



KOMPENDIUM WIEDZY O WET WRAP THERAPY

Polskie Towarzystwo Chorób Atopowych

Aktualnie zaleca się aby mokre opatrunki (WWT), stosować gdy zawiodła tradycyjna terapia miejscowa, przed włączeniem leczenia systemowego.

WWT W MEDYCYNIE

Metoda **leczenia atopowego zapalenia skóry** (AZS) mokrymi opatrunkami (Wet Wrap Therapy lub WWT), w medycynie stosowana jest od 1970r. W teorii wyróżnia się cztery różne warianty stosowania mokrych opatrunków:

1. Mokre opatrunki nasączone wodą, które aplikuje się bezpośrednio na zajęętą wykwitami skórę.
2. „Tłuste” mokre opatrunki z jedną warstwą mokrego opatrunku, który zakłada się po aplikacji tłustej maści na zmiany wypryskowe.
3. **Podwójna warstwa opatrunku: mokry/suchy: wilgotny bandaż w formie rękawa Comfast™ Multistretch™ lub element specjalistycznej odzieży, zakładany jest na warstwę maści zastosowaną bezpośrednio na zmienioną chorobowo skórę. Kolejną warstwę stanowi suchy bandaż lub element odzieży specjalistycznej, który zapewnia stopniowe parowanie i przedłużony efekt nawilżenia oraz chłodzenia.**
4. Opatrunek na mokro: bandaż w formie rękawa lub element specjalistycznej odzieży nie jest nasączany wodą, ale kremem/emolientem ogrzanym przez zanurzenie w ciepłej wodzie i zakładany na skórę po kąpieli z dodatkiem olejku. Następnie zakładany jest drugi, suchy bandaż lub element odzieży specjalistycznej.

Ze względu na dostępność preparatów/emolientów, wyrobów medycznych (bandaże lub odzież) oraz relatywnie najwyższą skuteczność w leczeniu, w Polsce najpopularniejsza jest wersja opatrunku mokrego (wersja nr 3, powyżej). W tej wersji, bezpośrednio na skórę aplikuje się emolient/krem, po czym zakłada się w pierwszej kolejności warstwę bandaża lub odzieży „mokrą” (namoczoną i wyciśniętą) i na to kolejną warstwę (bandaże lub odzież Comfast™), warstwę „suchą”.



Pacjent-opatrunek mokry z użyciem elementów odzieży Comfast™ oraz „przymiarka” do wycięcia opatrunku mokrego-miejscowego z użyciem bandaża Comfast™

fot. Archiwum prywatne

MOKRE OPATRUNKI-EDUKACJA

Jak wspomniano w pierwszej części artykułu, na świecie Wet Wrap Therapy, z powodzeniem stosuje się już od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W Polsce metoda mokrych opatrunków dopiero wchodzi do kanonu leczenia objawowego AZS (po raz pierwszy w oficjalnym Konsensusie Medycznym, wydanym przez PTA i PTD, pojawiła się w 2015 roku). Ze względu na dużą skuteczność, szczególnie w aspekcie redukcji świądu i dobre tolerowanie terapii przez najmłodszych pacjentów, metoda zyskuje na popularności, ale też pojawiają się wymagania w zakresie szerokiej edukacji zarówno kadry medycznej (dermatolodzy, alergolodzy, pediatrzy, lekarze POZ), ale też wśród pacjentów i opiekunów dzieci z AZS.

Polskie Towarzystwo Chorób Atopowych (PTCA) również aktywnie włącza się w propagowanie tej skutecznej metody. Szczególnie, że pod koniec 2017 roku, PTCA zostało Członkiem prestiżowej organizacji: International Forum of the Study on Itch (IFSI). IFSI to międzynarodowa organizacja zrzeszająca Profesorów medycyny z całego świata, którzy zajmują się wyłącznie studium nad świądem występującym, jako objaw, w różnych dermatozach, głównie w AZS. IFSI w opracowaniu „Główne sposoby radzenia sobie ze świądem” (polską wersję tego opracowania możesz przeczytać [TUTAJ](#)), również wskazuje WWT, jako jedną

