

Skóra trądzikowa jako problem nie tylko kosmetyczny

Skin acne as a not just a cosmetic problem

Robert Kranc^{1,2}

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

²Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne

PDF FULL-TEXT
www.lekwpolsce.pl

Oddano do publikacji: 22.11.2013

Słowa kluczowe: trądzik, leczenie, badanie prospektywne.

Streszczenie: Trądzik jest jedną z najczęściej występujących chorób skóry. Dotyka ludzi w każdym wieku, zwykle młodzież w okresie dojrzewania oraz młodych dorosłych. Szacunkowo 80% osób w okresie między 11. a 30. r.ż. w pewnym momencie boryka się z trądzikiem. Badania nad przyczynami powstawania trądziku oraz sposobami jego leczenia przeprowadzono wśród 100 osób z województwa podlaskiego, w okresie od marca do czerwca tego roku. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do przeprowadzenia badania reprezentatywnego, obejmującego większą liczbę ośrodków w Polsce.

Key words: acne, treatment, a prospective study.

Abstract: Acne is one of the most common skin disorders. It affects people of all ages, mostly young people in adolescence and young adults. An estimated 80% of people between 11 and 30 years old at some point suffer from acne. Research on the causes of acne and ways of its treatment was carried out among 100 people, Podlaskie area, in the period from March to June of this year. The results are the basis for the sample survey covering a larger number of centers in Poland.

Wprowadzenie

Trądzik pospolity, popularnie nazywany trądzikiem młodzieńczym, jest chorobą skóry dotyczącą rozmieszczonych na większości ciała aparatów włosowo-łojowych. Jego objawami są zmiany chorobowe na ciele, nazywane zaskórnikami lub pryszczami, zwykle występujące na twarzy, plecach, ramionach, szyi i klatce piersiowej, tam gdzie aparaty włosowo-łojowe są najliczniejsze.

Bezpośrednią przyczyną powstawania zmian trądzikowych jest jednoczesne sprzężenie dwóch czynników. Po pierwsze – nadmierna aktywność gruczołów łojowych, po drugie – zatkanie gruczołów łojowych przez warstwę martwego naskórka,

który mocno przylega do skóry. W takim przypadku w środku mieszka włosowego rozwija się zakażenie spowodowane przez bakterie, a powstały czop wypełnia się ropą.

Aktualnie istniejące metody leczenia trądziku pozwalają kontrolować każdy przypadek. Sposób leczenia podyktowany jest nasileniem schorzenia. W lżejszych przypadkach stosuje się głównie ogólnodostępne leki, natomiast w cięższych niezbędna może się okazać wizyta u dermatologa i zastosowanie leków specjalistycznych na receptę. Wczesne leczenie trądziku jest najlepszym sposobem, aby nie dopuścić do rozwoju choroby i uniknąć powstania blizn potrądzikowych, a także poprawić stan skóry i samopoczucie.

Występowanie i rodzaje trądziku

Trądzik pospolity może występować w każdym wieku, może dotyczyć zarówno małych dzieci, jak i dorosłych, jednak głównie jest to choroba nastolatków i starszej młodzieży. Schorzenie to dotyczy okolic skóry bogatej w gruczoły łojowe; w związku z tym charakteryzuje się łojotokiem oraz tworzeniem zaskórników, grudek, krost i blizn [1]. Objawy trądziku pojawiają się w okresie dojrzewania, kiedy nasilone wydzielanie androgenów powoduje powiększenie gruczołów łojowych na twarzy, piersiach i plecach, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia wydzielania łoju. Początek choroby przed 12. r.ż. obserwuje się dość rzadko, w ok. 7% przypadków, choć coraz częściej stwierdza się wcześniejszy rozwój zmian trądzikowych (przed okresem pokwitania). Szczyt zapadalności na trądzik występuje nieco później i przypada na 14.-17. r.ż. u dziewcząt i 16.-19. r.ż. u chłopców (30–66% pacjentów). W ostatniej dekadzie wyraźnie zwiększył się średni wiek osób zgłaszających się do lekarza z powodu trądziku – z 20,5 do 26,5 roku. Ma to niewątpliwie związek z utrzymywaniem się zmian trądzikowych w wieku dorosłym, co może dotyczyć nawet 50% pacjentów. Powyżej 25. r.ż. trądzik na twarzy występuje u 54% kobiet i 40% mężczyzn. U 5% kobiet i 1% mężczyzn w 40. r.ż. nadal obserwuje się zmiany o istotnym znaczeniu klinicznym [2].

W ostatnich latach rozumienie patogenezy trądziku całkowicie się zmieniło. Do podstawowych procesów obserwowanych w przebiegu tworzenia się zmian trądzikowych zalicza się:

- 1) nadprodukcję łoju, łojotok,
- 2) zaburzenia rogowacenia ujść jednostek włosowo-łojowych,
- 3) kolonizację gruczołów łojowych przez *Propionibacterium acnes*,
- 4) rozwój stanu zapalnego.

