

Pielęgnacja skóry atopowej

Atopic skin care

mgr farm. Joanna Krajewska

PDF TEXT lekwpolisce.pl

Oddano do publikacji: 06.03.2015

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, pielęgnacja skóry atopowej, skóra podrażniona.

Streszczenie: Atopowe zapalenie skóry to powszechna, przewlekła i nawrotowa choroba zapalna, warunkowana przez czynniki genetyczne i środowiskowe. Jego najbardziej charakterystyczną cechą jest sucha i swędząca skóra. Standardowe zalecenia dotyczące pielęgnacji skóry atopowej obejmują przede wszystkim właściwe jej nawilżanie i łagodzenie podrażnień.

Key words: atopic dermatitis, atopic skin care, irritated skin.

Abstract: Atopic dermatitis is a common chronic inflammatory skin disease, strongly influenced by genetic and environmental factors. Its hallmark feature is dry and itchy skin. Standard recommendations for skin care for patients with atopic dermatitis stress the importance of proper skin hydration and the soothing irritations.

Wprowadzenie

Termin „atopia” określa osobniczą i/lub rodzinną skłonność do nadprodukcji przeciwciał klasy IgE w odpowiedzi na niskie dawki alergenów (głównie białek), z typowymi objawami klinicznymi [1].

Atopowe zapalenie skóry (AZS) definiuje się natomiast jako przewlekłą, nawrotową i zapalną chorobę skóry o podłożu alergicznym. Schorzenie to dotyczy naskórka i skóry właściwej, a cechuje się silnym świądem, typowym umiejscowieniem i charakterystyczną morfologią zmian, współistniejącą z innymi chorobami atopowymi u chorego lub jego rodziny [2]. Częstotliwość występowania tej choroby w ciągu ostatnich 25 lat zwiększyła się prawie dwukrotnie, co wskazuje na dużą rolę czynników środowiskowych i technizacji życia codziennego w ujawnianiu się choroby [3].

Obraz kliniczny AZS

Atopowe zapalenie skóry to choroba świądowa o ostrym, podostrym lub przewlekłym przebiegu. U 60% pacjentów objawy AZS pojawiają się już w okresie niemowlęcym, zwykle między 4. a 6. miesiącem życia. Po ukończeniu 2. r.ż życia atopowe zapalenie skóry może cofnąć się lub ustąpić, choć najczęściej przechodzi w postać przewlekłą, z krótszymi lub dłuższymi okresami remisji [3].

Podstawowym objawem AZS jest silny i uporczywy świąd skóry.

Ze względu na zróżnicowanie w obrazie klinicznym choroby, wyróżnia się najczęściej jej postać niemowlęcą, dziecięcą oraz młodzieńczą i osób dorosłych.

U niemowląt zmiany skórne pojawiają się zazwyczaj na twarzy, nadgarstkach, bocznych powierzchniach kończyn dolnych i z tyłu głowy. Charakterystyczne są zaczerwienienia

i pęknięcia skóry, rumień z drobnymi pęcherzykami na obrzękowym podłożu oraz żółtawe strupy powstające z zaschniętej wydzieliny sączącej się z nadżerek. U dzieci między 1. a 5. r. ż. typowe dla AZS zmiany (grudki, zgrubienia naskórka, nadżerki, strupy) obejmują przede wszystkim zgięcia łokciowe i okolice podkolanowe.

U młodzieży i osób dorosłych wykwyty skórne (głównie grudki na zlichenifikowanej powierzchni, wykwyty krostkowe, nadżerki pokryte suchymi lub wilgotnymi strupami) pojawiają się zazwyczaj na twarzy oraz grzbietowej powierzchni rąk i stóp. Dodatkowo alergiczne podłoże tej choroby sprawia, że często współistnieje ona z astmą oskrzelową, gorączką sienną, zapaleniem błony śluzowej nosa i spojówek [3].

