

# Pielęgnacja skóry w łuszczycy

## Skin care in psoriasis

Joanna Krajewska

PDF TEXT lekwpolsce.pl

Oddano do publikacji: 07.08.2015

**Słowa kluczowe:** łuszczycyca, pielęgnacja skóry, emolienty, dziegieć, kwas salicylowy.

**Streszczenie:** Łuszczycyca jest przewlekłą chorobą hiperproliferacyjną skóry o podłożu zapalnym. Charakteryzuje się występowaniem swędzących i bolesnych zmian skórnych, obejmujących różowe wykwyty z dobrze odgraniczonymi brzegami, pokryte srebrnobiałymi łuskami z martwych komórek. W leczeniu łuszczycy stosuje się preparaty miejscowe, fototerapię, leki systemowe oraz preparaty do codziennej pielęgnacji skóry. W ich skład wchodzi substancje o działaniu złuszczeniowym, hamującym podziały mitotyczne, nawilżającym oraz regenerującym.

**Key words:** psoriasis, skin care, emollients, coal tar, salicylic acid.

**Abstract:** Psoriasis is a chronic, hyperproliferative, inflammatory disease, characterized by itchy and painful skin lesions including raised, pink patches covered with a silvery white buildup of dead skin cells. Psoriasis treatment includes topical medicaments, phototherapy, systemic therapy as well as preparations for everyday psoriatic skin care, containing exfoliating, moisturizing, regenerative agents and substances able to inhibit mitotic divisions.

### Wprowadzenie

Łuszczycyca jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń hiperproliferacyjnych skóry, polegających na nadmiernym zwiększeniu tempa obrotu komórkowego i skróceniu czasu przejścia komórki od warstwy podstawnej do rogowej skóry, z ok. 35 dni do zaledwie 3-4. Choć schorzenie to rzadko zagraża życiu, to jednak znacząco obniża jego jakość i stanowi poważny problem estetyczny. Skóra pacjentów cierpiących na łuszczycę, oprócz leczenia zmian chorobowych, wymaga również codziennej, specjalistycznej pielęgnacji.

### Epidemiologia

Szacuje się, że na łuszczycę cierpi od 1 do 3% ludzi na całym świecie. Wartość ta

może być jednak zaniżona, gdyż wielu pacjentów z łagodnymi zmianami nie zgłasza się do lekarza. Objawy pojawiają się zazwyczaj w drugiej lub piątej dekadzie życia, niezwykle rzadko dotyczą natomiast niemowlęta i dzieci. Częstość zachorowania jest taka sama u obu płci, największa u rasy kaukaskiej i praktycznie nieznana wśród Eskimosów, Indian Ameryki Północnej, mieszkańców Dalekiego Wschodu, Ameryki Południowej i Afryki Zachodniej [1,2].

### Etiologia i patogenezą

Podstawowym mechanizmem prowadzącym do rozwoju łuszczycy jest nadmierna liczba podziałów komórkowych w warstwie podstawnej naskórka oraz przyspieszony, nieprawidłowy cykl dojrzewania keratynocytów [2].

Typowe jest również gromadzenie się nacieku zapalnego, złożonego z limfocytów, monocytów i granulocytów w naskórku.

Dokładna etiologia łuszczycy pozostaje nieznana, aczkolwiek wiadomo, że znaczenie mają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Schorzenie to często występuje rodzinnie – potomstwo obojga rodziców cierpiących na łuszczycę ma szansę 1:2 na odziedziczenie choroby, a jeśli problem dotyczy tylko jednego z rodziców – 1:4. Obserwacje prowadzone z udziałem bliźniąt potwierdziły z kolei, iż pojawienie się objawów jest często skorelowane z czynnikami zewnętrznymi, takimi jak: urazy, oparzenia słoneczne, skaleczenia (tzw. zjawiska Koebnera), infekcje paciorkowcowe gardła, stres, alkohol czy wahania hormonalne, np. w przebiegu ciąży i menopauzy [1].

Wiadomo ponadto, że indukowanie lub zaostrzenie objawów może być również wynikiem stosowania niektórych leków, np. litu, interferonu, beta-blokerów, leków antymalarycznych, glikokortykosteroidów i niesterydowych leków przeciwzapalnych [3,4].