z głównych terapii do stosowania w AZS, w zakresie leczenia objawowego oraz walki z uporczywym świądem. W lutym bieżącego roku, w ramach Grantu Naukowo-Dydaktycznego, PTCA przeprowadziło podczas 14. Akademii Dermatologii i Alergologii (Słupsk i Dolina Charlotty), pełną sesję teoretyczno-praktyczną w zakresie leczenia AZS metodą mokrego opatrunku. Organizatorzy tej Konferencji Medycznej zgodzili się również na ►

przeprowadzenie transmisji wideo „na żywo” z tych warsztatów, którą mogli obejrzeć członkowie Grup Wsparcia prowadzonych pod patronatem PTCA. Zapis wideo transmisji, można obejrzeć w kanale wideo naszego Stowarzyszenia: „AtopiaTV”. Powyższe wskazuje na fakt istnienia dużego zapotrzebowania na wszelkie formy edukacji w zakresie leczenia objawowego AZS metodą mokrego opatrunku.

OPATRUNEK MOKRY I OPATRUNEK MOKRY MIEJSCOWY

W zależności od nasilenia i umiejscowienia zmian atopowych, mokre opatrunki można stosować na większych partiach ciała (czasami opatruje się kompletnie pacjenta), lub też mokre opatrunki stosuje się miejscowo. W przypadku opatrunków mokrych miejscowych, do ich wykonania stosuje się specjalistyczne bandaże w formie rękawa, które aplikuje się miejscowo, w charakterystycznych dla AZS miejscach występowania wykwitów. W przypadku, gdy mamy do czynienia z AZS o przebiegu ciężkim lub gdy zmianami objęte są większe partie ciała (czasami występująca erytrodermia) - w takim przypadku zaleca się stosowanie WWT z użyciem gotowych elementów odzieży specjalistycznej, dedykowanej terapii mokrymi opatrunkami.

Na zdjęciu poniżej pacjent, u którego zaaplikowano opatrunek mokry z użyciem elementów odzieży specjalistycznej na większych partiach ciała oraz z opatrunkiem mokrym, wykonanym miejscowo, na lewej ręce oraz dłoni.



fot. Archiwum prywatne

JAK WWT DZIAŁA W PRAKTYCE?

Korzystny efekt i skuteczność stosowania mokrego opatrunku opiera się głównie na trzech zjawiskach:

- Parowania
- Nawadniania
- Ochrony

Parowanie: stopniowe wysuszanie warstwy mokrej ma chłodzący i kojący wpływ na skórę, w związku z tym dochodzi do redukcji swędzenia (świądu) i dyskomfortu noszącego. Teoria mokrego opatrunku wskazuje na nawet 74% redukcję uczucia świądu u pacjenta. Istotnym jest, zatem, aby bandaże były po wyschnięciu ponownie nawilżane, nie dopuszczając do całkowitego ich wyschnięcia.

Nawodnienie: polega na ponownym oddaniu wilgoci na skórę. Skóra w ten sposób pochłania znaczną ilość stosowanego emolientu, co w konsekwencji prowadzi do zmiękczenia i „wyciszenia” skóry. Wytworzenie środowiska o wilgotności 100% i kolejny powrót do wilgotności na poziomie 60%, ma właściwości wazokonstrykcyjne, dzięki czemu zmniejszeniu ulega rumień i redukuje się odpowiedź zapalna.

Ochrona: warstwy odzieży lub bandaży stanowią mechaniczną barierę, która w znaczący sposób ogranicza siłę drapania. Zapobiegając mechanicznym uszkodzeniom skóry (podczas drapania warstwa nie przemieszcza się po skórze), znacznie skracając proces gojenia. Bariera jest również separatorem niedopuszczającym do bezpośredniego kontaktu ciała z potencjalnymi trygerami wywołującymi wyprysk atopowy.

