

prof. Roman Nowicki

Komentarz do aktualnych wytycznych terapeutycznych dotyczących atopowego zapalenia skóry. Stanowisko ekspertów Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego



Fot. Marek Lapis

1. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w leczeniu i rozpoznawaniu chorób dermatologicznych

Od stycznia 2015 r. zmieniły się kompetencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Po stażach odbytych na oddziałach dermatologicznych lekarz POZ powinien rozpoznawać suchą, wrażliwą skórę pacjentów dermatologicznych.

W leczeniu przewlekłych dermatoz alergicznych warunkiem sukcesu jest dobra współpraca z pacjentem. Aby ją zapoczątkować, proponuję zastosować najprostszy test diagnostyczny, czyli przywitanie się z pacjentem. Już podczas krótkiego uścisku dłoni można łatwo rozpoznać nadmiernie wysuszony naskórek.

Zdrowa, nieuszkodzona bariera naskórkowa chroni organizm przed czynnikami chemicznymi, fizycznymi i biologicznymi oraz zabezpiecza przed utratą wody. **Suchość skóry (xerosis)** świadczy o zaburzeniu w budowie i funkcjonowaniu bariery naskórkowej. Objaw ten może być oznaką starzenia się naskórka (skóra starcza), wielu schorzeń dermatologicznych lub innych chorób ogólnoustrojowych. Niezależnie od przyczyny, podstawą terapii suchej skóry, a więc również atopowego zapalenia skóry (AZS) jest intensywne nawilżanie i natłuszczenie, które korzystnie wpływa na poprawę objawów klinicznych.

2. Emolienty

Emolienty (łac. *emollire* – zmiękczać) to preparaty do stosowania miejscowego, obojętne biologicznie, których zadaniem jest utrzymanie lub przywrócenie prawidłowego nawilżenia i elastyczności naskórka. Ich regularna aplikacja na skórę wzmacnia funkcję ochronną bariery naskórkowej, zmniejsza miejscowy stan zapalny i świąd, a to pozwala ograniczyć

ilość i częstość stosowania preparatów leczniczych, m.in. miejscowych glikokortykosteroidów (mGKS). Emolienty powinny być dobierane indywidualnie w zależności od stopnia suchości skóry. Efekt nawilżenia po zastosowaniu emolientów utrzymuje się 4–6 godzin, dlatego ich aplikacja powinna być ponawiana co 4 godziny. Szczególnie istotna jest aplikacja wieczorna, bezpośrednio po delikatnym osuszeniu skóry po kąpieli.

3. Terapia podstawowa atopowego zapalenia skóry

Terapia podstawowa AZS to **edukacja, profilaktyka i przywracanie zaburzonych funkcji bariery naskórkowej**. Leczenie AZS wymaga stałej kontroli objawów chorobowych, zapobiegania zaostrzeniom i zapewnienia pacjentowi dobrej jakości życia. Ze względu na przewlekły i nawrotowy przebieg AZS terapia powinna zachęcać do współpracy i być dobrze tolerowana.

Stała edukacja pacjentów i ich opiekunów dotycząca właściwej pielęgnacji naskórka i unikania czynników drażniących jest kluczowym zadaniem terapii podstawowej AZS. Aktualne zalecenia podkreślają znaczenie jak najszybszego przywracania i naprawy funkcji bariery naskórkowej.

Podstawą leczenia AZS jest połączenie codziennej całkowitej terapii emolientowej i właściwej pielęgnacji skóry z leczeniem przeciwzapalnym, przy jednoczesnym unikaniu kontaktu z prowokującymi alergenami i czynnikami drażniącymi. Natłuszczenie suchej skóry zmniejsza świąd oraz sprzyja łagodzeniu stanu zapalnego. W skład emolientów wchodzi m.in. ceramidy, cholesterol, wolne kwasy tłuszczowe oraz różne substancje nawilżające (humektanty), takie jak mocznik, glicerol i aminokwasy, które poprawiając funkcję bariery skórnej, zmniejszają przeznaskórkową utratę wody (*transepidermal*

water loss – TEWL). Preparaty bogate w ceramidy mają właściwości przeciwzapalne, które porównuje się z mGKS o średniej mocy. Regularne stosowanie emolientów 3–4 razy na dobę zmniejsza konieczność stosowania mGKS (tzw. *steroid sparing effects*). W leczeniu i pielęgnacji wrażliwej skóry atopowej znalazły zastosowanie emolienty zawierające bogaty we flawonoidy wyciąg z młodych pędów owsa *Rhealba* o potwierdzonych właściwościach łagodzących, przeciwświądowych i przyspieszających gojenie ran. U alergików zaleca się stosowanie emolientów bez dodatków zapachowych i konserwantów.

