

Wioletta Mędrycka-Dąbrowska, Katarzyna Kwiecień

Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Świąd skóry w okresie ciąży – przyczyny, profilaktyka i pielęgnacja

Pruritis in pregnancy – etiology, prevention and skin care

STRESZCZENIE

Świąd jest istotnym objawem miejscowego lub ogólnego schorzenia. Występuje u około 18% kobiet w ciąży. Dermatyzmy specyficzne dla ciąży przebiegają z reguły ze świądem. Postępowanie jest zależne od podłoża świądu. Emolienty, miejscowo stosowane glikokortykosterydy oraz preparaty przeciwświądowe, wydają się najbezpieczniejszą formą terapii dla kobiet w ciąży. W cięższych przypadkach stosowane mogą być glikokortykosterydy i niektóre preparaty przeciwhistaminowe ogólne.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (4): 551–556

Słowa kluczowe: świąd skóry, kobieta w ciąży, profilaktyka, pielęgnacja

ABSTRACT

Pruritus is an important sign of localized or systemic disease occurring in 18% of pregnancies. Pregnancy-specific dermatological diseases are accompanied by severe itching and scratching. Management depends on the underlying aetiology of pruritus. Emollients, topical antipruritics and topical corticosteroids are the safest options for pruritus in pregnancy. Systemic corticosteroids and a restricted number of antihistamines may be also administered in severe cases.

Nursing Topics 2011; 19 (4): 551–556

Key words: pruritus, pregnancy, skin care, prevention

Wstęp

Ciąża powoduje wiele przemian w organizmie kobiety, zarówno hormonalnych, metabolicznych, jak i immunologicznych. Niejednokrotnie są one przyczyną występowania licznych fizjologicznych zmian skórnych lub chorób zwanych dermatozami ciążowymi [1]. Do grupy tych ostatnich zalicza się świąd, który, jak wskazują statystyki, dotyczy aż 18% kobiet w ciąży.

Świąd jest definiowany jako świadomość nieprzyjemnego odczucia, które prowadzi do intensywnego drapania się [2]. W przypadku kobiet w ciąży choroba ta pojawia się z reguły w 3. trymestrze i może powracać w kolejnych ciążach. U niektórych pacjentek świąd o niewielkim nasileniu może się pojawić już w 1. trymestrze ciąży. Następnie między 6. a 9. miesiącem objawy mogą ulec nasileniu wraz z dołączeniem typowych symptomów dla cholestazy ciążowej. Choroba z reguły nie stanowi zagrożenia dla matki i dziecka [1]. Z drugiej jednak strony niektórzy badacze wskazują na możliwość

występowania powikłań śródporodowych związanych z niedotlenieniem płodu, występowaniem krwotoków poporodowych u rodzących, jak również zwiększeniem ryzyka porodu przedwczesnego [3]. Po porodzie zmiany najczęściej ustępują w ciągu 7–14 dni. W etiopatogenezie świądu kobiet w ciąży bierze się pod uwagę podłoże genetyczne oraz zmiany w stężeniach estrogenów i progesteronu. Stwierdzono, że u przeszło 50% chorych kobiet występują antygeny zgodności tkankowej z grupy HLA-B8 i HLA-BW16.

Choroba może występować w łagodnej lub ciężkiej postaci. Łagodna postać objawia się uogólnionym świądem bez zmian skórnych. W rozwiniętych przypadkach na skórze brzucha mogą występować pryzmosy. Spośród innych objawów wymienia się dolegliwości dyspeptyczne, a także nadmierną męczliwość. W ciężkich przypadkach, oprócz bardziej nasilonego świądu, pojawia się żółtaczka. Stężenie bilirubiny ulega podwyższeniu, a aktywność aminotransferazy asparagina-

nowej (AspAT) i aminotransferazy alaninowej (ALAT) wzrasta 2- lub nawet 3-krotnie powyżej normy. Ze względu na nieprawidłowe wchłanianie tłuszczów dochodzi do spadku masy ciała i niedoborów witaminy K.

Świąd to jeden z najbardziej dokuczliwych objawów. Skłania do drapania, co w konsekwencji może doprowadzić do wtórnych powikłań w postaci bólu, trudno gojących się owrzodzeń, zapalenia skóry czy nawet infekcji bakteryjnych. Z tego względu terapia wymaga interdyscyplinarnej współpracy dermatologów, położnych, a także pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych [1].