Wskazanie na pierwszeństwo procesów zapalnych i/lub immunologicznych przed zaburzeniami rogowacenia w procesie powstawania zaskórników zmieniło wcześniej rozpowszechnioną koncepcję patogenezy: nadmierne rogowacenie + łojotok → proliferacja bakterii → uszkodzenie mieszkca → stan zapalny.

Komórki układu odpornościowego (limfocyty T CD4+ i makrofagi) pojawiają się w obrębie jednostki włosowo-łojowej, zanim wystąpią uchwytne zaburzenia rogowacenia, a cytokiny o działaniu prozapalnym (IL-1 i IL-6) mają zdolność stymulacji proliferacji keratynocytów i tworzenia się zaskórника.

W procesie powstawania stanu zapalnego podstawową rolę odgrywają dwa główne czynniki: interakcje między jednostką włosowo-łojową a zasiedlającymi ją mikroorganizmami oraz sebocyty i produkowany przez nie łoż. Znaczenie *P. acnes* w stymulacji układu immunologicznego i w patogenezie trądziku jest wielokierunkowe, choć nie stwierdzono jednoznacznie, czy bakteria ta jest przyczyną, kofaktorem czy jedynie „świadkiem” choroby. *P. Acnes* można wykryć nie tylko w obrębie zmian zapalnych, lecz także w zaskórnikach. Występują one również na skórze większości zdrowej populacji. Podstawowym mechanizmem oddziaływania *P. Acnes* jest stymulacja receptorów wzorca (ang. *pattern recognition receptor* – PRR), w tym szczególnie TLR-2 (ang. *Toll like receptor-2*), TLR-4 i CD14 na monocytach i makrofagach. Aktywowanie odpowiedzi zależnej od TLR-2 uruchamia sekwencję zjawisk (głównie poprzez aktywację szlaku NFκB) z charakterystycznym dla trądziku uruchomieniem cytokin IL-1β i IL-6, odpowiedzialnych za stymulowanie keratynizacji ujścia mieszków, a także za wzrost ekspresji cząsteczek adhezyjnych śródbłonna i dalsze nasilenie stanu zapalnego [3].

W zależności od przewagi poszczególnych wykwitów trądzikowych (zaskórników, grudek, krostek, nacieków zapalnych) różni się trądzik:

- 1) zaskórnikowy (*acne comedonica*),
- 2) grudkowo-krostkowy (*acne papulo-pustulosa*),
- 3) ropowiczy (obejmujący *acne phlegmonosa*, *nodulocystica*, *conglobata*),
- 4) bliznowcowy (*acne keloidea*) – następstwo zmian trądzikowych,
- 5) ponadto wyodrębnia się rzadsze postaci trądziku, takie jak piorunujący (*acne fulminans*) oraz z wydrapania (*acne excoriée*) [4].

Trądzik zaskórnikowy (*acne comedonica*) i grudkowo-krostkowy (*acne papulo-pustulosa*) z przewagą zaskórników i wykwitów grudkowych występuje głównie na skórze twarzy i pleców. Zmiany w przebiegu tej odmiany są słabo nasilone.

Trądzik ropowiczy obejmujący *acne phlegmonosa*, *nodulo-cystica* i *conglobata* charakteryzuje się obecnością zmian typowych dla tego schorzenia, z tworzeniem się torbieli ropnych, których gojenie odbywa się przez wciągnięte i nierówne bliznowacenie.

W przebiegu trądziku skupionego (*acne conglobata*) występują głębokie torbiele i nacieki ropne. Powstawaniu większych skupisk tych zmian towarzyszą liczne zaskórniki, a gojenie następuje poprzez powstawanie blizn, zwanych keloidami.

W trądziku bliznowcowym (*acne keloidea*) wszystkie zmiany trądzikowe ustępują z pozostawieniem blizn.

Rzadsze postaci trądziku to trądzik piorunujący (*acne fulminans*), który w obrazie klinicznym charakteryzuje się gwałtownym nasileniem zapalnych zmian skórnych, z tworzeniem się owrzodzeń i odczynem krwotocznym oraz ogólnie ciężkim stanem,

z wysoką temperaturą, bólami stawowymi i leukocytozą. Rzadko występuje również trądzik z wydrapania (*acne excoriée*) [5].

Etiopatogeneza trądziku

Etiopatogeneza trądziku pospolitego jest wieloczynnikowa. Niewątpliwą rolę odgrywają czynniki genetyczne, hormonalne, przerost gruczołów łojowych z łojotokiem i zmiana składu łoju oraz tworzenie zaskórników, kolonizacja *Propionibacterium Acnes* i odczyn zapalny [6].