Obecnie wielu zwolenników ma teoria, że zaburzenia różnicowania keratynocytów i stanu zapalnego w łuszczycy są następstwem dysfunkcji immunologicznej limfocytów T CD4+, prawdopodobnie reagujących na bodźce środowiskowe. Pierwotna przyczyna zmian wciąż jednak pozostaje zagadką [4].

---

### Obraz kliniczny

---

Klasycznym objawem łuszczycy jest występowanie na skórze łososioworóżowych wykwitów ze srebrnobiałymi łuskami i dobrze odgraniczonymi brzegami. Po oderwaniu łuski i lekkim potarciu zmiany uwidacznia się połyskliwa, biała powierzchnia, przypominająca powierzchnię świecy (tzw. objaw świe-

cy stearynowej), a następnie pojawiają się punktowe krwawienia z rozszerzonych naczyń włosowatych (tzw. objaw Auspitz) [2].

Opisane wykwity mogą być różnej wielkości – od niewielkich krostek po zajmujące rozległe obszary skóry. Zmiany mogą być rozmieszczone w różnych miejscach, ale z reguły pojawiają się symetrycznie, obejmując najczęściej owłosioną skórę głowy, zewnętrzne powierzchnie łokci i kolan, szczelinę między pośladkami oraz okolice pępka. Już sama lokalizacja pozwala zazwyczaj odróżnić łuszczycę od innych schorzeń, takich jak liszaj płaski (zmiany głównie na wewnętrznej stronie nadgarstków) czy łupież różowy (uda i tułów) [1].

---

### Postępowanie w łuszczycy

---

Ze względu na istnienie szeregu czynników środowiskowych, które mogą indukować lub modyfikować przebieg choroby, postępowanie w łuszczycy powinno być zawsze kompleksowe i obejmować, oprócz leczenia samych zmian łuszczycowych, także ich eliminację oraz właściwą, codzienną pielęgnację skóry. Farmakoterapia łuszczycy u zdecydowanej większości pacjentów ogranicza się do leczenia miejscowego, rzadziej konieczne jest wdrożenie leczenia ogólnego.

W terapii miejscowej stosuje się przede wszystkim preparaty zawierające:

- kwas salicylowy
- ditranol (cignolinę)
- dziegcie
- metabolity i analogi witaminy D<sub>3</sub>
- kortykosteroidy.

W poważniejszych przypadkach konieczne może być wdrożenie leczenia ogólnego z udziałem np. cyklosporyny, metotreksatu, retinoidów, estrów kwasu fumarowego, antybiotyków czy leków immunologicznych.

Bardzo ważnym elementem postępowania w przypadku łuszczycy jest codzienna pielęgnacja skóry odpowiednimi preparatami o działaniu keratolitycznym, nawilżającym, natłuszczającym i łagodzącym podrażnienia. Większość producentów oferuje całe serie specjalistycznych preparatów, obejmujące zazwyczaj kremy, żele do mycia, szampony, lotiony i balsamy do ciała.

## SKŁADNIKI PREPARATÓW DO CODZIENNEJ

### PIELĘGNACJI

Preparaty do codziennej pielęgnacji skóry z problemem łuszczycowym to zazwyczaj preparaty złożone, zawierające w swym składzie substancje o działaniu złuszczającym (m.in. alfa- i beta-hydroksykwasy, mocznik), hamujące podziały mitotyczne (dziegiecie), nawilżające (emolienty, humektanty), odbudowujące barierę lipidową (niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe), łagodzące podrażnienia i regenerujące (alantoina).

### SUBSTANCJE ZŁUSZCZAJĄCE I KERATOLITYCZNE

Stosowanie preparatów zawierających substancje złuszczające jest szczególnie istotne na początku leczenia, gdy nawarstwione łuski na powierzchni zmian utrudniają penetrację leków do głębszych warstw naskórka. W skład preparatów dedykowanych skórze łuszczycowej wchodzi zatem substancje ułatwiające degradację korneodesmosomów, czyli białkowych połączeń korneocytów, m.in. alfa-hydroksykwasy (tzw. AHA, np. kwas laktobionowy) i/lub beta-hydroksykwasy (np. kwas salicylowy) [5,4].