EFEKT LECZNICZY

Mokre opatrunki tworząc barierę mechaniczną chronią skórę przed drapaniem, dodatkowo wywierają efekt przeciwzapalny, przeciwświądowy, chłodzący i mogą przyczynić się istotnie do redukcji ilości stosowanych miejscowych glikokortykosteroidów (mGKS)-tak zwanych „maści sterydowych”. Wyroby medyczne do mokrych i suchych opatrunków (bandaże oraz odzież marki Comfifast™), dostępne w Polsce, produkowane są w specjalnej technologii, Multistretch™, co sprawia, że materiał idealnie dopasowuje się do ciała i nie przesuwają się, gdy pacjent jest w ruchu oraz podczas drapania. Jest to bardzo istotna funkcja, ▸



„Teatralna poprawa”-pacjent po 3 dniach stosowania WWT (bez użycia mGKS i mIK)

gdyż w takim przypadku nie dochodzi do mechanicznego zcieńczania naskórka, który u pacjentów atopowych jest dysfunkcyjny i musi podlegać specjalnej ochronie. W tym aspekcie nie rekomenduje się w stosowaniu WWT „zamiennie/na zastępstwo” tradycyjnych, dostępnych na rynku bandaży lub tym bardziej bandaży elastycznych. Stosowanie WWT bez użycia specjalistycznych wyrobów medycznych dedykowanych tej metodzie może mieć skutek odwrotny i szkodzić.

Poprzez obniżenie przesnaskórkowej utraty wody (TEWL), zwiększenie nawilżenia naskórka i zwiększenie wydzielania ciałek lamelarnych, dochodzi do odbudowy powłoki lipidów międzykomórkowych warstwy rogowej oraz przywrócenia funkcji uszkodzonej bariery naskórkowej.

Spektakularną poprawę w aspekcie poprawy stanu skóry (rysunek powyżej), hamowania odpowiedzi zapalnej i zmniejszenia rumienia atopowego (wazokonstrykcja), uzyskuje się już po 3-7 dniach leczenia mokrymi opatrunkami. Tymczasem efekt redukcji odczucia świądu (nawet do 74%), uzyskuje się bezpośrednio po pierwszym użyciu WWT, przed snem. Zwykle przez pierwsze 7 dni terapia prowadzona jest podczas hospitalizacji lub w warunkach oddziału dziennego. Z dostępnych informacji wynika, że na dzień dzisiejszy, ambulatoryjnie, u pacjentów, mokre opatrunki stosuje się już z powodzeniem w następujących polskich placówkach medycznych:

- Klinika Alergologii, Dermatologii i Wenerologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
- Klinika Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;

- Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie;
- Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;
- Oddział Alergologii IGiCHP w Rabce Zdrój;
- Oddział Alergologii Szpital Dziecięcy „Polanki” w Gdańsku
- Oddział Dermatologii, Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach
- Oddział Alergologii Dziecięcej, Szpital im. Św. Ludwika w Krakowie

W powyższych placówkach przedstawiciele Firmy **BestMedicalBrands** -wyłącznego dystrybutora w Polsce marki Comifast™ (odzież specjalistyczna i bandaże do mokrego opatrunku), przeprowadzili szkolenia praktyczne dla kadry medycznej z zakresu stosowania Wet Wrap Therapy.

Jedna aplikacja mokrego opatrunku na oddziale szpitalnym może trwać od 3 do 24h. Następnie leczenie kontynuowane jest w domu przez kolejne 4 dni (do 7 dni w ciężkich przypadkach), z zastosowaniem substancji aktywnej, tylko na skórę zajęta przez zmiany chorobowe. Dalsze ewentualne leczenie podtrzymujące trwa przez kolejne 4 dni w tygodniu. Uwodnienie, a także częściowa okluzja poprzez opatrunki zwiększają równocześnie przezskórną absorpcję leku. W badaniach porównujących efektywność stosowania mGKS i emolientów w WWT wykazano lepszą poprawę indeksu **SCORAD**  w przypadku stosowania mGKS i porównywalne obniżenie TEWL w obu przypadkach. Natomiast kolonizacja gronkowcem złocistym uległa zmniejszeniu tylko pod wpływem leczenia mGKS.