Podłoże genetyczne

Podłoże genetyczne trądziku pospolitego nie zostało dokładnie poznane. Prawdopodobnie rolę odgrywa tu dziedziczenie wielogenowe lub autosomalne dominujące z różną penetracją genu. Zauważono natomiast znamienne statystycznie różnicę w powtórzeniach regionu CAG genu receptora androgenowego u zdrowych mężczyzn i u mężczyzn z trądzikiem. Średnia liczba powtórzeń tego regionu wynosiła 22,07 u mężczyzn z grupy kontrolnej i 20,61 u mężczyzn z trądzikiem. Różnica ta nie dotyczyła kobiet. Rezultaty sugerowały możliwość wykorzystania polimorfizmu powtórzeń regionu CAG genu receptora androgenowego jako markera trądziku u mężczyzn [7].

Zaburzenia hormonalne

Jeżeli chodzi o wpływ *hormonów*, to w okresie przedmiesiączkowym u ok. 60-70% kobiet obserwuje się pogarszanie zmian trądzikowych. Cechy wskazujące na istotną rolę zaburzeń hormonalnych w patomechanizmie trądziku u kobiet to:

- oporność na standardowe metody leczenia
- trądzik związany z hirsutyzmem i nieregularnymi miesiączkami
- zespół SAHA
- nawrót choroby po leczeniu izotretynoiną.

Badania dodatkowe obejmują ocenę stężeń we krwi siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEAS), całkowitego testosteronu, prolaktyny, 17-hydroksyprogesteronu, a także ocenę stosunku stężeń: hormon luteinizujący/hormon folikulotropowy (LH/FSH). Należy je wykonywać w lutealnej fazie cyklu menstruacyjnego – w ciągu 2 tygodni przed początkiem miesiączki.

Celem terapii hormonalnej jest zmniejszenie produkcji łożu. Ponieważ jest to tylko jeden z czynników patogenetycznych trądziku, terapię tę należy łączyć z podawaniem antybiotyku, nadtlenku benzoilu i stosowanych miejscowo retinoidów [8].

Wpływ diety

Wciąż nie ustają dyskusje na temat wpływu diety (szczególnie węglowodanów oraz wspomnianej wcześniej zależności z IGF-1) na przebieg trądziku. Zaostrzenia wyraźnie związane z dietą wydają się rzadkie i dotyczą niewielkiego odsetka chorych. Należy podkreślić, że w kontrolowanych badaniach klinicznych uzyskano dość rozbieżne i kontrowersyjne dane dotyczące istotnego związku trądziku ze spożywaniem tłuszczów, białek, węglowodanów czy kalorycznością diety. Znane są jednak pojedyncze doniesienia o zaostrzeniu zmian trądzikowych przez spożywane produkty nabiałowe. Ma to najprawdopodobniej związek ze stosowaniem preparatów hormonalnych jako dodatku do pasz dla trzody oraz odmiennym od naturalnego rytmem produkcji mleka u krów [9].

Leczenie farmakologiczne trądziku

Głównymi celami leczenia trądziku są likwidacja i/lub złagodzenie objawów oraz zapobieganie ich następstwom – przede wszystkim procesowi bliznowacenia. Bliźny potrądzikowe niejednokrotnie stanowią

istotny problem natury psychicznej, a ryzyko ich powstania w pewien sposób narzuca zalecany model leczenia. Podstawą skutecznej terapii jest dobra komunikacja z pacjentem oraz jego *adherence* (stosowanie się do zaleconej metody leczenia).

Leczenie miejscowe

Leczenie miejscowe jest podstawowym postępowaniem w terapii zmian trądzikowych i zwykle wystarcza u ok. 60% pacjentów.

W przypadku leków do stosowania miejscowego niezwykle istotne jest używanie tych preparatów na całą powierzchnię zmienionej chorobowo skóry, a nie tylko punktowo na istniejące już wykwity. To punktowe nakładanie leku jest niewystarczające z uwagi na obecność mikrozaskórników, które nie są widoczne gołym okiem, a stanowią punkt wyjścia dla wszystkich zmian w trądziku.

W leczeniu tym stosuje się preparaty ukierunkowane na usunięcie podstawowych zjawisk zachodzących w patogenezie zmian trądzikowych, czyli:

- nadmiernego rogowacenia ujęć jednostek włosowo-łożowych (działanie keratolityczne i przeciwzaskórnikowe)
- namnażania *P. acnes* (działanie przeciwbakteryjne i przeciwpalne)
- łojotoku (działanie przeciwłojotokowe, antyandrogenne).

Leczenie miejscowe w łżejszych postaciach trądziku może być stosowane w monoterapii lub terapii skojarzonej. Może także stanowić cenne uzupełnienie leczenia ogólnego oraz terapię podtrzymującą, po uzyskaniu stanu bezobjawowego po leczeniu ogólnym.

Monoterapia

W monoterapii należy stosować jedynie retinoidy, nadtlenek benzoilu oraz kwas azelainowy – w trądziku zaskórnikowym i zaskórniko-

wo-grudkowym. W monoterapii nie powinno się podawać antybiotyków, gdyż może to prowadzić do narastającej w ostatnich latach lekooporności [4]. Pacjenci z trądzikiem w wielu przypadkach są jednak leczeni antybiotykami i ich flora bakteryjna jest narażona na wybiórczy rozwój oporności. Z tego powodu miejscowe stosowanie antybiotyków powinno być ograniczone. Najczęściej rekomendowanymi antybiotykami do stosowania miejscowego jest klindamycyna, erytromycyna i cykliczny węglan erytromycyny.