Patomechanizm świądu

Uczucie świądu, podobnie zresztą jak ból, jest klasyfikowane jako odpowiedź nocycyptyczna. Nocycyptory umiejscowione głównie w skórze i narządach wewnętrznych są niezwykle wrażliwe na wszelkie czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne. Stymulacja receptorów jest odbierana zazwyczaj jako nieprzyjemne doznanie. Aferentne przekazywanie świądu jest powiązane z eferentną odpowiedzią motoryczną w postaci drapania, które, jak wiadomo, będąc odruchem rdzeniowym, może podlegać kontroli centralnych ośrodków nerwowych.

W przeciwieństwie do bólu miejscem powstania świądu jest tylko i wyłącznie skóra. Bliższe poznanie jej unerwienia pozwala na lepsze zrozumienie zjawiska, jakim jest świąd. Autonomiczne nerwy współczulne i przywspółczulne są głównymi eferentnymi lub motorycznymi włóknami, które kontrolują skurcz mięśni gładkich i przydatków skóry. Są one również odpowiedzialne za regulację procesów pocenia się, ukrwienia, a także, poprzez skurcz mięśni przywłosnych, temperatury ciała [4].

Świąd jest przekazywany za pośrednictwem beźmielinowych włókien C oraz przez włókna A-delta. Wspomniane włókna są anatomicznie identyczne z włóknami odpowiedzialnymi za przekazywanie bodźców bólowych, jednak funkcjonalnie są od nich zupełnie odmienne. Cucie przekazywane przez włókna A-delta przechodzi bezpośrednio do wzgórza wzdłuż bocznej drogi rdzeniowo-wzgórzowej. Włókna C krzyżują się w tworze siatkowatym pnia mózgu i docierają do wzgórza oraz podwzgórza. Następnie z jądra tylnego-środkowego neurony przekazują impulsy przez torebkę wewnętrzną do kory mózgowej. Gdy świąd jest określony co do miejsca i czasu, impulsy są przekazywane głównie włóknami nerwowymi A-delta. Jeżeli nie ma dokładnego umiejscowienia świądu (tzw. świąd rozlany), w wywoływaniu uczucia świądu biorą udział włókna nerwowe C.

W procesie percepcji świądu niezwykle istotną rolę odgrywają procesy selekcji, modulacji oraz hamowania bodźców. Ze zjawiskiem selekcji mamy do czynienia już na poziomie samego receptora. W przypadku

procesów modulacji i hamowania zachodzą one zarówno w rogach tylnych, jak i pniu mózgu. Końcowa emocjonalna ocena świądu odbywa się w obrębie układu limbicznego. Zatem zarówno lęk, stres oraz napięcie psychiczne mogą modulować natężenie i rodzaj świądu [5].

Za mediatory świądu można uznać większość mediatorów zapalnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni stanowią bodźce dla receptorów nerwowych. Za klasyczne mediatory świądu uważa się: histaminę, serotoninę, pochodne kinin, prostaglandyny oraz neuropeptydy. Skóra, jako narząd immunologicznie aktywny, jest bogata w komórki zajmujące się wydzielaniem mediatorów. Komórki te wchodzi w skład zarówno układu limfatycznego, jak i odpornościowego (SALT, *skin associated lymphoid tissue*; SIS, *skin immune system*). W skład układu SALT zalicza się: komórki Langerhansa, kreatynocyty, limfocyty T, makrofagii, granulocyty, melanocyty, komórki tuczne oraz komórki śródbłonna naczyniowego [6].

Histamina, najbardziej uznawany mediator świądu, jest uwalniana z mastocytów w wyniku procesu degranulacji. Wyróżnia się 3 typy receptorów histaminowych. Najnowsze doniesienia wskazują, że tylko receptor H₂ pośredniczy w procesie odczuwania świądu. Tłumaczyłoby to brak reakcji na preparaty histaminowe H₁ w odniesieniu do chorych w przebiegu takich chorób, jak mocznica czy cholestazy. Powyższe dane skłoniły wielu badaczy do poszukiwań innych mediatorów świądu. Drugą taką substancją jest acetylocholina. Z innych czynników mediujących należy wymienić:

- serotoninę — może wywoływać świąd zarówno przez mechanizm obwodowy, jak i ośrodkowy;
- prostaglandyny — ich działanie ogranicza się jedynie do nasilania uczucia świądu wywołwanego przez histaminę lub inne mediatory;
- czynnik aktywujący płytki krwi (PAF, *platelet activating factor*);
- limfokininy;
- substancje peptydowe: bradykinina, sekretyna, lisylobradykinina;
- endopeptydy i proteazy;
- kalikreina — enzym proteolityczny;
- peptydy opioidowe.