Szczególne miejsce w leczeniu łuszczycy ma kwas salicylowy, który jest nie tylko komponentem złożonych preparatów pielęgnacyjnych do skóry z łuszczycą (zwykle w połączeniu z mentolem, mocznikiem, siarką), ale też jest stosowany jako lek, w stę-

żeniach 3-10%, najczęściej w postaci maści na skórę gładką i oleju na skórę owłosioną głowy 1-2 razy dziennie.

Substancje keratolityczne 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 [14].

### SUBSTANCJE HAMUJĄCE PODZIAŁY MITOTYCZNE

Substancjami hamującymi nadmierne podziały mitotyczne są dziegiecie, czyli produkty destylacji różnych gatunków drewna lub węgla kamiennego. Są to najstarsze spośród dzisiaj stosowanych sposobów leczenia łuszczycy i mimo nieprzyjemnych właściwości organoleptycznych (zapach, kolor) nadal wchodzi w skład licznych preparatów. Mechanizm działania dziegici polega na hamowaniu procesów oddychania tkankowego, co zmniejsza liczbę podziałów mitotycznych w warstwie podstawnej naskórka i skutkuje normalizacją procesów rogowacenia.

Właściwości tych substancji wykorzystuje się najczęściej w przypadku łuszczycy owłosionej skóry głowy, jako dodatek do szamponów. Aby uzyskać pożądany efekt ich stosowania, należy pamiętać o konieczności pozostawienia powstałej w trakcie mycia piany na włosach przez co najmniej 5 min. Nowoczesne preparaty dziegciowe są już najczęściej pozbawione nieprzyjemnych walorów zapachowych, dzięki procesom wybiórczej destylacji, pozwalającej na usunięcie odpowiedzialnej za nie frakcji węglowodorów. Podczas kuracji należy pamiętać jednak o konieczności unikania ekspozycji na słońce ze względu na fototoksyczność tych substancji [5,2].

## SUBSTANCJE NAWILŻAJĄCE

Bardzo ważnym elementem terapii tuszczycy jest zapewnienie właściwego nawilżenia skóry. Działanie to zapewniają obecne w specjalistycznych preparatach pielęgnacyjnych emolienty i humektanty.

### EMOLIENY

Emolienty (od łac. emollire – zmiękczać) to substancje tworzące na skórze warstwę okluzyjną, zabezpieczającą przed nadmierną utratą wody [1,10]. Ze względu na charakter chemiczny wyróżniamy:

- emolienty hydrofobowe (np. *dimetikon*)
- tzw. emolienty tłuste, takie jak oleje roślinne (bawełniane, sojowe, słonecznikowe, lniane, sezamowe, rycynowe, jojoba, makadamia, z konopi siewnych, kiełków pszenicy, słodkich migdałów, awokado), masła (masło Shea), tłuszcze zwierzęce (lanolina, alkohole lanolinowe), wosk pszczeli oraz węglowodory (skwalen, cerezyina, parafina stała i płynna) [6].

### HUMEKTANTY

Humektanty to z kolei substancje hydrofilowe, które po przeniknięciu w głąb naskórka wiążą wodę i zatrzymują ją w warstwie rogowej, tym samym kondycjonując i wygładzając skórę. Jednym z najlepszych 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) [6]. Humektantem jest też popularny dekspantenol – alkoholowa pochodna kwasu pantotowego (witaminy B<sub>5</sub>), o takiej samej aktywności biologicznej, ale zdecydowanie większej stabilności w roztworach wodnych, co umożliwia jego szerokie zastosowanie w kosmetyce. Dekspantenol bardzo dobrze przenika do głę-

szych warstw skóry, gdzie działa nawilżająco (jest silnie higroskopijny), ale także łagodząco i przeciwzapalnie (kwas pantotowy uczestniczy w wielu reakcjach składających się na proces gojenia i regeneracji tkanek jako składnik koenzymu A) [11]. 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 [12,1]. 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 [13].