W leczeniu trądziku znajdują zastosowanie retinoidy należące do I i III generacji. Obecnie dostępnych jest pięć retinoidów do stosowania zewnętrznego:

- trzy naturalne retinoidy, stanowiące tzw. I generację:
 - tretynoina (kwas *all-trans* witaminy A)
 - izotretynoina (kwas 13 *cis* witaminy A)
 - retinaldehyd
- należące do III generacji:
 - adapalen
 - tazaroten

(cechują się znacznie bardziej wybiórczym powinowactwem do receptorów retinoidowych).

Retinoidy charakteryzują się różną siłą działania, właściwą dla poszczególnych preparatów, z czym także wiążą się różnie nasilone, choć podobne działania niepożądane. Należą do nich przede wszystkim te określane jako *ro-dermatitis*, czyli podrażnienie skóry objawiające się w postaci rumienia, złuszczenia, suchości, pieczenia, świądu oraz nadwrażliwości na promieniowanie słoneczne. Do znacznie rzadszych działań niepożądanych należą hipo- i hiperpigmentacja, ektropion (wywinięcie powieki) oraz zmiany o typie *contact dermatitis* [10].

W leczeniu podtrzymującym, trwającym kilka miesięcy (lat), stosuje się 2 lub 3 aplikacje na tydzień.

Przy terapii retinoidami miejscowymi należy również pamiętać o stosowaniu niekomedogennych środków nawilżających (łagodzenie podrażnień), unikaniu jednoczesnej aplikacji produktów drażniących, o ochronie oczu, ust i błon śluzowych, a także, co bardzo istotne, o ochronie przeciwsłonecznej.

Trzeba pamiętać, że terapia trądziku retinoidami miejscowymi z początku może być frustrująca dla pacjenta ze względu na wymienione działania niepożądane oraz nierzadkie zaostrzenie się zmian trądzikowych, występujące w pierwszych 2-4 tygodniach leczenia, związane z przekształcaniem się zmian niezapalnych w zapalne. Zwykle pod koniec 2. miesiąca terapii obserwuje się istotną poprawę kliniczną oraz ustąpienie podrażnień.

Leczenie skojarzone

Leczenie skojarzone w trądziku opiera się zasadniczo na podobnych przesłankach jak leczenie skojarzone w innych chorobach. Zwiększa ono skuteczność terapii, dzięki czemu skraca czas aktywnego leczenia i zmniejsza ewentualne działania niepożądane. W trądziku czynnikiem dodatkowym, jeśli nie zasadniczym, przemawiającym za koniecznością prowadzenia leczenia skojarzonego jest złożony patomechanizm zmian i fakt, że dane preparaty oddziałują jedynie na poszczególne elementy etiopatogenezy.

Stosuje się trzy formy terapii skojarzonej:

- kuracja naprzemienna lekami z poszczególnych grup
- aplikacja różnych preparatów w różnych porach dnia (na noc, na dzień)
- preparaty łączone („dwa w jednym”).

Należy stwierdzić, że obecnie najbardziej zasadne wydaje się stosowanie leczenia preparatami skojarzonymi, zawierającymi połączenie BPO z antybiotykiem bądź retinoidem. Ich skuteczność jest bardzo zbliżona, chociaż

preparaty niezawierające retinoidu cechują się nieco szybszym działaniem i mniej nasilonymi działaniami niepożądanymi, szczególnie w pierwszym okresie terapii. Znaczenie terapii podtrzymującej dobitnie podkreśla ostatni międzynarodowy konsensus opierający się na kontrolowanych badaniach z retinoidem nowej generacji, o mniejszych właściwościach drażniących – adapalenem. Ze względu na dobrą tolerancję, możliwość stosowania w monoterapii oraz działanie na niemal wszystkie elementy patogenezы trądziku, kwas azelainowy wydaje się także rozwiązaniem szczególnie godnym uwagi [11].

Inne preparaty stosowane miejscowo:

- siarka (*sulfur ppti*) wykazująca właściwości komedolityczne i przeciwłojotokowe, ichtiol działający przeciwzapalnie, odkażająco, redukująco, keratoplastycznie, przeciwwysiękowo i przeciwbólowo
- rezorcyna, która ma właściwości odkażające, złuszczające, ponadto działa keratoplastycznie i redukująco
- kwas salicylowy w stężeniach 3-5% w roztworach, papkach i pastach, w preparatach wieloskładnikowych (Acnosan, Oxy żel, krem, tonik)
- roztwór Jessnera – roztwór alkoholowy kwasu salicylowego (14%), kwasu mlekowego (14%) i rezorcyny (14%). Połączenie rezorcyny z kwasem salicylowym i kwasem mlekowym obniża jej toksyczność, a jednocześnie zwiększa właściwości keratolityczne. Liczba warstw i czas ekspozycji wpływają na siłę działania preparatu.

