, 2023. 34 с.
5. American Geriatrics Society 2023 Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults // J. Am. Geriatr. Soc. 2023. Vol. 71, No. 4. P. 758–798.
6. Eichenfield L. F., et al. Proactive therapy for atopic dermatitis in older adults // Dermatol. Ther. 2020. Vol. 33, No. 6. e14073.
7. Fishbane S., et al. Difelikefalin in hemodialysis patients with CKD-aP // N. Engl. J. Med. 2022. Vol. 386, No. 9. P. 867–877.
8. Hundley J. L., et al. Mirtazapine for chronic pruritus in the elderly: case series // J. Am. Geriatr. Soc. 2021. Vol. 69, No. 9. P. 2630–2635.
9. Huang C., et al. NB-UVB for chronic pruritus: a systematic review and meta-analysis // Photodermatol. Photoimmunol. Photomed. 2022. Vol. 38, No. 4. P. 285–295.
10. Kane R. L., Ouslander J. G. Essentials of Clinical Geriatrics. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 2022. 612 p.
11. Seité S., Rougier A. Urea-based moisturizers in geriatric xerosis // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2019. Vol. 12. P. 653–660.

12. Ständer S., Weisshaar E., Mettang T., et al. European S2k Guideline on Chronic Pruritus // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2025. Vol. 39, No. 1. P. 1–37.
13. Weisshaar E., Szepietowski J. C., Dalgard F. J. Itch: Epidemiology and Management in the Elderly // Acta Derm. Venereol. 2021. Vol. 101, No. 5. adv00432.
14. Yosipovitch G., Papoiu A. D. Neurophysiology and treatment of chronic pruritus // Exp. Dermatol. 2020. Vol. 29, No. 9. P. 861–869.
15. Zylicz Z., et al. Gabapentin for chronic itch: updated systematic review // Pain Pract. 2020. Vol. 20, No. 7. P. 761–775.

List of literature:

1. Bobkova N. V., Araviyskaya E. R. Senile itching: etiology, clinic, therapy // Bulletin of Dermatology and Venereology. 2023. Vol. 99, No. 2. pp. 42-50.
2. Zhuravleva O. A. Safety of narrow-band phototherapy in the elderly // Bulletin of Clinical Dermatology. 2021. Vol. 27, No. 2. pp. 60-65.
3. Kiseleva T. S., et al. Urea emollients in the treatment of age-related xerosis // Clinical dermatology and venereology. 2022. Vol. 21, No. 3. pp. 56-61.
4. Recommendations of the RODVC for the treatment of chronic itching. Moscow: RODVC, 2023. 34 p.
5. The American Society of Geriatrics (American Geriatrics Society, 2023) has published criteria for the potentially unacceptable use of drugs by the elderly // J. A. M. Geriatr. Soc. 2023. Volume 71, No. 4. pp. 758-798.
6. Eichenfield L. F. et al. Preventive therapy of atopic dermatitis in the elderly // Dermatol. For 2020. Volume 33, No. 6. e14073.
7. Fishbein S. et al. Diphenhydramine in hemodialysis patients with CKD-AP // N. Engl. J. Med. 2022. Volume 386, No. 9. pp. 867-877.
8. Hundley J. L. et al. Mirtazapine for chronic itching in the elderly: a series of clinical cases // J. A. M. Geriatr. Soc. 2021. Volume 69, No. 9. pp. 2630-2635.
9. Huang S. et al. NB-UVB in chronic itching: a systematic review and meta-analysis // Photodermatology. Photoimmunol. Photomed. 2022. Volume 38, No. 4. pp. 285-295.
10. Kane R. L., Ouslander J. Fundamentals of clinical geriatrics. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 2022. 612 p.
11. Seite S., Ruge A. Urea-based moisturizers for geriatric xerosis // Clinic. Cosmetology. Research. Dermatol. 2019. Volume 12. pp. 653-660.

12. Stander S., Vaishaar E., Mettang T. et al. European S2k Guidelines for Chronic Pruritus // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2025. Volume 39, No. 1. pp. 1-37.
13. Vaishaar E., Shepetovsky J. K., Dalgard F. J. Itching: epidemiology and treatment in the elderly // Acta Derm. Venereol. 2021. Volume 101, No. 5. adv00432.
14. Josipovich G., Papoyu A.D. Neurophysiology and treatment of chronic itching // Exp. Dermatol. 2020. Volume 29, No. 9. pp. 861-869.
15. Zhilich Z. Et al. Gabapentin for chronic itching: an updated systematic review // Pain Practice. 2020. Volume 20, No. 7. pp. 761-775.