Odczucie świądu mogą również nasilać lub wywoływać niektóre czynniki fizyczne, na przykład: ochładzanie oraz wibracje zmniejszają poczucie świądu, natomiast przezskórna elektryczna stymulacja nerwów lub ogrzanie mają działanie zwiększające to nieprzyjemne doznanie [5–8].

Przyczyny występowania świądu

Świąd mogą wywołać różne czynniki egzo- i endogenne. Z przyczyn zewnętrznych (egzogennych) należy wymienić:

- czynniki fizyczne (ciepło, zimno, promieniowanie UV, wibracje, drażnienie drobnymi cząstkami, np. włókna szklanego, wysuszenie, oparzenia słoneczne);
- chemiczne (np. niektóre leki);
- biologiczne — choroby alergiczne i o podłożu immunologicznym (wyprysk, pokrzywki, atopowe zapalenie skóry, liszaj płaski, opryszczkowe zapalenie skóry, kontakt z niektórymi roślinami), infekcje bakteryjne i grzybicze oraz choroby wywołane przez pasożyty zwierzęce (piodermie, grzybice, ukłucia owadów, świerz, wszawica).

Przykładem czynników endogennych (wewnętrznych) mogą być:

- kwasy żółciowe;
- metabolity kwasu arachidonowego.

Przyczyny świądu w ciąży i po porodzie mogą być różne. Problem świądu najczęściej dotyczy skóry powłok brzusznych, a jego przyczyną jest adaptacja skóry do zmieniających się warunków: szybko powiększającej się macicy i wzrostu masy ciała. Występowanie świądu może być również związane na przykład z niewłaściwą higieną, noszeniem sztucznych tkanin oraz nadmiernym poceniem się. W przypadku, gdy ciało intensywnie poci się, doprowadza to albo do złuszczenia naskórki chroniącej skórę, albo do odparzeń mających charakter zaczerwienienia.

Świąd okolic płciowych oraz sromu może być związany z niewłaściwą higieną, uczuleniem, suchością skóry i błon śluzowych, nadmierną potliwością, chorobami, na przykład dermatologicznymi narządów moczowo-płciowych, w wyniku których zwiększone upławy mogą wywoływać drażliwość miejsc intymnych. Powstaje on również pod wpływem czynników nerwowych i hormonalnych, które powodują zmianę flory bakteryjnej. Poważniejszym problemem jest świąd skóry w przebiegu specyficznych dermatoz ciąży, dermatoz alergicznych, infekcyjnych oraz wielu schorzeń ogólnych [9].

Gdy świąd jest konsekwencją choroby skóry, rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu pierwotnych zmian typowych dla danej dermatozy, dokładnym badaniu podmiotowym i przedmiotowym oraz wykonaniu niezbędnych badań dodatkowych. Rodzinne występowanie świądu świadczy często o dermatozie pasożytniczej (świerz, wszawica) lub o grzybicy, którą potwierdza się w badaniu mykologicznym. Specjalistyczne testy alergiczne wskażą czynniki przyczynowe pokrzywki, atopii lub wyprysku [9]. W niektórych przypadkach świądu ważną rolę odgrywa badanie histopatologiczne (np. w liszaju płaskim czy zapaleniu opryszczkowatym skóry). Ważne znaczenie rozpoznawcze ma także uwzględnienie okolicy występowania świądu, często charakterystycznej dla danej dermatozy.

