

Edukacja rodzin dzieci atopowych sprzyja skutecznej terapii AZS

O pielęgnacji atopowej skóry i różnicach w terapii pacjenta pediatrycznego i dorosłego rozmawiamy z prof. Romanem Nowickim, przewodniczącym Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Na czym polega terapia podstawowa atopowego zapalenia skóry?

Terapia podstawowa AZS to edukacja, prewencja i przywracanie zaburzonych funkcji bariery naskórkowej za pomocą całkowitej terapii emolientowej, czyli systematycznego i podtrzymującego stosowania emolientów nie tylko w okresie zaostrzenia, ale też w stanach remisji.

Natłuszczenie suchej skóry zmniejsza świąd oraz sprzyja łagodzeniu stanu zapalnego. Emolienty utrzymują prawidłowe nawilżenie skóry i przywracają prawidłową funkcję bariery naskórkowej, m.in. poprzez uzupełnienie obecnych w AZS deficytów ceramidów czy nienasyconych kwasów tłuszczowych, wyrównanie pH skóry, zahamowanie

transepidermalnej utraty wody. Wykazano, że systematyczna terapia emolientowa hamuje nawroty AZS i zapobiega rozwojowi innych chorób atopowych, czyli hamuje tzw. marsz atopowy (alergiczny). Równoległe z natłuszczeniem należy prowadzić edukację w zakresie unikania alergenów i czynników drażniących, a zwłaszcza dymu tytoniowego, infekcji i stresu.

Suchy i podrapany naskórek stanowi wrota do wnikania mikroorganizmów, których obecność dodatkowo nasila destrukcję bariery i świąd. Właściwe natłuszczenie i nawilżenie naskórka, redukując suchość i świąd, zmniejsza odruch drapania, a przez to znacznie poprawia jakość życia pacjenta. Prawidłowe nawilżenie jest podstawą pielęgnacji

i leczenia AZS w każdym stadium choroby. Efekt nawilżenia po zastosowaniu emolientów utrzymuje się ok. 4-6 godz., dlatego ich aplikacja powinna być ponawiana co 4 godz. Niezwykle istotna jest aplikacja wieczorna bezpośrednio po delikatnym osuszeniu skóry po kąpiel. Aby zapobiec rozwojowi AZS, należy: przedłużyć karmienie naturalne do min. 4 mies. i nie wprowadzać pokarmów stałych do ok. 6. m.ż. dziecka; ograniczyć do minimum kontakty dziecka z czynnikami drażniącymi (dym tytoniowy, zanieczyszczenia powietrza itp.); zapobiegać infekcjom; unikać stresu.

Niezwykle ważne przy terapii dziecka z AZS jest zaangażowanie rodziców.

Jakie wskazówki powinni oni otrzymać od lekarza POZ?

AZS jest nawrotową chorobą przewlekłą przebiegającą z bardzo silnym świądem, która najczęściej dotyczy dzieci i młodzieży. Zaburzenia bariery naskórkowej w AZS są efektem współdziałania czynników genetycznych, immunologicznych i środowiskowych. U znacznej części chorych wykazano obecność mutacji genu filagryny, czego konsekwencją jest niedobór naturalnych czynników nawilżających (NMF) i zwiększona przeznaskórkowa utrata wody. Nawet w okresach poprawy, w nadmiernie wysuszonym naskórku toczy się niewidoczny gołym okiem subkliniczny proces zapalny.

Głównym zadaniem lekarza jest opa-



**Prof. dr hab. n. med. dr h.c.
Roman Nowicki**

specjalista alergologii, dermatologii i wenerologii, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego UM. Członek wielu międzynarodowych towarzystw naukowych. Od roku 2004 pełni funkcję przewodniczącego Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i organizuje coroczne spotkania Akademii Dermatologii i Alergologii w Ustce.

nowanie świadku i stanu zapalnego oraz wytłumaczenie rodzicom, że leczenie jest długotrwałe i konieczne nawet po ustąpieniu objawów zapalnych. Silny świadek powoduje trudności w zasypianiu i nieprzespane noce, co często skutkuje problemami emocjonalnymi w rodzinie chorego dziecka. Kontakt z rozdrażnionymi opiekunami dziecka może być niekiedy utrudniony i wymaga cierpliwości oraz wyrozumiałości. Bardzo dobra współpraca z rodzicami dziecka atopowego i ich edukacja w zakresie terapii podstawowej sprzyjają bowiem skuteczniejszej terapii. Znalazło to potwierdzenie w badaniach dermatologów niemieckich przedstawionych na tegorocznym kongresie Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI) w Wiedniu. Rodzice stanowią najważniejszą część zespołu terapeutycznego w leczeniu AZS.

Jakie choroby mogą towarzyszyć AZS? Które z nich częściej dotyczą dzieci, a które dorosłych?

