



ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

PORADNIK
dla pacjentów i opiekunów

LEO® RI LEO® 11/styczeń 2021
© Wszystkie wykorzystane znaki towarowe
należą do LEO Pharma AS

LEO Pharma Sp. z o.o.
ul. Marynarska 15
02-674 Warszawa
tel. (22) 244 18 40
www.leo-pharma.com



dr hab n. med. Magdalena Trzeciak
specjalista dermatolog-wenerolog, specjalista alergolog

Współpraca – Monika Łobaza

*Dziękuję Koleżankom – specjalistkom alergologii,
dermatologii i pediatrii oraz Pacjentom chorującym
na atopowe zapalenie skóry za konsultacje
i cenne uwagi podczas powstawania Poradnika.*



SPIS TREŚCI:

CZĘŚĆ I – WSTĘP

1. Czym jest atopowe zapalenie skóry?	4
2. Przyczyny AZS	4
3. Objawy i obraz kliniczny AZS	6
4. Diagnostyka i rozpoznanie	7
5. SCORAD	9
6. Czynniki nasilające przebieg AZS	9

CZĘŚĆ II – LECZENIE

1. Leczenie miejscowe	11
2. Terapia proaktywna	14
3. Leczenie przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe	14
4. Leczenie ogólne	14
5. Fototerapia, czyli leczenie światłem	16
6. Dieta eliminacyjna w AZS	16
7. Łagodzenie świądu	18

CZĘŚĆ III – PIELĘGNACJA SKÓRY ATOPOWEJ

1. Oczyszczanie i higiena skóry	20
2. Jak prawidłowo aplikować emolienty?	21

CZĘŚĆ IV – POMOCNE DLA PACJENTA

1. Aspekt psychologiczny w AZS	23
2. Szkoły Atopii	24
3. AZS w pytaniach i odpowiedziach	24

● CZĘŚĆ I – WSTĘP

● 1. Czym jest atopowe zapalenie skóry?

Atopowe zapalenie skóry (AZS), inaczej zwane wypryskiem atopowym, to przewlekła choroba skóry, która przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. Charakteryzuje ją wybitnie nasilony świąd, suchość i zaczerwienienie skóry oraz występowanie wykwitów skórnych takich jak: grudki, nadżerki, przeczasy (powierzchnowe, linijne ubytki w skórze świadczące o drapaniu i świądzie).

Za powstanie AZS odpowiedzialne są mechanizmy genetyczne, zaburzenia immunologiczne, uszkodzenie bariery naskórkowej, czynniki środowiskowe i zachwianie równowagi w składzie mikrobiologicznym skóry.

Częstość występowania AZS u dzieci wynosi średnio 10-15%. Ponad połowę rozpoznać ustala się przed końcem 1 r.ż., a 90% przed ukończeniem 5 r.ż. U ok. 5-20% pacjentów choroba przetrwa do wieku dorosłego. Z powodu AZS cierpią również osoby dorosłe – ok. 5-10%.

Występowanie atopowego zapalenia skóry jest częstsze w krajach uprzemysłowionych oraz trzykrotnie większe w dużych miastach niż na wsiach. Co więcej, w ciągu ostatnich 50 lat ilość zachorowań znacząco wzrosła. AZS może współistnieć z innymi chorobami takimi jak alergiczny nieżyt nosa, astma, alergia pokarmowa.

● 2. Przyczyny AZS

Za rozwój atopowego zapalenia skóry odpowiadają czynniki genetyczne, immunologiczne, mikrobiologiczne, środowiskowe oraz defekt bariery naskórkowej.

● *Genetyczne przyczyny AZS*

Ryzyko rozwoju AZS u dzieci rodziców obciążonych atopią czyli tych, u których występują lub rozpoznawano AZS, astmę, alergiczny nieżyt nosa, alergie pokarmową jest wyższe niż u osób zdrowych.

Podstawowe grupy genów, których zaburzenia odpowiadają za powstanie AZS to geny kodujące białka budujące naskórek oraz geny kodujące białka biorące udział w reakcjach immunologicznych/odpornościowych/zapalnych.

Filagryna jest jednym z białek tzw. koperty rogowej naskórka. Z filagryny powstaje czynnik naturalnie nawilżający skórę, zatem zmniejszenie ilości filagryny powoduje niedobór naturalnego czynnika nawilżającego i tym samym sprawia, że skóra jest sucha. Z brakiem filagryny związany jest także niekorzystny wzrost pH skóry. Z kolei podwyższone pH skóry stwarza niesprzyjające warunki dla syntezy lipidów (tłuszczy) wypełniających przestrzenie międzykomórkowe w najbardziej zewnętrznej warstwie skóry czyli w warstwie rogowej.

Wykazano silny związek mutacji w genie kodującym filagrynę (FLG) a predyspozycją do rozwoju atopowego zapalenia skóry. Posiadanie mutacji w genie kodującym filagrynę związane jest także z podwyższonym poziomem IgE w surowicy, ciężkim przebiegiem AZS oraz współwystępowaniem astmy.

● *Immunologiczne przyczyny AZS*

Atopowe zapalenie skóry jest silnie związane z nieprawidłową funkcją niektórych składowych układu odpornościowego/immunologicznego takich jak limfocyty, mastocyty, komórki Langerhansa.

Wiodącą rolę odgrywają tu limfocyty Th2 (tzw. pomocnicze), które wytwarzają nadmierne ilości cytokin- białek odpowiedzialnych za wzniecanie reakcji zapalnej (np. IL-4, IL-13), czy powstanie świądu (IL-31). Równolegle z nimi nadmierną aktywność mogą przejawiać limfocyty Th17, Th22 i Th1, które produkują szereg cytokin zaangażowanych w powstanie i podtrzymywanie stanu zapalnego w skórze. Przewaga i dominacja wskazanych limfocytów i cytokin zależnie od wieku pacjentów, ich pochodzenia etnicznego, okresu choroby. Stan zapalny w skórze wzmacniany jest także pod wpływem cytokin pochodzących bezpośrednio z uszkodzonego naskórka takich jak (IL-33, TSLP, IL-25). Ponadto AZS charakteryzuje podwyższony poziom immunoglobuliny E w surowicy krwi, który charakteryzuje wszystkie choroby atopowe. Warto jednak zaznaczyć, że podwyższony poziom IgE może występować także w innych chorobach, a AZS może rozwijać się także u pacjentów, u których poziom IgE mieści się w granicach normy.