Uogólniony świąd skóry jest również objawem diagnostycznym lub prognostycznym schorzeń układo-

wych. Przy określaniu przyczyny świądu, oprócz wywiadu i badania przedmiotowego skóry i innych układów, niezbędne jest przeprowadzenie wybranych badań dodatkowych, takich jak: zdjęcie klatki piersiowej, morfologia krwi obwodowej z rozmazem, badanie funkcji wątroby (stężenie bilirubiny) i funkcji nerek (stężenie mocznika i kreatyniny), stężenie glukozy we krwi, stężenie hormonów tarczycy, badanie ogólne moczu oraz test na krew utajoną w kale. Uogólniony świąd może mieć również charakter polekowy, na przykład po bezpośrednich wywalaczach histaminy (morfinie, kodeinie, atropinie, papawerynie, środkach znieczulających) lub po lekach wywołujących cholestazę (np. estrogeny, progestageny, fenytoina, chlorpromazyna, amiodaron i inne). Ograniczony świąd dotyczący odbytu może być konsekwencją infekcji pasożytniczej przewodu pokarmowego (najczęściej owsicy), guzków krwawniczych odbytu, nawykowych zaparć lub innych chorób jelit. Stres, leki oraz inne rodzaje napięć psychicznych mogą modyfikować rodzaj i natężenie świądu.

Świąd skóry jest subiektywnym, nieprzyjemnym odczuciem zmuszającym do odruchowego pocierania lub drapania. Najczęstsze objawy jego występowania to bezwiedne i ciągłe dotykane swędzącego miejsca, pocieranie oraz występowanie zaczerwień. W zależności od natężenia i czasu trwania świądu mogą powstawać wtórne objawy chorobowe na skórze, wywołane drapaniem w postaci pryszczków, przebarwień, a czasem zmian guzkowych [10].

Profilaktyka i pielęgnacja skóry

Właściwe zabiegi pielęgnacyjne skóry pozwalają w większości na odtworzenie zaburzenia funkcjonowania bariery skóry. Należy pamiętać o odpowiedniej higienie i zachowaniu równowagi w higienie, ponieważ zbyt częste kąpiele powodują suchość naskórka oraz wypłukiwanie właściwej flory bakteryjnej, która stanowi naturalną ochronę. Wpływ wody na skórę nie jest jednak wcale jednoznacznie pozytywny. Gdyby skóra mogła czerpać wodę z zewnątrz, poziom jej nawilżenia wzrastałby po każdym umyciu. Przy dłuższym kontakcie z wodą skóra ulega wysuszeniu i traci naturalną barierę lipidową. Działanie kremu nawilżającego polega na dostarczeniu substancji, które wiążą wodę w naskórku i zapobiegają jej nadmiernemu odparowywaniu z tkanek poprzez uszczelnianie warstwy rogowej skóry. Owszem, kremy najnowszej generacji transportują wodę w głąb naskórka, jednak znajdująca się tam woda pochodzi w większości ze skóry właściwej, gdzie trafia za pośrednictwem naczyń krwionośnych.

Kobiety w ciąży mogą się starać ograniczać ryzyko wystąpienia świądu, przestrzegając prostych zasad. Kąpiele nie powinny się odbywać w gorącej wodzie, ponieważ niszczy ona naturalny płaszcz lipidowy skóry i może nasilać objawy świądu. Temperatura wody powin-

na być zbliżona do temperatury ciała. Kąpiele nie mogą trwać dłużej niż 10–15 min. Nie należy stosować mydeł i żeli zawierających detergenty, lecz olejki lub balsamy natłuszczające. Ważne z punktu widzenia pielęgnacji jest używanie dermokosmetyków o pH 5,5 bez substancji o potencjalnym działaniu alergizującym i drażniącym, które wspomagają odtworzenie kwaśnego lipidowego płaszczu skóry. Należy wybierać kosmetyki bezzapachowe, ponieważ kobiety w ciąży są często wrażliwe na wiele zapachów. Do kąpieli zaleca się stosowanie olejków natłuszczających oraz delikatnych, niealkalizujących środków. Zwalczanie suchości skóry powinno być jednym z najważniejszych elementów postępowania leczniczego. Służą do tego preparaty natłuszczające, które stosowane zewnętrznie wspomagają tworzenie okluzyjnego filmu lipidowego i wzmacniają barierę lipidową cementu naskórkowego, zabezpieczając skórę przed utratą wody, zwiększają jej elastyczność i zmniejszają uczucie świądu. Zaraz po kąpielach, przez 5 minut po wyjściu z wody, skóra zawiera najwięcej wilgoci, z tego względu należy nasmarować ją emolientami [10].