### SKŁADNIKI ODBUDOWUJĄCE BARIERĘ LIPIDOWĄ

Odbudowę bariery lipidowej naskórka uzyskuje się poprzez miejscowe dostarczenie deficytowych lipidów międzykomórkowych. Stąd też obecność w specjalistycznych preparatach dla skóry ze zmianami tuszczycowymi: triacylogliceroli, ceramidów, cholesterolu, wosków, a także bioolejów zawierających niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT), m.in. z nasion wiesiołka, z ogórecznika lekarskiego czy też oleju konopnego. NNKT (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 [5,12].

Pozytywne efekty działania NNKT zależą jednak nie tylko od ich ogólnej zawartości w danym preparacie, ale przede wszystkim od proporcji, w jakich występują w nim kwasy z szeregu omega-6 i omega-3; za idealny uznaje się w tym przypadku stosunek 3:1, gwarantujący uzyskanie optymalnego efektu pielęgnacyjnego

go oraz bezpieczeństwo terapii. Tego typu porpcje charakteryzują m.in. olej konopny, dzięki czemu plasuje się on w ścisłej czółówce najczęściej wykorzystywanych składników preparatów pielęgnacyjnych zalecanych przy różnorodnych dysfunkcjach skóry, także i w łuszczycy. Olej konopny charakteryzuje się ponadto bardzo dobrą wchłanianością (jest to tzw. olej suchy, niepozostawiający tłustego filmu na skórze), szybko wygładza, zmiękcza i ujędrnia skórę, praktycznie nie wykazując działania uczulającego (może być obecny także w preparatach dla niemowląt). Dodatkowo, dzięki obecności innych składników biologicznie czynnych ( tokoferole, sitosterole, fosfolipidy, karotenoidy, terpeny, salicylan metylu), olej konopny wykazuje również działanie przeciwzapalne, przeciwdrobnoustrojowe oraz antyoksydacyjne [7,12].

#### **SUBSTANCJE ŁAGODZĄCE PODRAŻNIENIA**

##### **I REGENERUJĄCE**

Korzystny efekt w leczeniu zmian łuszczycowych wywierają preparaty zawierające składniki regeneracyjne, kojące i łagodzące, np. alantoinę (5-ureidohydantoinę) [6]. Substancja ta była pierwotnie otrzymywana z korzenia żywokostu lekarskiego (*Symphytum officinale*) lub z ziela nostryka żółtego (*Melilotus officinalis*). Obecnie jednak uzyskuje się ją przede wszystkim w drodze syntezy chemicznej.

W licznych badaniach potwierdzono korzystny i wielokierunkowy wpływ alantoiny na skórę, nie stwierdzając jednocześnie występowania działań niepożądanych – obecnie uważa się ją za substancję nietoksyczną, nieuczulającą i bezpieczną nawet dla kobiet w ciąży i karmiących piersią. Amonowy charakter alantoiny oraz powinowactwo do białek sprawia, że łatwo przenika ona do naskórka [7]. Po aplikacji powoduje m.in. zwiększenie przepływu osocza, pobudzenie miejscowego ukrwienia oraz zmniejszenie liczby bakterii i stężenia toksycznych produktów ich rozpadu. Ponadto wspo-

maga przebieg procesów gojenia i regeneracji tkanek, stymuluje angiogenezę, podziały mitotyczne, proliferację fibroblastów i syntezę macierzy zewnątrzkomórkowej oraz usuwanie zmian martwiczych. 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 [8,9].

Alantoina ma również zdolność do zmiękczenia i wspomagania usuwania martwych komórek naskórka – w większych stężeniach działa także keratolitycznie. Wykazuje także synergistyczne działanie m.in. z dekspante-nolem w zakresie działania przeciwzapalnego i łagodzącego ból [7].

##### **BALNEOTERAPIA**

Balneoterapia, czyli leczenie ze pomocą kąpieli w wodach morskich lub mineralnych, jest jednym z najstarszych sposobów leczenia łuszczycy.