● *Defekt bariery naskórkowej w AZS*

Defekt bariery naskórkowej w AZS prowadzi do zaburzenia funkcji obrony mechanicznej/fizycznej, mikrobiologicznej oraz immunologicznej skóry. Rozciąga się przez kilka poziomów. Rozpoczyna w warstwie rogowej zaburzeniem składu białek koperty rogowej oraz niedoborem lipidów uszczelniających przestrzenie międzykomórkowe warstwy rogowej sięgając do zaburzeń w obszarze tzw. ścisłych połączeń (tight junction) w skórze. Ponadto obejmuje ono upośledzenie wrodzonej obrony przed mikroorganizmami. Niedobór tzw. peptydów antybakteryjnych skóry ułatwia jej zasiedlanie przez mikroorganizmy w tym gronkowca złocistego.

Skóra w atopowym zapaleniu skóry jest nieszczelna, łatwa do penetracji i skłonna do nadkażeń.

Charakteryzuje ją nadmierna przeznaskórkowa utrata wody (TEWL).

● **Mikrobiota skóry w AZS**

W AZS dochodzi do zaburzenia równowagi w składzie mikrobiologicznym skóry. W okresie zaostrzeń choroby dominuje gronkowiec złocisty. Poprzez liczne mechanizmy prowadzi on do nasilenia stanu zapalnego i świądu skóry oraz uszkodzenia bariery naskórkowej.

● **Czynniki środowiskowe**

W 25% na rozwój oraz zaostrzenie objawów AZS mają wpływ czynniki środowiskowe. Są to: zanieczyszczenie środowiska (głównie powietrza), alergeny pokarmowe oraz wziewne, temperatura i wilgotność powietrza, nadmierny stres, palenie papierosów, nie karmienie noworodków piersią.



● **3. Objawy i obraz kliniczny AZS**

Atopowe zapalenie skóry jest chorobą różnorodną/heterogenną. Oznacza to, że wygląd oraz lokalizacja zmian skórnych mogą różnić się między pacjentami w zależności od wieku, stopnia nasilenia oraz fazy choroby (ostrej lub przewlekłej). Obok zmian skórnych o charakterze wypryskowym, objawem najbardziej uporczywym i jednocześnie charakterystycznym dla AZS i obecnym we wszystkich grupach wiekowych, niezbędnym do postawienia diagnozy jest świąd skóry.

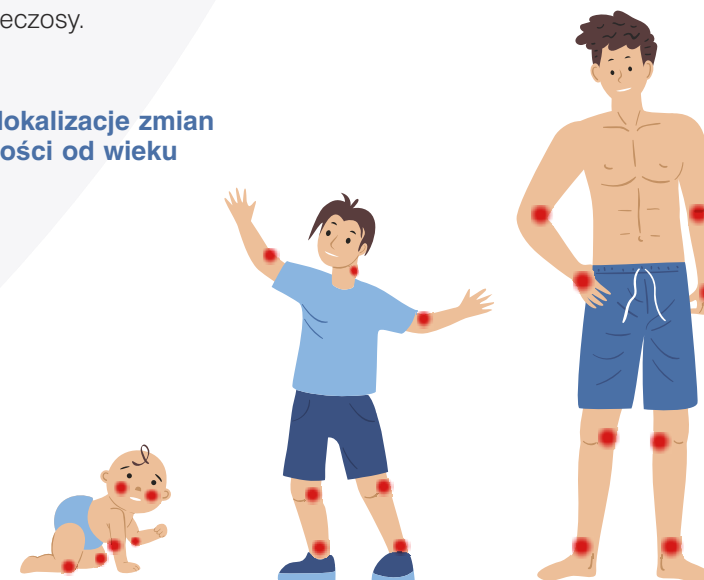
Wykwity skórne w ostrej fazie choroby to grudki, nadżerki oraz przeczosy widoczne na tle czerwonej, zapalnej skóry. Może im towarzyszyć sączenie, wtórne nadkażenie bakteryjne-złuszczenie. Z kolei w fazie przewlekłej skóra jest sucha oraz wykazuje cechy pogrubienia i wzmożonego poletkowania (skóra wygląda jak oglądana przez szkło powiększające). Taki obraz nazywamy lichenifikacją.

We wczesnym dzieciństwie, a więc **do ukończenia 2 r.ż.** wykwity skórne w przebiegu AZS zlokalizowane są w okolicy twarzy, głównie na policzkach oraz na wyprostnych powierzchniach kończyn, czyli bocznej powierzchni ramion, grzbietach rąk oraz przedniej powierzchni ud i grzbietach stóp. Mają one charakter ognisk rumieniowo-wysiękowych, czasami przyjmują postać wyprysku pieniążkowego, czyli okrągłych ognisk wyraźnie ograniczonych od skóry zdrowej.

W dziecięcej postaci AZS (**od 2 do 12 roku życia**) zmiany skórne występują głównie w zgięciach łokciowych i podkolanowych oraz na szyi i karku. Są one nieostro odgraniczone od skóry niezmienionej. W obrazie dominują grudki, nadżerki, strupy, przeczosy, lichenifikacja, która jest zazwyczaj mniej nasilona niż w wieku późniejszym.

U nastolatków oraz osób dorosłych zmiany lokalizują się podobnie jak w poprzedniej grupie wiekowej, jednak dodatkowo obejmują grzbiety rąk, przedramiona, a w obrębie twarzy: czoło, okolicę ust oraz oczodołów. Dominuje szorstkość skóry, jej pogrubienie oraz grudki, nadżerki i przeczosy.

Typowe lokalizacje zmian w zależności od wieku



● **4. Diagnostyka i rozpoznanie**

● **Jak lekarz ustala rozpoznanie?**

Rozpoznanie AZS ustala lekarz na podstawie dokładnie zebranego wywiadu lekarskiego oraz wyniku badania pacjenta z oceną charakteru wykwitów skórnych. Najczęściej choroba diagnozowana jest na podstawie objawów klinicznych. Jednostki chorobowe wymagające zróżnicowania z AZS wymieniono w tabeli 2. Lekarz może zdecydować o potrzebie wykonania badań dodatkowych celem pogłębienia diagnostyki i/lub przeprowadzenia diagnostyki różnicowej.

W Polsce do rozpoznania AZS najczęściej stosuje się kryteria diagnostyczne Hanifin'a i Rajki.

Tabela 1.

KRYTERIA DUŻE	KRYTERIA MAŁE	
– świąd skóry – przewlekły i nawrotowy przebieg choroby – typowe umiejscowienie zmian skórnych – atopia u pacjenta lub w wywiadzie rodzinnym	– suchość skóry (xerosis) – rybia łuska lub rogowacenie przymieszkowe – dodatnie wyniki punktowych testów skórnych – zwiększone stężenie IgE (atopia) – wczesny wiek wystąpienia zmian – nawracające zakażenia skóry – nieswoisty wyprysk rąk i/lub stóp – wyprysk sutków – zapalenie czerwieni warg (<i>cheilitis</i>) – nawrotowe zapalenie spojówek – stożek rogowki (<i>keratokonus</i>) – zaćma podtorebkowa	– zacienienie wokół oczu – objaw Denniego i Morgana (fałd oczny) – biały dermatografizm – przedni fałd szyjny – świąd skóry po spoceniu – nietolerancja pokarmów – nietolerancja wełny – zaostrzenie po stresie – rumień twarzy – łupież biały – podkreślenie/akcentacja mieszków włosowych

Tabela 2.