Kremy i maści można wklepywać, rozcierać, wmasowywać, nakładać cienką lub grubszą warstwę — to zależy od nasilenia zmian. Wydaje się, że im bardziej nasilone zmiany, tym cieńszą warstwę kremu należy nałożyć na skórę (aby zapewnić jej jak najlepsze warunki do oddychania) i raczej delikatnie rozcierać niż wmasowywać — za to częściej powtarzać zabieg. W okresie intensywnego natłuszczania skóry często tworzą się na niej dokuczliwie piekące i swędzące krostki *foliculitis*, czyli stan zapalny mieszków włosowych.

Ekspozowane części ciała (ręce, twarz) powinno się smarować kilka razy w ciągu dnia. W badaniach wykazano, że maksymalny efekt działania emolientów występuje w ciągu 0,5–1 godziny po posmarowaniu i utrzymuje się do około 4 godzin. Tak więc zabiegi pielęgnacyjne u osób z suchą skórą należy wykonywać często.

Preparaty do codziennej pielęgnacji powinny być dobierane indywidualnie. Wyniki badań wykazały, że stopień nawilżenia i elastyczność naskórka różnią się nie tylko w poszczególnych okolicach ciała, ale także zależą od warunków otoczenia, temperatury, wilgotności, aktywności i diety. W okresach zimowych skóra jest bardziej sucha i łatwiej ulega podrażnieniom. Dlatego w różnych okresach roku może ona wymagać stosowania innych emolientów. W niektórych przypadkach pielęgnacja skóry może być wystarczającą formą leczenia. Stosowanie preparatów natłuszczających, łącznie z miejscowymi preparatami steroidowymi, skraca czas trwania leczenia. Poza właściwościami nawilżającymi emolienty mają też pewne działanie przeciwzapalne i przeciwświądowe. Mechanizm działania przeciwzapalnego nie jest jeszcze do końca poznany, zaobserwowano jednak, że większość preparatów nawilżająco-

-natłuszczających powoduje zahamowanie powstawania prostanoidów prozapalnych. Działanie przeciwświądowe można wytłumaczyć dwoma mechanizmami. Pierwszy wynika z działania przeciwzapalnego, a drugi z działania ochładzającego, spowodowanego parowaniem wody z powierzchni skóry po zastosowaniu emulsji wody w oleju. Przed smarowaniem emolienty można schłodzić w lodówce, chłodna maść pomaga ulżyć swędzącej skórze [4, 10].

Kobiety w ciąży nie powinny nosić wełnianej, obcisłej odzieży, gdyż wełna drażni skórę mechanicznie, a ponadto u części chorych występuje nadwrażliwość na wełnę. Należy zatem nosić przewiewną odzież z materiałów naturalnych. Do prania odzieży powinno się używać płatków mydlnych lub proszków hipoalergicznym. Wyprane rzeczy należy dokładnie płukać, gdyż resztki środków piorących i zmiękczających mogą działać drażniąco. Temperatura w pomieszczeniu powinna wynosić 18–20°C, a wilgotność 70–80%. Ważne jest, aby pomieszczenia były czyste, wolne od kurzu domowego i dymu tytoniowego, gdyż przez zmienioną chorobowo skórę łatwo wnikają alergeny z otoczenia [9, 10].

Należy również zadbać o sprawność fizyczną. Częsty ruch zapewnia lepsze funkcjonowanie organizmu, jednak należy unikać nadmiernego wysiłku fizycznego, podczas którego dochodzi do wzmożonego pocenia się. Zaleca się pływanie w czystych i naturalnych zbiornikach, ale nie w basenach z silnie chlorowaną wodą [10].