Leczenie ogólne

W umiarkowanych oraz ciężkich postaciach trądziku wskazane jest leczenie ogólne. Poza tym stosowanie leczenia ogólnego może być

rozszerzone o przypadki o mniejszym nasileniu zmian, gdy chorobie współtowarzyszy istotne upośledzenie jakości życia w aspektach psychospołecznych oraz u osób, u których nieznacznie nasilone wykwity trądzikowe ustępują z pozostawieniem blizn, bliznowców i przebarwień pozapalnych.

Do głównych grup leków stosowanych w terapii doustnej należą:

- antybiotyki
- retinoidy
- leki hormonalne.

W cięższych postaciach trądziku, tj. średnio nasilonym i nasilonym trądziku grudkowo-krostkowym, znajdują zastosowanie antybiotyki doustne. Do rekomendowanych antybiotyków zalicza się tetracykliny i makrolidy, nierekomendowane są klindamycyna, kotrimoksazol i chinolony, a nieskuteczne penicyliny, cefalosporyny i aminoglikozydy.

Terapia hormonalna

Terapia hormonalna stanowi doskonałą alternatywę dla kobiet, u których zawiodły inne metody leczenia. Tutaj zastosowanie znajdują następujące grupy leków:

- 1) blokery receptora androgenowego lub antyandrogeny (np. spironolakton, octan cyproteronu),
- 2) blokery produkcji androgenów jajnikowych i/lub nadnerczowych (np. doustne środki antykoncepcyjne, niskie dawki glikokortykosteroidów).

Z uwagi na przeciwłojotokowe działanie terapii hormonalnej oraz fakt, że produkcja łożu nie jest jedynym istotnym czynnikiem w patogenezie trądziku, leki hormonalne powinny być kojarzone z innymi metodami leczenia. W zależności od nasilenia zmian chorobowych mogą to być miejscowe retinoidy lub antybiotyki (miejscowe lub doustne).

Zapobieganie następstwom trądziku

Leczenie trądziku polega na likwidacji albo łagodzeniu jego objawów oraz zapobieganiu ich następstwom, głównie procesowi bliznowacenia.

Blizną (cicatrix) nazywa się tkankę łączną włóknistą, która zastępuje ubytki skóry właściwej. Charakteryzuje się ona ścieńczeniem naskórka, zmniejszeniem sprężystości, brakiem przydatków, zanikiem charakterystycznego poletkowania skóry i wygładzeniem granicy skórno-naskórkowej. Gdy proces gojenia przebiega prawidłowo, wytworzone blizny określa się jako zanikowe. To właśnie *blizny zanikowe* najczęściej powstają w przebiegu trądziku zwyczajnego.

Czasem dochodzi do powstawania grubych, przerośniętych i twardych blizn, nazywanych przerosłymi lub o charakterze bliznowców (*keloid*)[12]. Keloidy mogą powstać w każdym wieku, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, ale ryzyko jest większe u dzieci, młodzieży i osób młodych. Rzadko są spotykane u ludzi starszych ze względu na zmniejszenie proliferacji fibroblastów w skórze. Obszarami szczególnie narażonymi na powstawanie tego typu zmian są: żuchwa, ramiona, mostek, plecy, kończyny górne i małżowiny uszne [6-8]. Czynnikiem predysponującym do powstawania blizn przerosłych i keloidów jest m.in. trądzik bliznowcowy. Do podstawowych metod usuwania blizn potrądzikowych zalicza się mikrodermabrazję [13].

Przeprowadzone badania oraz ich analiza

Badania nad przyczynami powstawania trądziku oraz sposobami jego leczenia wykonano wśród 100 osób. Badania zostały przeprowadzone za pomocą stworzonego na ich potrzeby kwestionariusza. Spośród zebranego materiału odrzucono 60 ankiet ze względu na brak, częściowe lub niewłaści-

we wypełnienie ankiety. 40 ankiet stanowiło przedmiot analizy. Badani zamieszkiwali województwo podlaskie. Wśród nich największą grupę, bo aż 90% stanowiły kobiety. Pozostałe 10% ankietowanych to mężczyźni. Połowa respondentów nie osiągnęła 20. r.ż. 30% badanych było w przedziale wiekowym od 21 do 30 lat, natomiast 20% z nich w wieku 31-40 lat. 40% ankietowanych to uczniowie szkół średnich, 30% z nich to studenci, 20% ma wykształcenie średnie, a pozostałe 10% ukończyło szkołę wyższą. Badani zostali poproszeni o ocenę swojej cery. Według nich aż 60% ma cerę tłustą, 30% mieszaną, a 10% nie potrafiło określić jej rodzaju.