JEDNOSTKI CHOROBOWE WYMAGAJĄCE RÓŻNICOWANIA Z AZS		
– łojotokowe zapalenie skóry – trądzik niemowlęcy – prosaki – rybia łuska – rogowacenie mieszkowe – potówki – teleangiektazje – zaburzenia naczyniowe – łuszczyca – łupież różowy Giberta	– pityriasis lichenoides chronica – grzybica skóry – alergiczne kontaktowe zapalenia skóry – kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia – wyprysk pieniążkowy – liszaj płaski – choroba Duhringa – chłoniaki pierwotnie skórne T komórkowe	– infekcje: bakteryjne, wirusowe, grzybicze – niedobory odporności: np. zespół Hioba, zespół Omen, zespół Wiskotta-Aldricha – acrodermatitis entheropatica – mastocytoza – histiocytoza X – NLE – toczeń noworodków

● Diagnostyka AZS

W zależności od wywiadu lekarskiego, wyniku badania, objawów dodatkowych, wieku chorego diagnozowanie pacjenta z AZS może być uzupełnione o testy alergologiczne. Stosuje się je w celu wykrycia czynników, które mogą wywoływać lub zaostrzać objawy AZS. Nie są one niezbędne do postawienia rozpoznania. U 30% pacjentów testy diagnozujące alergię IgE-zależną mogą być ujemne, co jak wspomniano wyżej, nie wyklucza rozpoznania choroby.

Najczęściej wykonywane badania w AZS to punktowe testy skórne (skin prick test), naskórkowe testy płatkowe oraz badanie stężenia swoistych przeciwciał IgE we krwi (NTP).

5. SCORAD

Popularnym narzędziem służącym do oceny nasilenia atopowego zapalenia skóry jest skala SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis). Bierze się w niej pod uwagę trzy składowe – powierzchnię ciała dotkniętą zmianami wypryskowymi, intensywność tych zmian oraz subiektywne objawy odczuwane przez pacjenta, takie jak świąd czy zaburzenia snu. Skala ta dostępna jest również w wersji dla pacjenta w formie aplikacji na urządzenia mobilne oraz stacjonarne. Dzięki niej można w łatwy i szybki sposób samodzielnie ocenić nasilenie choroby. Ułatwia ona współpracę lekarz – pacjent oraz pozwala na śledzenie okresów remisji i zaostrzeń choroby i przypomina o stosowaniu leczenia.

Wersja do pobrania (Apple Store, Android, Mac, PC) dostępna jest pod adresem: www.poscorad.com

6. Czynniki nasilające przebieg AZS

Dużą rolę w walce z atopowym zapaleniem skóry odgrywa identyfikacja czynników nasilających przebieg AZS i unikanie ich. Jest to proces wymagający cierpliwości oraz wnikliwej obserwacji, zarówno ze strony pacjenta jak i lekarza. Najczęstszymi czynnikami nasilającymi przebieg choroby są:

- substancje drażniące (mydła, detergenty, substancje zapachowe, niektóre tkaniny)
- alergeny powietrzno pochodne (pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, alergeny sierści zwierząt)
- czynniki klimatyczne (temperatura, wilgotność powietrza)
- alergię pokarmową (mleko krowie, jaja kurze, soja, orzechy, ryby, owoce morza, pszenica)
- stres
- gospodarka hormonalna
- palenie papierosów

U około 30% niemowląt oraz małych dzieci z AZS rozpoznaje się współistniejącą alergię pokarmową i może być ona przyczyną zaostrzeń wyprysku atopowego. Z kolei u dzieci starszych oraz dorosłych to głównie alergeny powietrzno pochodne stanowią powód pogorszenia stanu skóry.

Pomocnymi w identyfikacji czynników nasilających przebieg AZS mogą okazać się testy alergologiczne. Pozwalają one wykryć obecność alergii wziewnej lub pokarmowej. Należy pamiętać, że samo uczulenie potwierdzone w testach alergologicznych to za mało, aby z całą pewnością zidentyfikować czynnik nasilający chorobę. Konieczne jest wykazanie związku z nara-

żeniem na uczulający pokarm lub alergen wziewny a pogorszeniem stanu skóry. W tym celu przydatne okazać się może prowadzenie przez pacjenta lub jego rodzica dzienniczka. Należy zapisywać w nim informacje na temat spożytych posiłków lub narażenia na alergen wziewny (np. kontakt z kotem sąsiada) i ewentualne objawy niepożądane, które się wtedy pojawiły.

Należy podkreślić, że zalecane jest unikanie alergenów klinicznie istotnych. To znaczy takich, które powodują nasilenie objawów chorobowych, a nie tych, na które zostało potwierdzone uczulenie w testach, a nie mają one żadnego związku z objawami.

Praktyczne wskazówki profilaktyki przeciwroztoczowej i przeciwpylkowej

PACJENT Z ALERGIĄ NA ROZTOCZA KURZU DOMOWEGO POWINIEN:

- przebywać w pomieszczeniach bez dywanów, wykładzin, firan i zasłon
- jeśli to możliwe, zrezygnować z mebli tapicerowanych w sypialni
- stosować odpowiednie pokrowce na materace, tworzące nieprzepuszczalną warstwę dla roztoczy
- regularnie sprzątać i wietrzyć pomieszczenia
- podczas sprzątania używać maseczki na twarz lub prosić o pomoc kogoś innego
- regularnie (co 10 dni) prać pościel w temperaturze $>55^{\circ}$
- zrezygnować z narzut na łóżko, poduszek ozdobnych oraz pluszowych zabawek – pluszaków
- trzymać zwierzęta domowe (jeżeli takie posiada) z dala od sypialni

PACJENT Z ALERGIĄ NA PYŁKI POWINIEN ŚLEDZIĆ AKTUALNE PROGNOZY I KALENDARZE PYLENIA. JEŻELI AKURAT PRZYPADA SEZON PYLENIA, PACJENT POWINIEN:

- w suche i wietrzne dni starać się pozostać w domu- najlepszą porą na spacer jest okres tuż po opadach deszczu, który pomaga usunąć pyłki z powietrza
- po powrocie ze spaceru zmienić ubranie oraz wziąć prysznic, celem splukania pyłków z ciała i włosów
- wietrzyć pomieszczenia w nocy, wczesnym rankiem lub podczas deszczowego dnia
- jadąc samochodem korzystać z klimatyzacji i starać się nie otwierać okien
- suszyć ubrania oraz pościel wewnątrz pomieszczeń, aby uniknąć osadzania się pyłków z powietrza na wypranych rzeczach
- jeżeli to możliwe, unikać wykonywania prac ogrodowych w czasie najwyższego pylenia
- regularnie sprzątać i odkurzać pomieszczenia
- wybierać miejsca na wakacje o najmniejszym zapyleniu

● CZĘŚĆ II – LECZENIE

Leczenie AZS rozpoczyna się od edukacji oraz prawidłowej pielęgnacji skóry. Obejmuje: unikanie czynników drażniących i klinicznie istotnych alergenów, leczenie miejscowe i ogólne.