Możliwości terapeutyczne

Świąd skóry przez wielu badaczy jest postrzegany nie jako choroba, lecz przede wszystkim jako objaw o wieloprzyczynowym uwarunkowaniu. Z tego względu u podstaw leczenia leży przede wszystkim ustalenie jego przyczyny oraz charakteru. Lecząc przyczynę, z reguły dochodzi do usunięcia nieprzyjemnego doznania [6]. W leczeniu świądu stosujemy zarówno specyficzne, jak i niespecyficzne preparaty o działaniu miejscowym oraz ogólnym. Jako leczenie miejscowe najczęściej są zalecane przede wszystkim preparaty nawilżające skórę, niekiedy środki zewnętrznie znieczulające (maści kamforowe lub mentolowe), nie często jednak stosowane w praktyce ze względu na duże możliwości uczulające. Leczenie ogólne najczęściej opiera się na stosowaniu leków przeciwhistaminowych. Antagoniści receptorów H_1 są preparatami przeciwświądowymi stosowanymi z wyboru w terapii świądu histaminozależnego. Pierwsza generacja leków przeciwhistaminowych (np. dimetyden, difenhydramina, doksepina, chydroksyzyna) należy do grupy związków lipofilnych, przenikających barierę krew–mózg. Ich podstawowym działaniem jest blokowanie receptorów histaminowych H_1 , muskarynowych, jak również serotonergicznym, dopaminergicznym oraz adrenergicznym. Druga generacja związków (np. cetyryzyna, loratadyna, astemizol) słabo prze-

chodzi przez barierę krew–mózg, wykazując powinowactwo tylko i wyłącznie dla receptorów H₁. Najnowsze leki 3. generacji obejmują substancje wysoce hydrofilne, praktycznie pozbawione działania sedatywnego. Do tej grupy zalicza się: feksofenatyna, desloratadyna, a także lewocetyryzyna. W przypadku świądu histaminozależnego największe zastosowanie mają leki 2. i 3. generacji. W jednostkach chorobowych, w których histamina nie odgrywa głównej roli w patogenezie świądu, można stosować histaminiki 1. generacji, wykorzystując przy tym ich działanie sedatywne [5, 8, 11]. Stosowanie leków przeciwhistaminowych lub kortykosteroidów jest możliwe tylko w momencie, gdy korzyści terapeutyczne przewyższają ryzyko uszkodzenia płodu lub wystąpienia innych polekowych powikłań. Z tego względu leczenie w większości przypadków opiera się na wykorzystywaniu miejscowych środków leczniczych lub innych alternatywnych terapii [9].

Terapia miejscowa

Prawidłowe nawilżenie skóry można osiągnąć za pomocą różnych metod: poprzez stosowanie hydrofilnych związków absorbujących wodę na jej powierzchni, przy udziale substancji mających zdolność wiązania wilgoci w głębszych warstwach naskórka bądź przy użyciu odpowiednich układów tworzących na jej powierzchni film o działaniu okluzyjnym. Związki charakteryzujące się takim właśnie działaniem okluzyjnym nazywamy emolientami. Emolient to środek, który nie tylko nawilża, ale dodatkowo dba na różne sposoby o to, aby skóra nie traciła swojej naturalnej wilgoci. Emolienty pomagają zatrzymać naturalną wodę we wnętrzu skóry poprzez wiązanie jej z lipidami skóry oraz odbudowę tych lipidów, są najbezpieczniejszą formą terapii świądu podczas ciąży. Emolienty mogą być stosowane w różnej formie. W sprzedaży są olejki, emulsje i płyny do kąpieli leczniczej, żele i mydła do mycia niezawierające detergentów, a także balsamy i kremy do ciała. Wśród preparatów pielęgnacyjnych szczególne znaczenie mają te, które w składzie zawierają mocznik (3–10%) utrzymujący odpowiednie nawilżenie warstwy rogowej naskórka, czy brakujące komponenty naskórka, jak na przykład ceramidy lub różne inne tłuszcze oraz substancje przeciwświądowe (mentol czy polidokanol) mogą być bezpiecznie stosowane w trakcie ciąży. Ważne, aby emolienty stosować kilka razy dziennie, szczególnie po kąpieli. W terapii miejscowej są dopuszczone preparaty glikokortykosteroidowe o słabej i średniej sile działania stosowane z pominięciem skóry twarzy i okolic zgięciowych. Silne kortykosteroidy w trakcie ciąży nie powinny być szeroko stosowane [4, 10].