Korzystny wpływ takich zabiegów na zmiany łuszczycowe wiąże się z mechanicznym usuwaniem łusek, a także z wypłukiwaniem nagromadzonych w naskórku cytokin zapalnych i czynników chemotaktycznych. Kąpiele te działają odkażająco i redukująco na zmiany. Zawarte w wodach siarczany, selen i stront hamują produkcję cytokin przez limfocyty Th1 i keratynocyty, natomiast wapń, brom, potas i kadm regulują procesy w obrębie skóry [5]. Skóra po kąpielach leczniczych jest lepiej napięta, wygładzona, poprawia się jej elastyczność, a zmniejsza odczynowość. Wykazano ponadto, że balneoterapia znacząco poprawia efekty leczenia łuszczycy dzięki zwiększeniu wrażliwości skóry na promieniowanie UV. Tego typu leczenie jest stosowane m.in. w uzdrowiskach o profilu dermatologicznym (w Polsce np. w Busku-Zdroju,

Ciechocinku, Darłówku, Łądku-Zdroju, Iwoniczu-Zdroju i in.) [14].

## Podsumowanie

Preparaty do codziennej pielęgnacji skóry ze zmianami tłuszczowymi są niezwykle istotnym elementem leczenia i profilaktyki tej choroby.

Obecne w nich składniki keratolityczne i złuszczone umożliwiają usunięcie martwiczych łusek z powierzchni skóry, zapewniając tym samym lepszą penetrację innych leków stosowanych miejscowo.

Wciąż powszechnie wykorzystywane dziegocie (szczególnie te w nowoczesnych preparatach, o korzystnych właściwościach organoleptycznych) hamują nadmierne podziały mitotyczne, natomiast emolienty i humektanty zapewniają odpowiedni poziom nawilżenia skóry, chroniąc ją przed mogącymi nasilać objawy tłuszczycy podrażnieniami.

Korzystna jest również obecność w składzie preparatów pielęgnacyjnych substancji o działaniu regeneracyjnym i kojącym (alantoina).

Odpowiednia pielęgnacja skóry tłuszczycowej nie tylko łagodzi objawy, ale także wzmacnia skuteczność leków miejscowych oraz zmniejsza częstość nawrotów choroby. © P

### Piśmiennictwo:

1. Rutter P. Opieka farmaceutyczna. Objawy, rozpoznanie i leczenie. Urban & Partner. Wrocław 2006; 145-150.
2. Langner A, Ambroziak M, Stąpór W. Łuszczyca - etiopatogeneza i leczenie. W: Langner A, Stąpór W (red.): Współczesne leczenie wybranych chorób skóry. Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa” Sp. z oo. Warszawa 82 (1998).
3. Korzeniowska K, Pawlaczyk M, Andrys-Wawrzyniak I, Jabłeczka A. Beta-blokery u chorych na łuszczycę. *Farma Współ* 2013; 6: 62-66.
4. Cygan B. Leczenie miejscowe i pielęgnacja skóry w łuszczycy. *Lek w Polsce* 2013; (266/267)6-7:74-80.
5. Jurzak M, Rudyk A. Składniki aktywne kosmetyków i dermokosmetyków stosowane w pielęgnacji skóry z atopowym zapaleniem. *Oficyna Wydawnicza AFM* 2012.
6. Wojnowska D, Chodorowska G, Juszkiewicz-Borowiec M. Sucha skóra-patogeneza, klinika i leczenie. *Post. Derm. Alerg*; 2: 98-105.
7. Martini MC. Kosmetologia i farmakologia skóry. PZWL. Warszawa 2009; 105-107; 131-133.

8. Serafin M, Rosińska-Borkowska D. Problem suchej skóry i jej pielęgnacji u dzieci. *Nowa Pediatría* 2002;1:22-25.
9. Stozkowska W, Piekosz R. Investigation of some topical formulations containing dexpanthenol. *Acta Pol Pharm.* 2004 Nov -Dec;61(6):433-7.
10. 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.
11. 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.
12. Bojarowicz H, Woźniak B. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe oraz ich wpływ na skórę. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 471-475.
13. Gręda A, Ruskowska L. Alantoina w leczeniu dermatologicznym. *Lek w Polsce* 2015; 286(03): 42-43.
14. 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.
15. Strzelecka H, Kowalski J. Encyklopedia ziołarstwa i ziołolecznictwa. PWN. Warszawa 2000.
16. Pawlaczyk A, Korzeniowska K, Pieleśiak A. Czy chorzy na łuszczycę i atopowe zapalenie skóry korzystają z leczenia uzdrowiskowego? *Farm Współ* 2012; 5:55-60.

mgr farm. Joanna Krajewska  
joanna.krajewska.ymail.com