● 1. Leczenie miejscowe

Podstawowym celem terapii miejscowej AZS jest prawidłowa pielęgnacja skóry (patrz Część III), odbudowa bariery naskórkowej oraz leczenie pojawiających się stanów zapalnych na skórze.

Komórki budujące najbardziej zewnętrzną warstwę skóry, warstwę rogową, możemy porównać do cegieł w murze. Zaprawą spajającą wszystkie „cegly” są lipidy: wolne kwasy tłuszczowe, cholesterol oraz ceramidy. U osób zdrowych poszczególne komórki skóry ściśle do siebie przylegają dzięki odpowiedniej zawartości substancji lipidowych. Skóra nie traci nawilżenia i stanowi barierę dla substancji drażniących, patogenów oraz alergenów. Skóra atopowa cechuje się zmniejszeniem zawartości lipidów, co sprawia, że „mur” nie jest wystarczająco szczelny. Występuje nadmierna utrata wody, skóra jest sucha, mało elastyczna i popękana. Pojawia się świąd oraz uczucie pieczenia. Dochodzi do ułatwionego wnikania patogenów i alergenów, które nasilają stan zapalny i powodują pogorszenie stanu skóry.

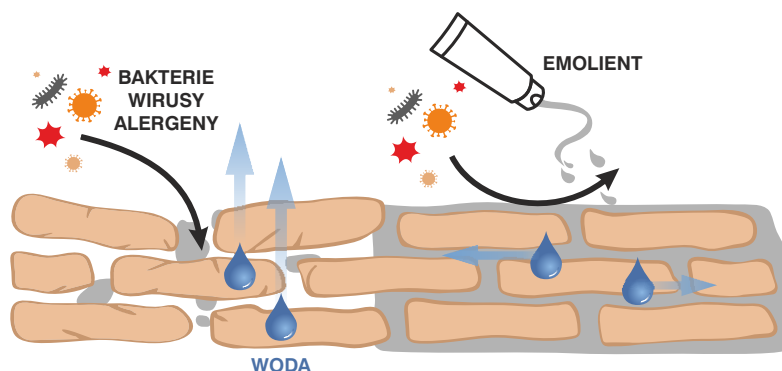
● Terapia emolientowa (patrz Część III)

W celu odbudowy bariery naskórkowej stosuje się odpowiednie preparaty emolientowe. Są to specjalistyczne dermokosmetyki dostępne w postaci kremów, balsamów, maści, żeli oraz emulsji. Redukują one objawy kliniczne atopowego zapalenia skóry, odbudowują płaszcz hydrolipidowy naskórka, zapobiegają nawrotom choroby, zmniejszają suchość skóry, pomagają niwelować świąd oraz stan zapalny. Dodatkowo wyraźnie ograniczają ilość stosowanych miejscowych glikokortykosteroidów (sterydów). Emolienty stosowane do leczenia AZS nie powinny zawierać substancji zapachowych, barwników ani konserwantów. Z kolei powinny zawierać w swoim składzie humektant, czyli higroskopijną substancję, która wiąże i zatrzymuje wodę w skórze np. glicerol, sorbitol, mocznik oraz substancje okluzyjne, które pozwalają stworzyć na skórze warstwę ochronną zapobiegającą utracie wody, np. wazelinę, parafinę, kwasy tłuszczowe.

Emolienty należy stosować minimum 2-3 razy dziennie na całe ciało. Nie powinno się zaprzestawać terapii emolientowej nawet, gdy widoczna jest znaczna poprawa w wyglądzie



skóry. W przypadku zmian zapalnych na skórze, najpierw stosuje się terapię przeciwzapalną. Aplikacja emolientu na takie zmiany może powodować pieczenie, dyskomfort a tym samym zniechęcić do ich stosowania w przyszłości.



● Leczenie przeciwzapalne – glikokortykosteroidy (mGKS)

Najpopularniejszą grupą leków stosowaną w leczeniu zmian zapalnych są miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS) potocznie zwane sterydami. Substancje te działają przeciwzapalnie oraz przeciwświądowo poprzez hamowanie uwalniania mediatorów reakcji zapalnej. Dostępne są w formie maści, kremów, żeli oraz aerozoli. Wybór postaci leku zależy od aktualnego stanu skóry i występujących na niej wykwitów. Ze względu na dużą suchość skóry atopowej najczęściej, choć nie zawsze, najlepiej sprawdzają się leki w postaci maści. Siła z jaką działają poszczególne kortykosteroidy jest różna w zależności od grupy substancji czynnej oraz podłoża, w którym jest ona zawieszona. Nie każdy preparat może być stosowany u najmłodszych.

Wiele osób obawia się stosowania mGKS ze względu na działania niepożądane. Należy jednak pamiętać, że miejscowe preparaty sterydowe przynoszą wiele korzyści i ulgę w dolegliwościach u pacjentów. W terapii AZS używane są od ponad 50 lat i wciąż pozostają jako terapia podstawowa w okresie zaostrzeń choroby. Stosowanie odpowiednio dobranego preparatu zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego jest bezpieczne, leczy chorobę i poprawia jakość życia pacjenta.

● Leczenie przeciwzapalne – miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK)

Drugą grupą leków stosowanych w leczeniu AZS są miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK)-takrolimus oraz pimekrolimus. Ich zasada działania polega na blokowaniu aktywacji limfocytów T oraz hamowaniu uwalniania cytokin prozapalnych.

Pimekrolimus i takrolimus są lekami, przeciwzapalnymi a ich działanie nie powoduje ścięczenia skóry i wpływa pozytywnie na regenerację bariery naskórkowej. Oba leki

w postaci miejscowej stosowane są do leczenia AZS u dorosłych oraz dzieci powyżej 2 roku życia. Szczególnie polecane są do stosowania w okolicach delikatnych np. na skórę twarzy, szyi, zgięć, okolicy narządów płciowych.