Etiologia i patogeneza

Etiologia atopowego zapalenia skóry jest złożona i zależy zarówno od czynników genetycznych, jak i środowiskowych. O predyspozycjach genetycznych do AZS świadczy jego rodzinne występowanie. Jak dotąd nie wskazano genu bezpośrednio związanego z pojawieniem się tej choroby, choć zidentyfikowano wiele genów odpowiedzialnych za poszczególne ogniwa w łańcuchu reakcji alergicznych [2;3]. Genetyczne skłonności do atopii mogą być wyzwalane przez szereg czynników, takich jak: zanieczyszczenie środowiska, alergeny pokarmowe i powietrzno-pochodne oraz czynniki psychiczne i sytuacje stresowe [2].

Przez wiele lat uważano, że u podstaw AZS leży zjawisko anafilaksji, polegające na nadprodukcji specyficznych przeciwciał IgE przeciw antygenom pokarmowym i powietrzno-pochodnym. Od ok. 10 lat wiadomo jednak, że w patogenezie AZS uczestniczą również uczu-

lone na te antygeny limfocyty Th2. Tworzą one naciek zapalny w skórze, w wyniku czego dochodzi do gromadzenia się cytokin charakterystycznych dla tej subpopulacji limfocytów, a więc IL4 i IL13. Cytokiny te pobudzają z kolei limfocyty B do produkcji przeciwciał klasy IgE.

W patomechanizmie AZS ważną rolę odgrywają również zjawiska nieimmunologiczne, przede wszystkim zaburzenia syntezy lipidów warstwy rogowej. Wiąże się to z podatnością skóry na czynniki drażniące, co powoduje jej suchość i niedostatecznie sprawne działanie bariery naskórkowej [3,4].

Pielęgnacja skóry w AZS

Odpowiednia pielęgnacja skóry u pacjentów z AZS jest podstawą skutecznej terapii i profilaktyki nawrotów choroby.

Zarówno w okresie zaostrzeń, jak i remisji choroby niezbędne jest stosowanie *preparatów nawilżających i natłuszczających, o pH 5,5*, pozbawionych substancji alergizujących i drażniących. W ich składzie najczęściej obecne są: mocznik, ceramidy i inne tłuszcze. Pozwalają one na odbudowę kwasnego płaszcza lipidowego skóry i poprawiają jej funkcjonowanie. Tego typu dermokosmetyki należy stosować co najmniej 2 razy dziennie, bowiem czas ich działania nie przekracza 6 godz.

Ponadto pomocne w łagodzeniu objawów AZS mogą również okazać się *kąpiele lecznicze* z wykorzystaniem specjalistycznych preparatów na bazie olejów naturalnych lub mineralnych, niekiedy z dodatkiem znieczulającego polidokanolu (3%). Kąpiele powinny odbywać się w wodzie o temperaturze ciała, bez detergentów, przez co najmniej 10-15 minut. Po kąpielach należy ciało osuszyć bez pocierania

i zastosować preparat nawilżająco-natłuszczający [2,4,5].

Właściwa pielęgnacja skóry atopowej, choć nie usuwa przyczyny choroby, to jednak poprawia wygląd skóry, a także zmniejsza konieczność stosowania kortykosteroidów oraz zwiększa ich skuteczność [6,7,8].

SKŁADNIKI PREPARATÓW DO PIELĘGNACJI SKÓRY ATOPOWEJ I PODRAŻNIONEJ

Zadaniem specjalistycznych preparatów do pielęgnacji skóry atopowej i podrażnionej jest przede wszystkim jej nawilżenie i dostarczenie substancji do odbudowy bariery lipidowej, złuszczenie naskórka oraz zwalczanie stanów zapalnych i podrażnień.

SKŁADNIKI NAWILŻAJĄCE

W leczeniu i profilaktyce atopowego zapalenia skóry niezwykle ważne jest jej odpowiednie nawilżanie i natłuszczanie za pomocą *emolientów* i *humektantów*.

EMOLIENY

Emolienty (od łac. *emollire* – zmiękczać) to obojętne biologicznie środki do stosowania zewnętrznego, które po aplikacji tworzą warstwę okluzyjną na skórze, zabezpieczającą przed nadmierną utratą wody [9,10].