AZS towarzyszą często infekcje bakteryjne, wirusowe i grzybicze oraz marsz atopowy. Marsz atopowy to ewolucja choroby atopowej, przechodzenie jednej postaci alergii w drugą i zmiana jej lokalizacji, która następuje wraz z wiekiem. Najczęściej pierwszą manifestacją atopii jest alergia pokarmowa. Niemal równolegle pojawiają się symptomy AZS, które z czasem mogą przejść w astmę oskrzelową i alergiczny nieżyt nosa (ANN). U niektórych pacjentów marsz alergiczny może mieć inny przebieg, np. pierwszym jego etapem może być ANN, który potem przechodzi w astmę. Ponadto poszczególne ro-

dzaje alergii nie zawsze muszą ustępować miejsca kolejnym. Mogą dołączać do poprzednich i występować z nimi równocześnie. Marsz atopowy może pojawić się także u dorosłych.

Jakie czynniki i alergeny zaostrzają AZS u dzieci, a jakie u dorosłych?

W przypadku AZS są to najczęściej alergeny powietrzno-pochodne, pokarmy, czynniki klimatyczne, stres, gospodarka hormonalna, papierosy, czynniki drażniące i mikroorganizmy. Nie każdy pacjent z AZS reaguje na wszystkie z powyższych czynników. U 20-40 proc. małych dzieci i niemowląt z AZS rozpoznaje się alergię pokarmową, najczęściej na: mleko krowie, jaja, ryby, orzeszki ziemne, soję i pszenicę. Alergia pokarmowa i AZS dotyczą często tych samych chorych. Zmiany skórne, występujące w atopowym zapaleniu, skórzarzone z alergią pokarmową, obserwuje się częściej u pacjentów w wieku rozwojowym niż u osób dorosłych. Są one przejawem nadwrażliwości organizmu na niektóre pokarmy, która po ich spożyciu prowadzi do wystąpienia reakcji atopowo-alergicznego (IgE-zależnej, IgE-niezależnej lub mieszanej).

AZS u niemowląt i najmłodszych dzieci najczęściej wiąże się z uczuleniem na białka mleka krowiego i białka jaja kurzego, a u dzieci starszych, młodzieży i dorosłych - z uczuleniem na alergeny zwierzęce i powietrzno-pochodne (sierść zwierząt, karaluchy, roztocza kurzu domowego, naskórek ludzki, pleśnie i pyłki roślin). U ok. 50 proc. najmłodszych dzieci z AZS zaostrzenie zmian skórnych może wystąpić po spożyciu jednego lub więcej szkodliwych pokarmów. Także młodzież i dorośli z AZS reagują zaostrzeniem zmian chorobowych po spożyciu niektórych pokarmów. W odróżnieniu od wieku wczesnodziecięcego, reakcja nadwrażliwości u młodzieży i dorosłych rzadziej dotyczy klasycznych alergenów pokarmowych (białka mleka i białka jaja kurzego). W tej grupie wiekowej częściej obserwuje się zaostrzenie zmian skórnych, będące wynikiem „alergicznego reakcji krzyżowej”, spowodowanej jednoczesnym uczuleniem na alergeny pyłków roślinnych i alergeny pokarmowe. Ustalenie związku etiopatogenetycznego nadwrażliwości pokarmowej i AZS jest wskazaniem do czasowego stosowania diety eliminacyjnej u tych chorych.

Co bierze się pod uwagę przy wyborze emolientów? Na co zwrócić uwagę rodzica dziecka z AZS odnośnie sposobu zastosowania emolientów?

Emolienty powinny być dobierane indywidualnie, w zależności m.in. od stopnia suchości skóry i ewentualnej alergii kontaktowej. Najlepsze wyniki daje stosowanie emolientów, w których składzie dominują ceramidy, ponieważ w AZS występuje ich największy niedobór. Regularna aplikacja emolientów 3-4 razy na dobę zmniejsza koniecz-

ność stosowania miejscowych glikokortykosteroidów (mGKS). Uszczelnienie bariery naskórkowej następuje po każdorazowej aplikacji emolientu, ale trwała poprawa jej czynności następuje po upływie 2-4 tygodni systematycznej terapii, co wiąże się z fizjologicznym procesem różnicowania się naskórka, którego końcowym produktem jest obfitująca w błony lipidowe warstwa rogowa.

Okluzyjne i nawilżające składniki preparatów emolientowych (m.in. glicerol, sorbitol, kwas hialuronowy, α -hydrokyskwasy, nienasycone kwasy tłuszczowe i mocznik) przywracają zaburzone funkcje bariery naskórkowej, utrzymują prawidłowe pH i zapobiegają przedzaskórnej utracie wody. Uzupełniając płaszcz lipidowy naskórka, emolienty łagodzą stan zapalny, działają przeciwświądowo i przeciwbakteryjnie.