Pimekrolimus zalecany jest do leczenia w łagodnym i umiarkowanym AZS, a takrolimus ze względu na silniejsze działanie niż pimekrolimus, w leczeniu wyprysku atopowego o umiarkowanym i ciężkim nasileniu.

Leczenie miejscowe

LEK MIEJSCOWY	GŁÓWNE CECHY
emolienty	- są to hipoalergiczne dermokosmetyki - stosowane jako terapia podstawowa w AZS minimum 2-3 razy dziennie - mogą być jedyną formą terapii miejscowej, stanowić jej uzupełnienie lub podtrzymywać uzyskane okresy remisji - zawierają substancje okluzyjne, które zapobiegają przeznaskórkowej utracie wody, substancje nawilżające, czyli wiążące wodę humektanty oraz lipidy, które uszczelniają i odbudowują barierę naskórkową - zmniejszają objawy kliniczne AZS u dzieci i dorosłych - łagodzą świąd oraz zmniejszają suchość skóry
emolienty plus	to emolienty wzbogacone w dodatkowe substancje aktywne naturalnego pochodzenia, które wykazują pewne właściwości przeciwzapalne, przeciwświądowe, wspomagają naturalną odporność, regulują mikrobiom skóry, regenerują barierę naskórkową
miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS)	- to podstawowe leki przeciwzapalne w leczeniu zaostrzenia AZS - hamują uwalnianie mediatorów reakcji zapalnej, przez co wykazują dobry i szybki efekt przeciwzapalny oraz przeciwświądowy - dostępne są preparaty o różnej sile działania - nie każdy preparat steroidowy może być stosowany u małych dzieci, a o jego dobrze decyduje lekarz
miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS) c.d.	terapia mGKS powinna być prowadzona pod ścisłą kontrolą lekarską nadużywanie mGKS może wiązać się z działaniami niepożądanymi, m.in. atrofią skóry, trwałym rozszerzeniem naczyń krwionośnych, rozstępami, depigmentacją, trądzikiem, a także zaostrzeniem zmian skórnych po przerwaniu aplikacji leku
miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK)	- hamują aktywację limfocytów T i uwalnianie cytokin zapalnych - stosowane w łagodnym, umiarkowanym i ciężkim AZS u dorosłych i dzieci - zarejestrowane od 2 r.ż. - stosowane są do leczenia zaostrzeń AZS oraz w kontynuacji terapii AZS po mGKS - takrolimus stosowany jest w terapii podtrzymującej/proaktywnej, która kontroluje chorobę - szczególnie polecane na wrażliwe obszary skóry np. skóra twarzy i szyi, okolice zgięciowe, okolice narządów płciowych - w przeciwieństwie do mGKS nie powodują atrofii skóry ani jaskry - po aplikacji może wystąpić pieczenie i zaczerwienienie skóry

2. Terapia proaktywna

Terapia proaktywna to długotrwała, przerywana terapia miejscowymi preparatami przeciwzapalnymi stosowanymi na skórę wcześniej zajęta przez wyprysk atopowy po uzyskaniu remisji zmian z jednoczesnym stosowaniem emolientów.

Takrolimus używany w terapii proaktywnej należy aplikować dwa razy w tygodniu na pozornie zdrową skórę w miejscach, w których najczęściej pojawiały się zmiany zapalne przed ich wyleczeniem. Terapia ta bazuje na koncepcji obecności minimalnego/subklinicznego procesu zapalnego w skórze, który nie jest widoczny zarówno dla pacjenta, jak i lekarza „gołym okiem”. Likwidacja tego klinicznie bezobjawowego zapalenia i niedopuszczenie do powstania pełnoobjawowego wyprysku atopowego to główne cele terapii proaktywnej. Jej skuteczność oraz bezpieczeństwo potwierdzają liczne badania naukowe. Pozwala ona zmniejszyć częstość zaostrzeń AZS, wydłużyć okres remisji, poprawić jakość życia oraz obniżyć koszty związane z leczeniem. Terapia proaktywna powinna być stosowana pod nadzorem lekarza prowadzącego.

3. Leczenie przeciwbakteryjne i przeciwiwirusowe

Skóra pacjenta z AZS może być z łatwością nadkażona gronkowcem złocistym. W takiej sytuacji, jeżeli wystąpią kliniczne objawy nadkażenia bakteryjnego pod postacią miodowo-żółtych strupów, czasami bolesnych, lekarz włączy do terapii miejscowe antybiotyki lub zależnie od nasilenia może zdecydować o leczeniu ogólnym antybiotykami. Może też zastosować preparat łączony mGKS z antybiotykiem. Jeżeli dojdzie do nadkażenia wirusem opryszki wymaga to bezzwłocznej konsultacji i zastosowania ogólnego leczenia przeciwiwirusowego. Pacjenci z AZS powinni unikać kontaktu z osobami z aktywnym zakażeniem wirusem opryszczki.

4. Leczenie ogólne

Chorzy z umiarkowaną i ciężką postacią AZS mogą wymagać leczenia ogólnego takimi lekami jak: cyklosporyna A (CyA), metotreksat (MTX), azatiopryna (AZA), mykofenolanmofetylu (MMF), glikokortykosteroidy (GKS) oraz dupilumab. Każdy z tych leków ma nieco inny mechanizm działania. Mogą być one podawane doustnie w postaci tabletek lub podskórnie w formie zastrzyków. Leki te redukują objawy choroby i poprawiają jakość życia chorych. Nie wszystkie z tych leków, choć skuteczne w leczeniu AZS, są zarejestrowane do leczenia tego schorzenia. Doustne steroidy ze względu na ryzyko działań niepożądanych powinny być stosowane krótko. Cyklosporyna A jest szybko działającym lekiem immunosupresyjnym. Metotreksat, azatiopryna i mykofenolan działają wolniej. Mogą być czasami stosowane przez doświadczonych specjalistów, jeżeli dotychczasowa terapia ogólna nie przynosi poprawy. Dupilumab to pierwszy lek biologicznym zarejestrowany niedawno do leczenia umiarkowanego i ciężkiego AZS.

Wszystkie wymienione leki powinny być stosowane pod ścisłą kontrolą lekarską, a leczenie nimi prowadzone wyłącznie przez doświadczonych specjalistów.

Perspektywy lecznicze

Aktualnie trwają badania kliniczne z innymi przeciwciałami monoklonalnymi skierowanymi przeciwko np. IL-13 (tralokinumab, lebrikizumab), IL-31 (nemolizumab) podawanymi w formie zastrzyków oraz agonistami i antagonistami kinaz janusowych (Jak-1, Jak-2, Jak-3) np. abrocitinib, baricitinib, upadacitinib, ruxolitinib podawanymi w formie doustnej lub miejscowej. Badania te są na różnym stopniu zaawansowania. Obecnie żaden z wymienionych badanych produktów nie jest jeszcze zarejestrowany w Europie do leczenia AZS, chociaż perspektywa ta może się zmienić w nieodległej przyszłości.