Ze względu na charakter chemiczny wyróżniamy:

- emolienty hydrofobowe (np. dimetikon)
- tzw. emolienty tłuste, do których zaliczamy oleje roślinne (bawełniany, sojowy, słonecznikowy, lniany, sezamowy, rycynowy, jojoba, makadamia, z kopii siewnych, kiełków pszenicy, słodkich migdałów, awokado), masła (masło Shea), tłuszcze zwierzęce (lanolina, alkohole lanolinowe), wosk pszczeli oraz węglowodory (skwalen, cerezyna, parafina stała i płynna) [11].

HUMEKTANTY

Inny mechanizm nawilżający wykazują natomiast humektanty. Są to substancje hydrofilowe, które po przeniknięciu w głąb naskórka wiążą wodę i zatrzymują ją w warstwie rogowej, tym samym kondycjonując i wygładzając skórę. Jednym z najskuteczniejszych humektantów jest gliceryna, stosowana zazwyczaj w stężeniach 2-10%.

Do substancji o podobnych właściwościach zalicza się także: mocznik, kwas hialuronowy, mleczany, sorbitol, glikol propylenowy oraz hydroksykwasy (kwas mlekowy, glikolowy) [11].

SUBSTANCJE ODBUDOWUJĄCE BARIERĘ LIPIDOWĄ

Odbudowę bariery lipidowej naskórka uzyskuje się poprzez miejscową aplikację deficytowych lipidów międzykomórkowych naskórka. Aby osiągnąć ten cel, do specjalistycznych preparatów dla skóry atopowej dodaje się: triacyloglicerole, ceramidy, cholesterol, woski, a także bioleje zawierające niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT), m.in. pochodzące z nasion wiesiołka i ogórecznika lekarskiego. NNKT, takie jak kwas linolowy, linolenowy czy gamma-linolenowy, są prekursorami ceramidów syntetyzowanych w naskórku, przywracają równowagę kwasowo-wodno-lipidową w skórze, przyspieszają regenerację naskórka oraz ułatwiają przyswajanie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach [11].

SUBSTANCJE ZŁUSZCZAJĄCE

Suchość skóry u pacjentów z AZS związana jest m.in. z nadmiernym przyleganiem korneocytów i niedostatecznym złuszczeniem warstwy rogowej. Cennym komponentem preparatów stosowanych w przypadkach skóry atopowej są zatem substancje ułatwiające degradację korneodesmosomów, m.in. alfa-hydroksykwasy (zwłaszcza kwas laktobionowy)

i/lub beta-hydroksykwas (np. kwas salicylowy) [11]. Substancje te poprawiają miękkość, jędrność i koloryt (jasność) warstwy rogowej, nie wywołując przy tym podrażnienia.

Potwierdzono także stymulujący wpływ m.in. kwasu mlekowego na biosyntezę ceramidów, co przyczynia się do poprawy jakości bariery naskórkowej [12].

SUBSTANCJE PRZECIWPALNE I ŁAGODZĄCE PODRAŻNIENIA

Za działanie przeciwzapalne preparatów zalecanych pacjentom z AZS odpowiadają takie składniki jak alantoina i dekspantenol [11].

ALANTOINA

Alantoinę (5-ureidohydantoina o budowie zbliżonej do kwasu moczowego) otrzymuje się z korzenia żywokostu lekarskiego (*Symphytum officinale*), ziela nostryka żółtego (*Melilotus officinalis*) lub w drodze syntezy chemicznej. Przypisuje się jej m.in. wspomaganie procesu gojenia i regeneracji tkanek, stymulowanie angiogenezy, podziałów mitotycznych komórek, proliferacji fibroblastów i syntezy macierzy zewnątrzkomórkowej oraz wspomaganie usuwania zmian martwiczych. Po aplikacji na skórę w postaci zasyпки lub maści alantoina powoduje zwiększenie przepływu osocza, pobudza miejscowe ukrwienie oraz zmniejsza liczbę bakterii i stężenie toksycznych produktów ich rozpadu.