Terapia systemowa

Wrażliwość płodu na działanie leków przyjmowanych przez matkę w dużej mierze jest uzależnione od

stopnia dojrzałości płodu, a także zaawansowania ciąży. Według Agencji ds. Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) zajmującej się bezpieczeństwem leków, preparaty lecznicze można podzielić na 5 podgrup:

- A — leki zaliczane do tej kategorii w badaniach klinicznych nie wykazały szkodliwego działania na płód z tego względu mogą być stosowane w ciąży;
- B — preparaty należące do tej grupy w badaniach na zwierzętach wykazały szkodliwe działanie na płód, jednak w odniesieniu do ludzi wyniki badań nie potwierdziły szkodliwości dla płodu ludzkiego; są to leki z reguły stosowane w przypadku konieczności;
- C — leki z tej grupy wykazują szkodliwość dla płodu lub brak potwierdzonych danych z tego zakresu; mogą być stosowane podczas ciąży tylko i wyłącznie, gdy w opinii lekarza korzyści dla matki przewyższająby potencjalne ryzyko dla płodu;
- preparaty z grupy D i X stanowią zagrożenie dla płodu, jednak jedynie leki należące do grupy X są bezwzględnie niedopuszczalne do stosowania podczas ciąży.

Preparaty przeciwhistaminowe, jak również glikokortykoidy wziewne (budezonit) zalicza się do kategorii leków z grupy B. Preparatami antyhistaminowymi dozwolonymi do podania kobietom w ciąży są: chlorfeniramina, cymetydyna, cyproheptadyna, dimenhidrynian, meklizyna oraz ranitydyna.

W przypadku wyczerpania tradycyjnych metod terapeutycznych innymi zalecanymi przez piśmiennictwo metodami są:

- **fototerapia** — z zastosowaniem ultrafioletu B; jest to metoda z wyboru stosowana w leczeniu świądu uogólnionego towarzyszącego schorzeniom wątroby lub mocznicy; fototerapia najprawdopodobniej zmniejsza liczbę mastocytów, przyspieszając ich apoptozę, wpływa również na degenerację nerwów oraz zmniejsza stężenie jonów dwuwartościowych;
- **psychoterapia** — pomocna w szczególności w leczeniu świądu o podłożu psycho- i neurogenym;
- **akupunktura** — zarówno jej forma tradycyjna, jak i elektroakupunktury; jej skuteczność wykazano w świądzie wywołanym eksperymentalnie poprzez doskórne podanie histaminy [2, 5, 12–14].

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę różnorodność przyczyn, świąd jest niezwykle istotnym problemem diagnostyczno-terapeutycznym, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet będących w ciąży. Z tego względu ważna jest znajomość nie tylko patogenetyki świądu, jego przyczyn, ale również możliwości terapeutycznych z uwzględnieniem uzupełniających metod leczniczych [5].

Piśmiennictwo

1. Roguś-Skorupska D. Dermatozy swoiste dla okresu ciąży. *Nowa Med.* 2000; 7 (11): 6–10.
2. Szepietowski J., Reich A. Zasady postępowania w świądzie skóry. *Dermatol. Estetyczna* 2002; 4 (5): 251–256.
3. Vagughan Jones S.A., Black M.M. Pregnancy dermatoses. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1999; 40: 233–241.
4. Glišński W., Wolska H. (red.) *Dermatologia. Tom II.* Wyd. Czelej. Lublin 2004: 931–932.
5. Szepietowski J., Reich A., Hrehorów E. Świąd skóry — przyczyny i terapia. *Pol. Med. Rodz.* 2003; 5 (3): 485–492.
6. Szpringer E. Świąd skóry. *Nowa Med.* 2000; 7 (11): 25–27.
7. Błaszczak-Kostanecka M., Wolska H. (red.). *Dermatologia w praktyce.* Wyd. PZWL, Warszawa 2005: 224–225.
8. Kaszuba A. (red.). *Diagnostyka różnicowa chorób skóry.* Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2005: 467.
9. Holmes R.C., Black M.M. The specific dermatoses of pregnancy. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1983; 7 (3): 274–276.
10. Winton G.B., Lewis C.W. Dermatoses of pregnancy. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1982; 6 (6): 977–998.
11. Hunter J., Savin J., Dahl M. *Clinical dermatology.* Backwell Publishing, USA 2002: 293.
12. Fernandez C., Kuczkowski K. Przeływ leków przez łożysko. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2009; 3: 416–439.
13. Roth M. Pregnancy dermatoses: Diagnosis, management, and controversies. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2011; 12 (1): 25–41.
14. Holmes R.C., Black M.M. The specific dermatoses of pregnancy. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1983; 8 (3): 405–412.