Leki przeciwhistaminowe w AZS

Histamina uwalniana jest przez komórki układu odpornościowego- mastocyty i bazofile m.in. pod wpływem kontaktu z uczulającym alergenem powietrzno pochodnym lub pokarmowym. Łącząc się z odpowiednim dla siebie receptorem prowadzi do powstania m.in. takich objawów jak: kichanie, wodnisty wyciek z nosa, łzawienie oczu, świąd. Leki przeciwhistaminowe redukują wymienione objawy.

Leki przeciwhistaminowe znalazły zastosowanie u niektórych pacjentów z AZS. Dostępne są dwa rodzaje leków przeciwhistaminowych:

- Leki przeciwhistaminowe I (starej) generacji, spośród których w leczeniu AZS w wyjątkowych sytuacjach stosowana jest jedynie hydroksyzyna. Lek ten może hamować aktywność histaminy w ośrodkowym układzie nerwowym, co sprawia, że oprócz działania przeciwświądowego działa też uspokajająco (sedatywnie)/usypiająco. Jest to korzystne u pacjentów z AZS, którzy mają silne zaburzenia snu i trudności w zasypianiu. Jednak ze względu na działania niepożądane nie jest to lek zalecany do rutynowego ani przewlekłego stosowania.
- Leki przeciwhistaminowe II (nowej) generacji w przeciwieństwie do leków starej generacji, działają bardziej wybiórczo, przez co nie penetrują do centralnego układu nerwowego i nie mają działania sedatywnego. Są bezpieczne oraz skuteczne w opanowywaniu objawów zależnych od histaminy.

Leki przeciwhistaminowe w leczeniu świądu w przebiegu AZS włączane są do terapii wówczas, kiedy miejscowe leczenie (emolienty, mGKS, mIK) nie odnosią spodziewanego efektu przeciwświądowego. Po leki te sięgamy również u pacjentów z AZS, u których współistnieje np. alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka.

● **Swoista immunoterapia alergenowa**

Swoista immunoterapia alergenowa (SITA), inaczej odczulanie, to metoda przyczynowego leczenia alergii. Polega ona na stopniowym zmniejszaniu wrażliwości osoby uczulonej na alergen, aż do znacznego ograniczenia lub całkowitego ustąpienia objawów choroby. Należy ją rozważyć u osób, u których dotychczasowe leczenie nie przynosiło efektu, a występuje uczulenie na alergeny powietrzno pochodne zależne od IgE. Wskazaniem do SITA jest alergiczny nieżyt nosa oraz astma. Choroby te mogą współwystępować z AZS. Dotychczas najlepiej potwierdzone są efekty terapii u osób uczulonych na roztocze kurzu domowego i pyłki roślin. Aby immunoterapia alergenowa miała szansę być skuteczna, należy bezwzględnie spełnić trzy warunki. Po pierwsze trzeba rozpoznać chorobę, która jest wskazaniem do terapii, po drugie wykazać obecność swoistych przeciwciał IgE we krwi przeciwko konkretnym alergenom i po trzecie, udowodnić związek między ekspozycją na te alergeny i nasileniem objawów choroby. SITA może być prowadzona w formie zastrzyków podskórnych lub doustnie. Za dolną granicę wieku, w którym rozpocząć można odczulanie przyjmuje się 5 rok życia. Wskazania do swoistej immunoterapii alergenowej oraz formę i dawkowanie leków ustala lekarz alergolog.

● **5. Fototerapia, czyli leczenie światłem**

Fototerapia jest metodą leczenia atopowego zapalenia skóry zarówno u dorosłych jak i u dzieci w wieku szkolnym z umiarkowanym i ciężkim AZS, stosowana także celem opanowania świądu. Polega ona na naświetlaniu skóry przez specjalistyczne lampy emitujące światło naśladujące spektrum promieniowania emitowanego naturalnie przez słońce, ale z określonym i wybiórczym zakresem fal. W AZS najczęściej korzystamy z wąskopasmowego UVB 311 nm lub UVA1. Rzadziej i raczej u osób dorosłych z AZS można zastosować fototerapię PUVA, czyli promieniowanie UVA z lekami światłouwrażliwiającymi (psoraleny). Przeciwwskazaniem do fototerapii jest klaustrofobia, padaczka, choroby nowotworowe oraz wiek pacjentów lub przeciwwskazania związane z przyjmowaniem psoralenów – jeżeli rozważana jest w leczeniu PUVA-terapia. Leczenie fototerapią prowadzone jest przez dermatologów.

● **6. Dieta eliminacyjna w AZS**

Alergia pokarmowa może, ale nie musi towarzyszyć AZS. Szacuje się, że około 30% niemowląt oraz małych dzieci chorujących na atopowe zapalenie skóry cierpi na współwystępującą alergię pokarmową. Najczęściej uczulającymi pokarmami w AZS są: mleko krowie, jaja, orzeszki ziemne, inne orzechy, kakao, ryby, owoce morza, soja, pszenica.

Wielu rodziców dzieci z atopowym zapaleniem skóry jest przekonanych, że to alergia pokarmowa odpowiada za stan skóry ich dziecka. Należy zaznaczyć jednak, że AZS to choroba

wieloczynnikowa rozwijająca się i zaostrzająca w rezultacie oddziaływania czynników genetycznych, immunologicznych, środowiskowych, mikrobiologicznych i uszkodzenia bariery naskórkowej. Alergia pokarmowa, jeżeli współistnieje z AZS, nie jest jedyną przyczyną powstania czy zaostrzenia AZS. Nie zawsze spożycie uczulających produktów wpływa na pogorszenie objawów skórnych, nawet jeśli występuje uczulenie na dany produkt potwierdzone w testach alergologicznych. Ponadto objawy kliniczne po spożyciu pokarmów mogą być wynikiem reakcji zachodzących w innym mechanizmie niż tzw. alergia IgE-zależna.

Rekomendacją jest unikanie alergenów klinicznie istotnych. Dla podjęcia prawidłowych decyzji w tym zakresie należy zwrócić się o pomoc do lekarza specjalisty.