Działanie przeciwzapalne alantoiny wynika prawdopodobnie z jej zdolności do hamowania chemotaksji komórek zapalnych do miejsca gojenia się rany, co skutkuje ograniczeniem uwalniania reaktywnych czynników odpowiedzialnych za wywoływanie stresu oksydacyjnego [13,14].

DEKSPANTENOL

Dekspantenol to alkoholowa pochodna kwasu pantotenowego, czyli witaminy B₅, o takiej samej aktywności biologicznej, ale zdecydowanie większej stabilności w roztworach wodnych, co umożliwia jego szerokie zastosowanie w kosmetyce.

Sam kwas pantotenowy, jako składnik koenzymu A, uczestniczy w wielu reakcjach składających się na proces gojenia i regeneracji tkanek [16]. Dekspantenol bardzo dobrze przenika do głębszych warstw skóry, gdzie działa nawilżająco (jest silnie higroskopijny), a także łagodząco i przeciwzapalnie.

Dekspantenol stymuluje ponadto proces gojenia się ran poprzez aktywację fibroblastów (odpowiedzialnych za uwalnianie niezbędnych czynników wzrostu) i przyspieszanie nabłonkowania rany. Jest przy tym bardzo dobrze tolerowany, nie dając praktycznie żadnych przypadków podrażnień i uczuleń [16,17].

Uważa się ponadto, że dekspantenol jest niezbędny do prawidłowego przebiegu procesów proliferacji i różnicowania keratynocytów poprzez wpływ na syntezę czynnika wzrostu keratynocytów i kolagenu typu IV [18].

KONTROWERSYJNE SKŁADNIKI

Preparaty stosowane w przypadkach skóry atopowej powinny być wolne od czynników drażniących i uczulających, ze względu na podwyższone ryzyko wystąpienia alergii kontaktowej u pacjentów z AZS. Przeprowadzona przez Kordus i wsp. analiza składów tego typu preparatów dostępnych w polskich aptekach internetowych wykazała jednak, że w znacznym odsetku z nich występowały substancje o dużym potencjale uczulającym, głównie zapachowe i konserwujące.

Duże kontrowersje budzi przede wszystkim dość powszechna obecność *parabenów*. Wiadomo, że związki te zastosowane w odpowied-

nich dawkach przy zdrowej skórze nie wywołują działania drażniącego i uczulającego, jednakże ich aplikacja na skórę atopową jest co najmniej ryzykowna.

Zupełnie zbędnym dodatkiem do emolientów są natomiast składniki zapachowe – alergie na nie wykazuje ok. 2-3% populacji osób zdrowych i aż 10% pacjentów z AZS. Mimo to często pojawiają się one na etykietach kremów i balsamów do skóry suchej i atopowej. Wyboru odpowiedniego emolientu w przypadku atopowego zapalenia skóry należy zatem dokonywać z rozwagą [19].

Podsumowanie

Atopowe zapalenie skóry to przewlekła i nawrotowa choroba zapalna skóry o podłożu alergicznym.

Gwałtownie wzrastająca w ostatnich latach liczba pacjentów z AZS sprawia, że jest ono obecnie klasyfikowane jako choroba cywilizacyjna.

Podstawą skutecznego leczenia i profilaktyki, obok unikania czynników drażniących, jest właściwa pielęgnacja skóry, polegająca na stosowaniu specjalistycznych kremów i balsamów o działaniu nawilżającym, regeneracyjnym, złuszczeniowym, przeciwzapalnym i łagodzącym podrażnienia.