Najwięcej badanych, bo aż 35% wskazało, że ich cera ma skłonności do nadmiernego wydzielania serum. Nieco mniej – 30% ankietowanych boryka się z wypryskami. U 20% respondentów występują zaczerwienienia na skórze, a po 5% badanych ma problemy z tuszczeniem się skóry, ściąganiem i rozszerzonymi naczynkami krwionośnymi. Ankietowani do codziennego oczyszczania skóry używają najczęściej mydła. Taką odpowiedź zaznaczyło 16 osób (40%). 10 osób (25%) w tym celu stosuje żel. Po 4 osoby (10%) wskazały na samą wodę, piankę i mleczko. Tylko 2 osoby (5%) spośród badanych do codziennej pielęgnacji skóry używa toniku.

Badana grupa została zapytana o to, do jakiej cery są przeznaczone używane przez nich preparaty do mycia. 30% osób używa preparatów do cery trądzikowej, 25% do cery tłustej, 20% do cery wrażliwej, 15% do mieszaney, a 10% do cery normalnej. Żaden z respondentów nie stosuje preparatów do cery naczyniowej i suchej. 35% ankietowanych używa kremów do cery trądzikowej, skłonnej do wyprysków, 25% badanych używa kremów do cery tłustej,

a 20% do każdego rodzaju skóry. 6 osób (15%) z badanej grupy kupuje kremy do cery mieszanej. Żadna z ankietowanych osób nie stosuje kremu przeznaczonego do cery suchej i podrażnionej, a 2 osoby (5%) w ogóle nie używają kremu.

Respondenci zostali zapytani o to, jakich kremów używają ze względu na ich działanie. 40% badanych stosuje kremy matujące, 30% przeciwtrądzikowe, a 20% normalizujące. 5% smaruje skórę kremami nawilżającymi, a pozostałe 2 osoby (5%) w ogóle nie stosują kremów. Ponad połowa ankietowanych (55%) w miejscach zmian trądzikowych codziennie stosuje makijaż lub kamuflaż. 25% badanej grupy robi tak czasami, 5% rzadko, a 15% w ogóle nie wykonuje makijażu. Ponad połowa ankietowanych ma predyspozycje genetyczne do wystąpienia trądziku. U 60% z nich w najbliższej rodzinie występowała ta przypadłość skórna, natomiast 40% respondentów twierdzi, że nie było takich zmian w rodzinie.

Najwięcej zmian trądzikowych u ankietowanych (40%) występuje na twarzy. 25% badanych narzeka na trądzik występujący na dekolcie. Tyle samo wskazało na plecy i ramiona, a u 4 osób (10%) zmiany trądzikowe występują na tych wszystkich wymienionych miejscach. Najczęściej na skórze pojawiają się krosty ropne. Wskazało na nie 35% respondentów. U 30% badanych pozostają blizny potrądzikowe, 15% osób wskazało na zaskórniki, natomiast u 10% występują cysty. Pozostałe 10% ankietowanych ma te wszystkie wymienione zmiany skórne. U 14 ankietowanych (35%) trądzik ma formę łagodną. 30% uważa, że nasila się on w stopniu umiarkowanym, a 25% uznaje to nasilenie za średnie. Intensywne nasilenie trądziku występuje u 20% respondentów.

Część ankietowanych (40%) dokonuje zakupu kosmetyków do pielęgnacji skóry trądzikowej w aptece, 30% zaopatruje się w tego rodzaju preparaty w drogeriach, a 25% kupuje kosmetyki przeznaczone do cery trądzikowej w innych miejscach, takich jak: markety, sklepy osiedlowe czy internet. 5% respondentów w ogóle nie kupuje tego typu kosmetyków. Respondentów zapytano o to, czy próbowali uporać się ze zmianami trądzikowymi domowymi sposobami. Zdecydowana większość, bo aż 70% z nich nie podejmowała takich prób, a pozostałe 30% korzystało z metod domowych. U 20% ankietowanych domowe sposoby leczenia trądziku poprawiły stan skóry, ale na krótki czas. 55% badanych nie zauważyło po takim leczeniu większej poprawy stanu skóry, a u 10 osób (25%) wręcz pogorszyły się zmiany skórne po zastosowaniu przeciwtrądzikowych metod domowych.

Zdecydowana większość badanych (60%) korzysta w leczeniu trądziku z pomocy dermatologa, 25% z nich odwiedza gabinety kosmetyczne, a 15% nie korzysta z tego typu usług. Zmiany trądzikowe wymagają rozpoczęcia leczenia farmakologicznego, dlatego też ankietowanych zapytano, po jakim czasie od wystąpienia zmian chorobowych na skórze zgłosili się do gabinetu lekarskiego. Najwięcej z nich, bo aż 40% zgłosiło się do lekarza po pół roku od wystąpienia zmian skórnych, 35% uczyniło to dopiero po około roku, tylko 15% badanych skontaktowało się z lekarzem po miesiącu od czasu wystąpienia trądziku, a w przypadku 10% respondentów zmiany te były dużo starsze niż rok. W leczeniu trądziku pospolitego zwykle wystarczające jest tzw. leczenie miejscowe, tj. ograniczone do smarowania zmienionej chorobowo skóry odpowiednim

lekiem. Dotyczy to zwłaszcza łżejszych przypadków trądziku zaskórnikowego i niezbyt nasilonego trądziku grudkowo-krostkowego. W niezaawansowanych postaciach tych typów schorzenia można początkowo zastosować samoleczenie za pomocą leków bez recepty. Tylko 10% ankietowanych osób w miejscu zmian trądzikowych codziennie stosowało preparaty punktowe, 35% czyniło to czasami, a 25% rzadko. 30% badanych w ogóle nie stosowało preparatów punktowych na zmiany skórne.