STOSOWANIE GLIKOKORTYKOSTEROIDÓW ŁĄCZNIE Z WWT

Ostatecznie, stosowanie mokrych opatrunków ma, co najmniej zredukować ilość stosowanych glikokortykosteroidów miejscowych (mGKS), a w niektórych przypadkach doprowadzić do całkowitej rezygnacji ze stosowania „maści sterydowych”. W niektórych przypadkach, jednak, stosowanie mGKS jest nieuniknione, szczególnie w początkowej fazie leczenia. Lekarz prowadzący, zapisując pacjentowi mGKS, powinien zostać wyposażony w wiedzę o jednoczesnym stosowaniu WWT, aby móc w ten sposób zaproponować prawidłowe stężenia oraz odpowiednie stopnie rozcieńczenia mGKS. Zgodnie z dostępnym piśmiennictwem i badaniami, najczęściej stosowanym mGKS jest propionian ►

flutikazonu lub furoinian mometazonu w rozcieńczeniu 5% lub 10%, czyli rozcieńczenie 0, 05% propionian flutikazonu 1: 19 (na twarz, ciało u niemowląt) i 1:9 (ciało) lub 1:3 (ciało). U dzieci poniżej 2 roku życia zalecane jest często rozcieńczenie 1:20. Inne spotykane rozcieńczenia to 1: 4, 1: 10 i 1: 20 w zastosowaniu 1x dziennie. U niemowląt poniżej 1 r.ż. stosowany był też 0, 5% hydrokortyzon, a u dzieci powyżej 1r.ż. walerianian betametazonu 0, 01% krem.

MOŻLIWE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Działania niepożądane metody WWT (w przypadku stosowania łącznie z mGKS), dotyczyły objawów dyskomfortu, dreszczy, uczucia chłodu. Często występowało zapalenie mieszków włosowych (*folliculitis*). Rzadko obserwowano liszajec zakaźny oraz infekcje wirusowe (*herpes*). W trakcie terapii mokrymi opatrunkami monitorowano parametry wzrostu oraz poranny poziom kortyzolu na czczo. Nie notowano zaburzenia wzrostu u dzieci poddanych WWT. Raportowano przejściowe poranne zmniejszenie poziomu kortyzolu. Przy terapiach krótkoterminowych nie obserwowano przedłużonej supresji nadnerczy. Podczas długoterminowego aplikowania mokrych opatrunków z mGKS u dwóch pacjentów dorosłych doszło do zahamowania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, przy czym jedna z tych osób dodatkowo przyjmowała steroidy wziewne.

Celem zredukowania ryzyka działań niepożądanych

WWT sugeruje się prowadzenie edukacji, monitorowanie pacjentów, kontrolę wagi i wzrostu, a jeśli to konieczne także mierzenie poziomu kortyzolu. Proponowany schemat to pomiar porannego kortyzolu przed terapią i po 1, 3, 4, 6 tygodniach oraz co 2-3 m-ce. W metodzie tej większą efektywność wykazują opatrunki z mGKS niż z emolientami (poziom dowodu klasy III, stopień B). Rozcieńczanie mGKS (5-10%) i jego aplikacja tylko raz dziennie może zmniejszyć ryzyko działań ogólnoustrojowych. Przeciwwskazaniem do prowadzenia terapii mokrymi opatrunkami jest podejrzenie wyprysku opryszczkowego (*eczema herpeticum*). Przy nadkażeniu bakteryjnym, powinno się opóźnić aplikację WWT przynajmniej o 48 do 72h od czasu rozpoczęcia antybiotykoterapii. WWT nie powinno stosować się u dzieci poniżej 6. Miesiąca życia oraz w okresie dojrzewania płciowego (> 12. roku życia), który sprzyja powstawaniu rozstępów skórnych.

Mokre opatrunki stanowią skuteczną opcję terapeutyczną dla ciężkiego (SCORAD > 50) przewlekłego i opornego na leczenie AZS. Aktualnie sugeruje się, aby mokre opatrunki stosować w przypadkach AZS, w których terapia miejscowa jest niewystarczająca, przed włączeniem leczenia systemowego. Ta prosta, bezpieczna i niezwykle skuteczna terapia jest dobrze tolerowana przez dzieci i w istotny sposób poprawia jakość życia i snu zarówno pacjentów z AZS jak również ich rodzin.

NAJCZĘSTSZE PYTANIA

Odpowiadamy na najczęstsze pytania związane ze stosowaniem mokrych opatrunków, a zgłaszane przez pacjentów oraz opiekunów dzieci z Atopowym Zapaleniem Skóry.

Czy dziecko się nie przeziębii?

Zdecydowanie nie. W metodzie mokrego opatrunku stosuje się 2 warstwy odzieży lub bandaża wiskozowego w formie rękawa, przy czym warstwą mokrą jest warstwa wewnętrzna. Zewnętrzna warstwa pozostaje sucha, i jest stosowana właśnie po to, aby nie doprowadzić do przeziębienia.