4. Kąpiele

Istotnym elementem podstawowej terapii AZS jest odpowiednia kąpiel. Lekko kwaśne pH wody o temperaturze ok. 27–30°C może złagodzić objawy choroby. Do mycia ciała należy wybierać preparaty niezawierające siarczanów (*sulphate free*), nie zaleca się preparatów o pH wyższym niż 5,5 oraz zawierających detergenty. Jeśli naskórek jest podrażniony, należy unikać obecnego w mydłach laurylosiarczanu sodu (SLS). Czas trwania kąpieli nie powinien przekraczać 5 minut, a dodanie do wody pod koniec kąpieli oliwy z oliwek lub parafiny zmiękcza naskórek i wzmacnia lipidową barierę ochronną skóry. W celu lepszego działania przeciwświądowego zaleca się dodanie do kąpieli pół szklanki podchlorynu sodu. Korzystne może być także dodawanie do kąpieli antyseptyków (np. nadmanganianu potasu), które ograniczają kolonizację skóry przez gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*), znacznie zaostrzającego stan zapalny skóry. Należy unikać gwałtownego i zbyt silnego pocierania ręcznikiem. Niezwykle ważne jest szybkie natłuszczenie skóry, tj. w ciągu 3 minut od zakończenia kąpieli, aby zapobiec parowaniu i wysychaniu naskórka.

5. Mokre opatrunki

Mokre opatrunki (*wet wrap treatment* – WWT) to specjalna technika bandażowania, która jest szczególnie skuteczna w przewlekłych i nawrotowych przypadkach AZS. W metodzie tej stosowane są dwie warstwy opatrunków: opatrunek wewnętrzny, wilgotny, nasączony emolientem i/lub substancją leczniczą, przykładany bezpośrednio na skórę, oraz opatrunek zewnętrzny, suchy. Namoczony bandaż nakładany jest na skórę bezpośrednio po kąpieli, najlepiej wieczorem, kiedy świąd staje się szczególnie uciążliwy i przeszkadza w zasypianiu. Stosowanie podwójnych warstw bandaży wywołuje chłodzący efekt parowania. Ochłodzenie i na-

wilżenie skóry działa przeciwzapalnie, skutecznie zmniejsza świąd i przyspiesza ustępowanie wyprysku. Uwodnienie, a także okluzja poprzez opatrunki zwiększają równocześnie przezskórną absorpcję leku. Składniki nawilżające zawarte w emolientach lepiej i skuteczniej uzupełniają niedobory w suchej skórze atopowej, co odbudowuje barierę naskórkową i zmniejsza stan zapalny.

6. Terapia przeciwzapalna atopowego zapalenia skóry

Nawet najbardziej delikatne emolienty są źle tolerowane na skórze zmienionej zapalnie, w związku z czym najpierw należy dążyć do wyleczenia ostrej fazy zapalenia, objawiającego się nagłym zaostrzeniem i bardzo nasilonym świądem, a następnie stosować terapię podtrzymującą.

Terapia przeciwzapalna: **mGKS** lub/i **miejscowe inhibitory kalcyneuryny** (mIK) – powinna być dobierana indywidualnie w zależności od aktywności choroby (okresy zaostrzeń i remisji, lokalizacja zmian i in.). Ponad połowa pacjentów z AZS obawia się stosowania mGKS (sterydofobia). Ponieważ w wielu przypadkach mGKS są przeciwwskazane i/lub źle akceptowane przez pacjenta i/lub jego rodzinę, lekami pierwszego wyboru są mIK: pimekrolimus i takrolimus, które hamują aktywację limfocytów T i uwalnianie zapalnych cytokin.

Pimekrolimus w postaci 1% kremu zalecany jest jako leczenie pierwszego rzutu w łagodnym AZS, a jego profil bezpieczeństwa sugeruje, że może on być stosowany również przez lekarza rodzinnego jako leczenie z wyboru w łagodnym i średnio nasilonym AZS u dzieci i u dorosłych, szczególnie we wrażliwych rejonach skóry. Po zastosowaniu mIK objawy zapalne ustępują zwykle już w pierwszym tygodniu leczenia. Terapia z zastosowaniem mIK zmniejsza ryzyko zaostrzeń AZS, a także zapotrzebowanie na mGKS zarówno wśród dzieci, jak i u dorosłych. W celu zapobiegania nawrotom zalecana jest tzw. terapia proaktywna. Miejscowe inhibitory kalcyneuryny korzystniej niż mGKS wpływają na barierę skórno-naskórkową, charakteryzując się dużą skutecznością terapeutyczną, redukując objawy wyprysku atopowego i znacznie poprawiają jakość życia pacjentów.

W ciężkich, opornych i uogólnionych postaciach AZS wskazane jest leczenie systemowe przez doświadczonego **specjalistę dermatologa**.