Antybiotyki w leczeniu trądziku są chętnie stosowane miejscowo, z uwagi na dobrą tolerancję i rzadkie objawy uboczne. Zawdzięczają swoją skuteczność niszczeniu bakterii *Propionibacterium acnes* oraz działaniu przeciwzapalnemu. Ponad połowa ankietowanych (60%) stosowała w leczeniu trądziku różnego rodzaju antybiotyki, a pozostałego odsetka badanych nie poddano terapii antybiotykowej. Ankietowanych zapytano o to, czy znane im są niektóre grupy substancji leczniczych pomocnych w pozbyciu się trądziku. Spośród wymienionych w ankiecie środków najbardziej znane są retinoidy występujące w takich preparatach jak Retin-A, Isortex czy Zorac. Na znajomość tych substancji wskazało 55% badanych. 20% respondentów słyszało o kortykosteroidach występujących w Oxycorcie, Dexapolcorcie N, natomiast dla 20% grupy znany jest metronidazol, który jest składnikiem np. Rozexu.

Każda substancja lecznicza może wywoływać objawy uboczne. Zapytano respondentów, czy w trakcie leczenia wymienionymi substancjami wystąpiły u nich negatywne skutki. Niestety, aż u 80% z nich pojawiły się objawy uboczne. Najczęstszymi objawami ubocznymi podczas leczenia substancjami pomocniczymi były suchość błon śluzowych (40%) oraz na-

silone złuszczenie skóry (30%). U 15% ankietowanych wystąpiło pieczenie skóry, u 10% nasiliła się suchość skóry, a u 5% był wyczuwalny świąd skóry.

Respondenci stosujący w kuracji wymienione substancje doświadczyli także wewnętrznych skutków ubocznych. Aż 70% z nich miało problemy żołądkowe, 10% doświadczyło depresji, taki sam odsetek odczuwał zmiany nastroju, a w przypadku 5% ankietowanych pojawiły się bóle głowy i senność.

Współczesna medycyna i kosmetologia oferują wiele zabiegów pomocnych w leczeniu trądziku. Najwięcej ankietowanych korzystało z antybiotykoterapii – 35%. 25% badanej grupy poddało się mechanicznemu oczyszczaniu skóry, 20% stosowało peelingi chemiczne, 10% leczenie farmakologiczne i tyleż samo osób korzystało z mikrodermabrazji. Leczenie trądziku wymaga czasu. W przypadku 35% ankietowanych trwało ono dłużej niż rok. 30% respondentów leczyło się na tę przypadłość ok. pół roku, u 1/4 badanych terapia zajęła rok, a tylko w przypadku 10% respondentów leczenie trądziku trwało ok. 2 miesięcy.

Respondenci zostali poproszeni o wskazanie metody, która według nich daje najlepsze efekty w leczeniu trądziku zaskórnikowego. W opinii 55% z nich najefektowniejsze jest oczyszczanie mechaniczne. 25% wskazało na złuszczenie kwasami. Maści i kremy przeciwtrądzikowe są pomocne tylko dla 10% ankietowanych. Natomiast mikrodermabrazję i peeling kawitacyjny za skuteczną metodę w leczeniu trądziku zaskórnikowego uznało po 5% badanych.

Pacjenci najczęściej narzekają na blizny potrądzikowe, które szpecą ciało i należy się ich pozbyć w celu lepszego samopoczucia. Według 70% ankietowanych najskuteczniej-

szą metodą usunięcia blizn jest laseroterapia, 20% uważa, że skuteczne jest złuszczenie kwasami, a dla 10% największe efekty daje mikrodermabrazja. Żaden z ankietowanych nie wskazał preparatów doustnych, maści, kremów czy peelingu kawitacyjnego jako skutecznych metod pozbycia się blizn potrądzikowych. Połowa ankietowanych osób jest zdania, że po zastosowanym leczeniu zmiany trądzikowe uległy poprawie, 45% z nich jest zadowolona z leczenia i ma zdrową skórę, a tylko 5% badanych nie widzi żadnej poprawy po leczeniu.

Podsumowanie

Trądzik pospolity to choroba bagatelizowana i uważana za przejściowe schorzenie okresu dorastania. Tymczasem dotyczy ona wszystkich grup wiekowych, począwszy od okresu noworodkowego po wiek dorosły.