U części pacjentów z AZS może być wskazane przeprowadzenie diety diagnostyczno-eliminacyjnej. Diety eliminacyjne diagnostyczne prowadzone są na zlecenie lekarza specjalisty przez okres 2-4 tygodni. Najczęściej dotyczą one alergenów białek mleka krowiego i jaj w pierwszych miesiącach życia. Zależnie od wyniku diety eliminacyjnej diagnostycznej lekarz zdecydować o braku konieczności utrzymania diety eliminacyjnej bądź zdecydować o potrzebie przeprowadzenia ponownej próby prowokacji, która zostanie starannie zaplanowana i ustali dalszy plan leczenia w tym dietę.

Diety eliminacyjne polegają na całkowitym wykluczeniu pokarmu uczulającego z diety i zastąpienie go innym produktem o podobnych właściwościach odżywczych. Diety eliminacyjne w AZS, jeżeli są wskazane powinny być prowadzone przez lekarzy doświadczonych w tej dziedzinie, specjalistów alergologii, pediatrii, dermatologii, medycyny rodzinnej. Niezasadne pozostawianie na diecie eliminacyjnej może skutkować niepotrzebną eliminacją pokarmową na długie miesiące, ze szkodą dla dziecka.

Samo uczulenie potwierdzone wynikami testów alergologicznych nie powinno być powodem wprowadzania restrykcyjnej diety eliminacyjnej. Należy wykazać związek między nasileniem



objawów skórnych (lub z innego narządu) a spożyciem podejrzanego pokarmu. W tym celu warto prowadzić dzienniczek, w którym zapisywane będą spożywane produkty i ewentualne zaostrzenie wyprysku atopowego lub inne objawy. Dopiero wykazanie takiego związku może dać podstawę do eliminacji pokarmu uczulającego. Decyzje dotyczące zasad eliminacji danego produktu z diety powinny być podejmowane w ścisłej współpracy z lekarzem prowadzącym odpowiedniej specjalizacji. Złotym standardem diagnostyki alergii pokarmowej pozostaje nadal próba prowokacji, o której przeprowadzeniu, jej warunkach i zasadach decyduje lekarz prowadzący o odpowiedniej specjalizacji.

Alergia pokarmowa może być przyczyną pogarszania się stanu skóry, zwłaszcza u osób, u których AZS ma ciężki przebieg, a leczenie miejscowe nie przynosi efektów. W takich przypadkach wprowadzenie diety eliminacyjnej jest uzasadnione i korzystne (pod warunkiem spełnienia wyżej wymienionych wskazań), ponieważ może pomóc znacznie zredukować objawy choroby i poprawić jakość życia pacjenta. Wskazana jest wówczas konsultacja z dietetykiem klinicznym i lekarzem prowadzącym, który pomoże dobrać dietę w taki sposób, aby dostarczyć w niej wszystkich niezbędnych wartości odżywczych.

W miarę dojrzewania układu immunologicznego oraz układu pokarmowego obserwuje się nabywanie tolerancji na wcześniej uczulające produkty pokarmowe. Z wiekiem, głównym czynnikiem nasilającym objawy AZS mogą stać się alergeny powietrzno pochodne.

Należy jednak pamiętać, że ok. 30% pacjentów z AZS może chorować na tzw. AZS IgE-niezależne i nie być uczulonym ani nie posiadać alergii IgE-zależnej.

Alergia pokarmowa może, ale nie musi towarzyszyć AZS. O wprowadzeniu diagnostycznej diety eliminacyjnej, przeprowadzeniu próby prowokacji oraz o kontynuacji diety eliminacyjnej u pacjenta z AZS powinien zdecydować lekarz specjalista.

7. Łagodzenie świądu

Świąd jest uporczywym, nieodłącznym i charakterystycznym objawem atopowego zapalenia skóry. Jest to powierzchowne odczucie bólu, prowadzące do nieustannej potrzeby drapania się, nad którą ciężko zapanować. Stan ten jest na tyle uciążliwy, że może prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia, osłabienia koncentracji, niepokoju oraz depresji. Świąd w atopowym zapaleniu skóry zwykle nasila się w godzinach wieczornych i nocnych, co prowadzi do trudności w zasypianiu i zaburzeń snu u pacjenta oraz jego bliskich. Niejednokrotnie potrzeba drapania jest tak silna, że pacjenci rozdrapują skórę do krwi. Może to powodować wtórne nadkażenia bakteryjne i powstanie blizn.

Mechanizm powstawania świądu jest złożony. W jego powstanie zaangażowany jest obwodowy i centralny układ nerwowy oraz układ neuroendokrynnny. W AZS dominuje tzw. świąd histamino-niezależny. W powstawaniu tego rodzaju świądu biorą udział różne substancje chemiczne, a uwalniana histamina nie jest jego główną przyczyną.

Łagodzenie świądu w przebiegu AZS polega przede wszystkim na regularnym używaniu specjalistycznych preparatów emolientowych. Pomagają one w regeneracji bariery naskórkowej, zmniejszają suchość skóry a niektóre z emolientów tzw. emolienty plus działają dodatkowo przeciwświądowo. Emolienty należy aplikować minimum 2 razy dziennie, w tym bezwzględnie po kąpieli.

Kolejnym krokiem w zwalczaniu świądu w przebiegu AZS są miejscowe leki przeciwzapalne opisane wyżej. Następnie leki przeciwhistaminowe, o których wzmiankowano wyżej oraz fototerapia.

Ważnym aspektem praktycznym w łagodzeniu świądu jest unikanie czynników drażniących skórę. Mydła oraz wszelkie preparaty zawierające substancje zapachowe powinny być zastąpione delikatnymi, hipoalergicznymi i bezzapachowymi produktami myjącymi o odpowiednim pH. Należy również zrezygnować z tradycyjnych proszków i płynów do prania, na rzecz tych przeznaczonych specjalnie dla alergików.

Wysoka temperatura otoczenia nasila odczucie świądu skóry. Unikać należy gorących kąpieli i pryszniców. Warto również zadbać o temperaturę w mieszkaniu, zwłaszcza w sezonie grzewczym. Nie powinna ona przekraczać 20 stopni. Suche powietrze i niska wilgotność otoczenia są również niekorzystne dla skóry atopowej. Ważne jest również codziennie wentrowanie pomieszczeń.

Należy wybierać odzież wykonaną z naturalnych, przewiewnych materiałów, takich jak bawełna, len czy jedwab. Ubrania wykonane z wełny oraz szorstkich, syntetycznych materiałów mogą być źle tolerowane przez skórę atopową.

Istotnym czynnikiem drażniącym i powodującym swędzenie jest wydzielany przez skórę pot, dlatego bezpośrednio po wysiłku fizycznym korzystny jest krótki, chłodny prysznic i nawilżenie skóry.