Jak prać produkty Comfast™, ręcznie czy w pralce?

Bez względu na to czy są to elementy odzieży czy bandaż, bez problemu pierzemy je w pralce automatycznej, w temperaturze max. 60 stopni C. Z doświadczenia wiemy, że pranie ręczne ze względu na delikatność tkaniny jest

niewskazane i może doprowadzić do szybszego zużycia materiału. Poza tym po użyciu szczególnie warstwa mokra powinna zostać wyprana w wyższej temperaturze, po to, aby pozbyć się pozostałości tłustych maści, kremów czy emolientów, które aplikowano wcześniej na skórę.

Czy Comfast™ należy wyprać przed pierwszym użyciem?

Nie. Zarówno elementy odzieży jak i bandaż są „pre-washed”, co oznacza, że nie muszą być wyprane przed pierwszym użyciem-są gotowe do aplikacji bezpośrednio po wyjęciu z pudełka. ▸

Czy metoda mokrych opatrunków nadaje się do stosowania zimą skoro obniża nieznacznie temp. ciała?

Metoda mokrych opatrunków poza podstawową funkcją redukcji uczucia świądu, również zwiększa absorpcję emolientów i wydłuża czas ich działania na skórę. W tym aspekcie, w sezonie grzewczym, gdy skóra narażona jest szczególnie na suchość i dodatkowy świąd, stosowanie mokrego opatrunku jest tym bardziej wskazane.

Czy można zrobić warstwę mokrą, nie z odzieży tylko z bandaży?

Oczywiście, zarówno elementy odzieży jak i bandaże wykonane są z tego samego materiału i stosowane mogą być zamiennie i w zależności od zapotrzebowania i miejsc, które chcemy opatrzyć. Elementy odzieży stosujemy, gdy chcemy pokryć większą część ciała lub dotrzeć do miejsc trudno dostępnych dla bandaży lub gdy chcemy osiągnąć dodatkowe zabezpieczenie, (aby dziecko za łatwo nie zdjęło opatrunku, bandaże stosujemy zaś, gdy chcemy wykonać opatrunek miejscowy.) Tak czy inaczej produkty Comffast™ w mokrym opatrunku stosujemy w dowolnych konfiguracjach-w metodzie mokrego opatrunku ważne jest, aby stosować 2 warstwy (mokrą i wierzchnią suchą) -taki efekt można uzyskać stosując np. 2 elementy odzieży (np. 2 pary legginsów) lub warstwy mokrej z bandaży i na to warstwę suchej z legginsów lub obydwu warstw z bandaży.

Czy po czasie przewidzianym na stosowanie mokrych opatrunków, można wykorzystać koszulkę do opatrunków suchych?

Oczywiście. Produkty Comffast™ stosowane są zarówno w metodzie mokrego jak i suchego opatrunku (metody różnią się osiąganymi efektami w praktyce), a w technologii stosowania różnią się ilością warstw zakładanych na skórę (2 warstwy w opatrunku mokrym i 1 warstwa w opatrunku suchym).

Czy jeśli stosuje się mokry opatrunek i na to drugą suchą warstwę, to czy nie ma obaw, że warstwa sucha (zewnątrzna), przemoczy się?

Warstwę mokrą przygotowuje się w taki sposób, że po namoczeniu i przed założeniem na skórę wyciska się w taki sposób, aby pozbyć się nadmiaru wody, (aby nie kapąło). Po założeniu na skórę, ciepłota ciała powoduje odparowywanie wody przez obydwie warstwy i nie do-



fot. Archiwum prywatne

chodzi do bezpośredniego zamknięcia warstwy suchej-zewnętrznej.

Czy jeśli jest wysięk na ranie to nie przeszkadza w stosowaniu mokrego opatrunku?

Nie ma problemu o ile nie doszło do zakażenia bakteryjnego skóry. W przypadkach nadkażeń i zakażeń nie stosuje się mokrego opatrunku, ponieważ środowisko o dużej wilgotności sprzyja kolonizacji bakterii. W przypadkach sączących ran i zakażeń rekomenduje się używanie specjalistycznej bakteriobójczej odzieży pokrytej srebrem.