W skórze suchej i wrażliwej szczególnie łatwo może dochodzić do rozwoju reakcji alergicznych, dlatego preparaty nawilżające powinny być pozbawione konserwantów, barwników i substancji zapachowych. Tego typu produkty, bezpieczne i wykazujące się szczególnie właściwościami wspomagającymi leczenie różnych patologicznych stanów skóry, nazywamy dermokosmetykami. Do ich istotnych składników zalicza się m.in. taninę, flawonoidy, saponiny i fitosterole. Jednym ze składników o właściwościach przeciwświądowych, przeciwzapalnych i przyspieszających gojenie ran jest wyciąg z młodych pędów owsa Rhealba, który znalazły zastosowanie w leczeniu chorych na AZS. Stosowanie emolientów na stan zapalny jest źle tolerowane - najpierw należy zastosować leki przeciwzapalne: mGKS lub miejscowe inhibitory kalcyneuryny.

Jaki leki przeciwzapalne zalecane są do stosowania u dzieci?

U dzieci mGKS powinny być stosowane bardzo rozważnie, pod ścisłą kontrolą dermatologiczną, ze względu na odmienności budowy skóry w stosunku do dorosłych. U dzieci poniżej 1. r.ż. w Polsce zarejestrowane są jedynie octan i maślan hydrokortyzonu, natomiast powyżej 2. r.ż.: furoinian metazonu, propionian flutikazonu oraz aceponian metylprednizolonu, leki charakteryzujące się wysoką selektywnością i powinowactwem receptorowym. Pozostałe mGKS można, zgodnie z rejestracją, stosować dopiero po 12. r.ż. Miejscowa aplikacja silnych mGKS na duże powierzchnie u dzieci, a zwłaszcza u niemowląt, może powodować niepożądane objawy systemowe: zahamowanie wzrostu, osteoporozę i hamowanie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. W celu uniknięcia objawów niepożądanych zaleca się stosowanie tzw. terapii przerywanej, polegającej na stosowaniu mGKS tylko 2-3 dni w tygodniu na przemian z emolientami.

Obawa przed działaniem niepożądanym (sterydofobia) jest częstą przyczyną nieprzestrzegania zaleceń lekarskich

przez pacjentów lub w przypadku dzieci - przez ich rodziców. Ponad 40 proc. opiekunów dzieci atopowych nie stosuje mGKS.

Czy istnieje alternatywa dla mGKS?

Lekiem pierwszego wyboru jest pimekrolimus w postaci 1 proc. kremu, przeznaczony do leczenia AZS o łagodnym i średnim przebiegu u osób dorosłych i dzieci od 2. r.ż. Wykazano jego dużą skuteczność i bezpieczeństwo także u niemowląt od 3 do 12 miesięcy. Pimekrolimus zmniejsza częstość zaostrzeń AZS, doprowadza do szybkiego ustąpienia świadu towarzyszącego chorobie, wpływa na poprawę jakości życia pacjentów i redukuje stosowanie mGKS.

Czy są emolienty, których nie można w żadnym razie stosować u dzieci?

U dzieci poniżej 2. r.ż. należy unikać emolientów z dodatkiem alergenów białkowych i haptentów, ponieważ mogą one prowadzić do nadwrażliwości ogólnoustrojowej. Emolienty zawierające glikol propylenowy łatwo podrażniają skórę małych dzieci.

Przejdźmy do pielęgnacji skóry przy AZS. Kąpiel dziecka - na co zwrócić uwagę?

Stan skóry dziecka z AZS ulega znaczącej poprawie po krótkich, 5-minutowych kąpielach w wodzie o temp. 36-37°C, po których zaleca się natychmiastową (3 min od zakończenia kąpieli) aplikację emolientów. Skóra pacjentów z AZS powinna być myta dokładnie przy użyciu substancji o działaniu natłuszczająco-nawilżającym. Należy unikać detergentów czy mydeł o zasadowym pH.

Czy w opiece domowej przy ostrym AZS zaleca się mokre opatrunki?

Mokre opatrunki są zalecane w uogólnionych i opornych na leczenie przypadkach AZS. Specjalne techniki bandażowania są szczególnie skuteczne w stanach erytrodemii, w ciężkich i nawrotowych przypadkach AZS. W metodzie tej stosuje się dwie warstwy opatrunków: wewnętrzne wilgotne nasączone emolientem i/lub substancją leczniczą stosowane bezpośrednio na skórę oraz zewnętrzne suche. Namoczony bandaż nakłada się na skórę po kąpieli. Stosowanie podwójnych warstw bandaży wywołuje efekt chłodzący i szybkie ustępowanie stanu zapalnego. Ochłodzenie skóry działa przeciwzapalnie i zmniejsza świadek. Uwodnienie, a także okluzja poprzez opatrunki zwiększa równocześnie absorpcję leku przez skórę. Opatrunki mokre, tworząc barierę mechaniczną, zabezpieczają przed drapaniem i umożliwiają szybsze ustępowanie zmian zapalnych. Terapia ta jest dobrze tolerowana przez dzieci i w istotny sposób podnosi ich jakość życia, przy tym jest bezpieczna.