Przy wyborze odpowiedniego preparatu należy jednak zwrócić szczególną uwagę na ewentualną obecność w nich substancji o dużym potencjale uczulającym i drażniącym (konserwanty, związki zapachowe). ©



Piśmiennictwo:

- Kmieć ML, Urysiak-Czubatka I, Broniarczyk-Dyła G. Pielęgnacja skóry dzieci. *Post Dermatol Alergol.* 2010; XXVII (1): 40-44.
- Baran E, Szepietowski J, Kruszewski J, Czarna-Operacz M, Kurzawa R, Gliński W, Silny W. Postępowanie diagnostyczno-profilaktyczno-lecznicze w atopowym zapaleniu skóry. Konsensus grupy roboczej specjalistów krajowych ds. dermatologii i wenerologii oraz alergologii. *Przew Lek.* 2005; 1:28-49.
- Gliński W. Atopowe zapalenie skóry. *Przew Lek.* 2000; 3:28-31.
- Jungersted JM, Scheer H, Mempel M, Baurecht H, Cifuentes L, Høgh JK, Hellgren LI, Jemec GBE, Agner T, Weidinger S. Stratum corneum lipids, skin barrier function and filaggrin mutations in patients with atopic eczema. *Allergy.* 2010; 65: 911-918.
- Chiang C, Eichenfield LF. Quantitative assessment of combination bathing and/or moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2009 May-Jun; 26(3): 273-278.
- Boguniewicz M, Eichenfield LF, Thomas Hultsch T. Current management of atopic dermatitis and interruption of the atopic march. *Journal of allergy and clinical immunology.* 2003; 112(6): S140-S150.
- Williams HC. Atopic dermatitis. *New England Journal of Medicine.* 2005; 352(22): 2314-2324.
- Hanifin JM et al. Guidelines of care for atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2004; 50,3: 391-404.
- WIRÉN K, et al. Treatment with a barrier strengthening moisturizing cream delays relapse of atopic dermatitis: a prospective and randomized controlled clinical trial. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology.* 2009; (23.11): 1267-1272.
- Martini MC. Kosmetologia i farmakologia skóry, 131-133. Warszawa: PZWL; 2009.
- Serafin M, Rosińska-Borkowska D. Problem suchej skóry i jej pielęgnacji u dzieci. *Nowa Pediatria.* 2002; 1:22-25.
- Jurzak M, Rudyk A. Składniki aktywne kosmetyków i dermokosmetyków stosowane w pielęgnacji skóry z atopowym zapaleniem. *Oficyna Wydawnicza AFM;* 2012.
- Wojnowska D Chodorowska G, Juszkiewicz-Borowiec M. Sucha skóra-patogeneza, klinika i leczenie. *Post. Derm. Alerg.* 2:98-105.
- Araújo LU1, Grabe-Guimarães A, Mosqueira VC, Carneiro CM, Silva-Barcellos NM. Profile of wound healing process induced by allantoin. *Acta Cir Bras.* 2010 Oct; 25(5):460-6.
- Strzelecka H, Kowalski J. *Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa.* Warszawa: PWN; 2000.
- Stozkowska W, Piekoś R. Investigation of some topical formulations containing dexpanthenol. *Acta Pol Pharm.* 2004 Nov-Dec;61(6):433-7.
- Martini MC. *Kosmetologia i farmakologia skóry.* Warszawa: PZWL; 2009.
- Guimarães GN1, Pires-De-Campos MS, Leonardi GR, Dib-Giusti HH, Polacow ML. Effect of ultrasound and dexpanthenol on collagen organization in tegumentary lesions. *Rev Bras Fisioter.* 2011 May-Jun; 15(3):227-32.
- Kobayashi D, Kusama M, Onda M, Nakahata N. The effect of pantothenic acid deficiency on keratinocyte proliferation and the synthesis of keratinocyte growth factor and collagen in fibroblasts. *J Pharmacol Sci.* 2011;115(2):230-4. *Epub 2011 Jan 18., J Pharmacol Sci.* 2011;115(2):230-4. *Epub 2011 Jan 18.*
- Kordus K, Śpiwak R. Emolienty z apteki – pomoc czy zagrożenie dla chorych na wyprysk? *Alergia Astma Immunologia* 2012; 17 (3): 147-153.

mgr farm. Joanna Krajewska
joanna.krajewska@gmail.com