Czy ubranka można stosować, na co dzień pod normalnym ubraniem (do przedszkola, do szkoły, na spacer)?

Zdecydowanie tak. Opatrunki w formie odzieży zostały zaprojektowane w taki sposób, aby noszone pod ubraniem wierzchnim zabezpieczały skórę, którą ▸

w takim przypadku można sówicie nasmarować emolientem, (który szybciej się wchłania i działa dłużej) i bez obaw, że emolient lub krem lub maść wetrze się w ubranie zasadnicze. Dodatkowo opatrunki wykonane są w taki sposób, aby podczas wykonywania ruchów, nie ograniczały swobody noszącego oraz aby nie przesuwaly się po skórze i nie powodowały kolejnych uszkodzeń naskórka i dodatkowego świądu.

Czy stosując jednocześnie maści sterydowe, można przeprowadzać mokry opatrunek?

Można. Przy czym należy pamiętać, że idea mokrych i suchych opatrunków opiera się o założenie ostatecznego zredukowania stosowanych ilości albo całkowitej eliminacji z leczenia AZS ciężkich glikokortykosteroidów miejscowych. Gdy sytuacja tego wymaga i lekarz zaleca stosowanie tzw. maści sterydowych-w przypadku, gdy przeprowadza się jednocześnie opatrunek mokry lub suchy, należy stosować lek łagodniejszy lub o mniejszym stężeniu lub rozcieńczony z emolientem. Generalnie w sytuacji, gdy stosuje się mokre opatrunki i jednocześnie lekarz zaleca stosowanie miejscowych maści sterydowych, należy poinformować lekarza o fakcie stosowania opatrunków w celu zweryfikowania mocy leku. Generalizując metoda mokrego i suchego opatrunku poprzez efekt okluzji częściowej wzmacnia działanie leku na skórę.

Co zrobić, gdy w nocy mokry opatrunek wyschnie i dziecko ponownie zaczyna się drapać lub budzi się ze świądem?

Metoda mokrego opatrunku opiera się o 3 efekty, jednym z nich jest parowanie. Faktycznie zrobiony przed snem mokry opatrunek, w środku nocy wysycha. Jeżeli dochodzi do takich sytuacji i dziecko wybudza się i się drapie, lub gdy dziecko wybudziło się i nie może zasnąć, w takim przypadku należy ponownie dostarczyć wodę na warstwę mokrą. Oczywiście nie przeprowadzamy całej procedury od początku, lecz u dziecka „na śpiocha” odchylamy warstwę wierzchnią (suchą) i na warstwę wewnętrzną (mokrą) ponownie наносimy wodę albo poprzez użycie wilgotnej szmatki albo spryskując wodą termalną w aerozolu. Ponowne naniesienie wody odnowi proces parowania i stymulacji zakończeń nerwowych, co ponownie zredukuje świąd.

Opatrunki w formie odzieży mają swoją ograniczoną

wytrzymałość po jakimś czasie puszczaają w szwach i robią się oczka, co wtedy?

Tkanina, z której wykonany jest opatrunek jest delikatna i oddychająca. Z czasem ulega uszkodzeniom mechanicznym to normalny objaw. Przy czym nawet dziurki, przedarcia, oczka itp. de facto nie umniejszają właściwości związanych z opatrywaniem skóry atopowej.

Ile muszę kupić produktów, aby przeprowadzić mokry opatrunek np. tylko na nóżkach dziecka?

W zależności od przyjętej techniki. Do mokrego opatrunku potrzebujemy 2 warstw. Struktura jednak jest dowolna. Można, zatem użyć 2 par legginsów, można też założyć 2 warstwy bandaży w formie rękawa lub można też przyjąć model mieszany, to znaczy jedna warstwa np. z legginsów i jedna warstwa z bandaży.

W jakiej wodzie moczyć warstwę mokrą?

Warstwa mokra powinna być namoczona w wodzie raczej cieplej. Czy to powinna być woda kranowa czy przegotowana, zależne jest od tego, w jakiej wodzie, pacjent z AZS myje się, na co dzień. Jeśli używana jest woda z kranu, w takim przypadku, takiej samej wody używamy do mokrego opatrunku.

Jak często należy prać odzież lub bandaże do mokrego opatrunku?