U większości pacjentów występuje łagodna postać choroby, jednak u ok. 15% chorych trądzik ma ciężki przebieg i ustępuje pozostawiając szpecące blizny. Stopień emocjonalnego zaangażowania się pacjenta w swoją chorobę waha się od niewielkiego zażenowania po znaczne obniżenie samooceny i unikanie relacji towarzyskich.

Bardzo istotne jest wczesne rozpoczęcie intensywnego leczenia trądziku, dostosowane do jego postaci i stopnia nasilenia. Leczenie trądziku jest trudne i wymaga złożonej terapii ogólnej oraz miejscowej, odpowiednio dobranej do stanu klinicznego pacjenta. W większości przypadków przebieg choroby nie wymaga leczenia ogólnego, a dostępne przyczynowe leczenie miejscowe i specjalna pielęgnacja wystarcza do poprawy stanu skóry. W trądziku pospolitym wymagane jest systematyczne leczenie miejscowe w zależności od postaci choroby – w monoterapii lub terapii skojarzonej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w chwili obecnej zarówno medycyna, jak i kosmetologia dysponują szeroką gamą preparatów do leczenia łagodnych i najcięższych postaci trądziku pospolitego. Ze względu na przewlekły charakter trądziku, ważną rolę w skutecznym leczeniu tej choroby odgrywa dobra współpraca pacjenta z lekarzem. Pisemne instrukcje dotyczące sposobu stosowania leków i ulotki informacyjne są dla wielu pacjentów bardzo istotne. Przekonanie pacjenta (i jego rodziny) o możliwości wyleczenia tej przewlekłej choroby i konieczności zachowania cierpliwości podczas terapii to nieodzowny warunek sukcesu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Szepietowski J., Kapińska-Mrowiecka M., Kaszuba A., Langner A., Placek W., Wolska H., Matusiak Ł. Trądzik zwyczajny: patogeniza i leczenie. Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Przegląd Dermatologiczny 2012, 99, s. 650.
2. Czyż P., Miękoś-Zydek B. Współczesne poglądy na etiopatogenezę ciężkich postaci trądzika pospolitego ze szczególnym uwzględnieniem aspektów psychologicznych. Nowa Klinika 1999; 6: 1122-7.
3. Webster G.F., Rawlings A.V.: Trądzik. Diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2009.
4. Szepietowski J., Kapińska-Mrowiecka M., Kaszuba A., Langner A., Placek W., Wolska H., Matusiak Ł. Trądzik zwyczajny: patogeniza i leczenie. Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Przegląd Dermatologiczny 2012, 99, s. 650.
5. Wofosik K., Knaś M., Waciewicz M., Dmuchańska P. Skuteczność terapii skojarzonej w redukcji blizn potrądzikowych – opis przypadków. Przegl Dermatol 2013, 100, 103.
6. Placek W., a Romańska-Gocka K., Grzanka A. Leczenie miejscowe trądziku. Przegl Dermatol 2011, 98, 442-448.
7. Sobjanek M., Zabolna M., Sokółowska-Wojdyło M., Nedoszytko B., Michajłowski I. Czynniki genetyczne w etiopatogenezie trądziku pospolitego. Post Dermatol Alergol 2007; XXV, 4: 183-187.
8. Skrzypulec-Plinta V., Chetnicki A. Terapia hormonalna w trądziku. Dermatologia Estetyczna Nr 5(76)/2011.
9. Pytrus B. Znaczenie diety w leczeniu trądziku różowatego. Dermatologia Estetyczna Nr 1(84) 2013.
10. Placek W., Romańska-Gocka K., Grzanka A., Leczenie miejscowe trądziku, Przegląd Dermatologiczny 98/2011, s. 445.
11. Brzezińska-Wcisto L., Rubisz-Brzezińska J., Trądzik pospolity jako problem terapeutyczny. Wiadomości Lekarskie 1999, Nr 52(3/4), s. 170.
12. Broniarczyk-Dyła G., Urysiak I., Wawrzycka-Kaflik A. Keloidy i blizny przerostowe. Postep Derm Alergol 2006, 23, 234-238
13. Padlewska K.: Mikrodermabrazja. Beauty Forum 2010, 10,16-18.
14. Wofosik K., Knaś M., Waciewicz M., Dmuchańska P. Skuteczność terapii skojarzonej w redukcji blizn potrądzikowych – opis przypadków. Przegl Dermatol 2013, 100, 103.
15. Kapińska-Mrowiecka M., Postępowanie pielęgnacyjne w trądziku. Dermatol i Uroda, Jesień-Zima 2011.
16. Kaszuba A., Bartkowiak R., Kaszuba A., Pijanowski I. Wspomagające i zabiegowe metody leczenia trądziku pospolitego oraz zmian potrądzikowych. Dermatol Estet 2005, 7, 253-259.

Adres Autorki: dr n. med. Robert Kranc
e-mail: robertkranc@op.pl