Generalnie zaleca się, aby przynajmniej element odzieży lub bandaży, który był wykorzystany, jako warstwa mokra, w mokrym opatrunku – ta warstwa, która miała styczność jednocześnie ze skórą jak i emolientem/kremem/lekarstwem, wyprana była po każdym użyciu (po nocy lub po dniu noszenia).

Czym się różni w działaniu stosowanie opatrunku mokrego od opatrunku suchego?

W zależności od oczekiwań i postaci AZS. W atopii o przebiegu umiarkowanym i łagodnym, gdy nie mamy do czynienia z uporczywym świądem uniemożliwiającym normalne funkcjonowanie i zaburzającym sen-rekomenduje się stosowanie opatrunku suchego z jednej warstwy bandaży lub odzieży.

Czy w mokrym opatrunku skóra „oddycha”?

Tak, wyroby medyczne do mokrych i suchych opatrunków Comfast™, są tak zaprojektowane, aby były „lekkie”, przewiewne i „oddychające”. ▸

Piśmiennictwo

Oranje AP, Devillers AC, Kunz B et al. Treatment of patients with atopic dermatitis using wet-wrap dressings with diluted steroids and/or emollients. An expert-panel's opinion and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 1277-1286.

Goodyear HM, Spowart K, Harper JL. 'Wet-wrap' dressings for the treatment of atopic eczema in children. *Br J Dermatol* 1991;125:604.

AD.Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. *Dermatologie Und Venerologie*. 4. Auflage. Springer-Verlag, Berlin, 1995

Oranje AP, Wolkerstorfer A, De Waard-van der Spek FB. Treatment of erythrodermic atopic dermatitis with 'wet-wrap' fluticasone propionate 0.05% cream/emollient 1/1 dressings. *J Dermatol Treat* 1999; 10: 73-74.

Tang WY, Chan HH, Lam VM, et al. Outpatient, short-term, once-daily, diluted, 60.1% momethason- furoate wet-wraps for childhood atopic eczema. *J Dermatol Treat* 1999; 10: 157-163.

Lee JH, Lee SJ, Kim D, Bang D. The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:1360-8.

Devillers AC, Oranje AP. Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:24-7.

Janmohamed SR, Oranje AP, Devillers AC, et al. The proactive wet-wrap method with diluted corticosteroids versus emollients in children with atopic dermatitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:1076-82

Albarrán-Planelles C, Jiménez-Gallo D, Linares-Barrios M, Martínez-Rodríguez A. Our experience with wet-wrap treatment. *Actas Dermosifiliogr*, 2014 Apr;105(3):e18-21.

Schnopp C., Holtmann C., Stock S. et al. Topical steroids under wet-wrap dressings in atopic dermatitis – a vehicle-controlled trial. *Dermatology* 2002, 204: 56-59).

Oranje AP. Evidence - Based Pharmacological Treatment of Atopic Dermatitis: An Expert Opinion and New Expectations. *Indian J Dermatol*. 2014; 59: 140-2.

Devillers AC, Oranje AP. Efficacy and safety of 'wet-wrap' dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. *Br J Dermatol*. 2006;154:579-85.

McGowan R, Tucker P, Joseph D et al. Short-term growth and bone turnover in children undergoing occlusive steroid ('wet-wrap') dressings for treatment of atopic eczema. *J Dermatol Treat* 2003; 14: 149-152

Wolkerstorfer A, Visser RL, de Waard van der Spek FB et al. Efficacy and safety of wet-wrap dressings in children with severe atopic dermatitis: influence of corticosteroid dilution. *Br J Dermatol* 2000; 143: 999-1004.

Lee BW, Detzel PR. Dermatitis and economic burden of illness in Asia Pacific countries. *Ann Nutr Metab* 2015;66 (suppl 1):18-24.

Nowicki R, ABC AZS-Atopowe Zapalenie Skóry w pytaniach i odpowiedziach, 2015;

Nowicki R, Trzeciak M, Godziątkowski H. *Mokre Opatrunki-warsztaty*, 2018; 14. Akademia Dermatologii i Alergologii



best medical
BRANDS



Sprawdź na www.sklepatopika.pl

**Wyłączny dystrybutor w Polsce bandaży i odzieży
do mokrych opatrunków marki ComfiFast™**