Natychmiastową ulgę w uporczywym świądzie mogą przynieść zimne okłady lub mokre opatrunki w wersji z zastosowaniem emolientu. Metoda polega na nałożeniu na skórę dwóch warstw opatrunków. Pierwsza, wilgotna stosowana jest bezpośrednio na skórę wcześniej



posmarowaną emolientem. Druga, sucha, zakładana jest na warstwę wilgotną. Mokre opatrunki tworzą barierę mechaniczną, która zabezpiecza przed drapaniem oraz wywołują efekt chłodzący, jednocześnie wpływając na lepsze wchłanianie emolientu. Dokładna strategia leczenia powinna być skonsultowana z lekarzem prowadzącym, który dostarczy niezbędnych informacji na temat techniki wykonania takiego opatrunku, czasu trwania terapii oraz stosowanego preparatu w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta.

● CZĘŚĆ III – PIELĘGNACJA SKÓRY ATOPOWEJ

wskazówki praktyczne

Pielęgnacja skóry atopowej to pierwszy krok leczenia AZS.

● 1. Oczyszczanie i higiena skóry

Kąpiel jest bardzo ważną częścią rutyny pielęgnacyjnej osoby z AZS. Pozwala ona na usunięcie ze skóry czynników drażniących i nasilających świąd, takich jak pot, martwy naskórek, pyłki i zanieczyszczenia. Zmniejsza również ryzyko rozwoju infekcji delikatnej i wrażliwej skóry.

To, jak często kąpiemy dziecko z AZS lub jak często bierze kąpiel starszy pacjent z AZS jest kwestią indywidualną i powinno być uzależnione od zmiennych czynników, takich jak aktywność fizyczna czy pora roku. Zwłaszcza w okresie zimowym nie ma konieczności codziennego mycia. Rekomendacje leczenia AZS dopuszczają kąpiele 2-7 razy w tygodniu pod warunkiem odpowiedniego ich prowadzenia i odpowiedniego nawilżenia skóry po ich zakończeniu.

Aby kąpiel miała pozytywny wpływ na stan skóry atopowej i nie powodowała jej przesuszenia oraz podrażnienia, należy stosować się do poniższych zaleceń:

● *Używaj odpowiednich preparatów myjących dedykowanych skórze atopowej.*

Są one hipoalergiczne, nie zawierają mydła i substancji zapachowych. Posiadają odpowiednie pH, zbliżone do fizjologicznego skóry, w granicach 5,5-6. Występują w formie olejku, żelu lub emulsji. Można je kupić w każdej aptece.



● *Dbaj o odpowiednią temperaturę wody i długość kąpieli.*

Temperatura wody powinna mieścić się w granicach 27-30°C. Zbyt ciepła woda może nasilić świąd, nadmiernie wysuszyć skórę i zaostrzyć proces zapalny.

Kąpiel nie powinna być zbyt długa, według ekspertów maksymalny czas jej trwania powinien wynosić 5 minut.

● *Nie używaj myjek i gąbek do ciała.*

● *Po umyciu delikatnie osusz skórę miękkim ręcznikiem.*

Staraj się lekko dociskać materiał do ciała, bez pocierania. Skóra powinna być wciąż lekko wilgotna. Nie dopuść do naturalnego wyparowania wody ze skóry, ponieważ spowoduje to jej wysuszenie.

● *Nie zwlekaj z nałożeniem odpowiedniego preparatu emolientowego.*

Po umyciu skóry i osuszeniu jej, niezbędne jest użycie preparatu nawilżająco-natłuszczającego. Jest to bardzo ważny krok, którego nie wolno pomijać.

● 2. Jak prawidłowo aplikować emolienty?

Emolienty stanowią niezbędną podstawę codziennego leczenia atopowego zapalenia skóry. Są specjalistycznymi dermokosmetykami, których zadaniem jest nawilżenie, odżywienie i przywrócenie skórze jej właściwych funkcji. Dodatkowo redukują uczucie świądu, co przyspiesza proces gojenia. Emolienty plus to specjalna grupa emolientów wzbogaconych substancjami naturalnego pochodzenia o działaniu przeciwświądowym, przeciwzapalnym, przywracających równowagę mikrobiologiczną i poprawiających naturalną odporność.

Wybór odpowiedniego preparatu jest kwestią indywidualną i zależną od stopnia suchości skóry, pory roku, ewentualnych uczuleń kontaktowych. Ważne jednak, aby były to preparaty dedykowane skórze atopowej. Jeżeli podczas stosowania emolientu (na zdrową skórę, bez zmian zapalnych) pacjent odczuwa szczypanie i pieczenie, produkt należy zmienić na inny.

Pamiętaj: Najlepszy emolient to ten, który jest stosowany systematycznie.

Stosuj preparaty emolientowe:

- Odpowiedniej jakości, bez konserwantów, barwników, zapachów, bez potencjalnie uczulających białek roślinnych.
- Co najmniej 2 razy dziennie.
- Bezpośrednio po wyjściu z kąpieli (do 3 minut) na lekko wilgotną skórę.
- Nawet w okresach wyciszenia choroby.
- Na całe ciało i twarz.
- Omijając miejsca, w których obecny jest stan zapalny (czerwone, sączące się). Na takie zmiany najpierw należy zastosować miejscową terapię przeciwzapalną (miejscowymi sterydami lub inhibitorami kalcyneuryny).
- W odpowiedniej ilości, do 200 g tygodniowo u małych dzieci i do 500 g tygodniowo u osób dorosłych (średnio 250 g u dorosłego). W praktyce oznacza to zużycie nawet dwóch dużych opakowań produktu miesięcznie.

Prawidłowe nakładanie emolientu.

Pamiętaj o dokładnym umyciu rąk przed posmarowaniem ciała!

- Zaczynj od nóg. Sporą ilość preparatu rozgrzej w dłoniach i dużymi, kolistymi ruchami delikatnie wmasowuj w skórę. Rozpocznij od kostek i kieruj się ku górze w stronę ud. Pamiętaj również o posmarowaniu stóp.
- Następnie masuj skórę od nadgarstków w kierunku pach, nie zapominając o dłoniach i przestrzeniach między palcami.
- Kolejno połóż dłonie płasko na brzuchu i obszernymi kolistymi ruchami wcieraj preparat aż do szyi.
- Smarowanie pleców zacznij od szyi i szerokimi ruchami kieruj się ku dołowi. Możesz poprosić o pomoc kogoś z rodziny.
- Na koniec twarz. Rozgrzej krem między koniuszkami palców i delikatnie wmasuj w skórę twarzy nie zapominając o przestrzeni za uszami.

Aplikacja emolientów powinna być miłą i relaksującą czynnością, zarówno dla rodzica jak i dziecka. Warto traktować ją bardziej jako część codziennej rutyny, tak jak mycie zębów, a nie jako terapię (choć niewątpliwie ma kluczowe znaczenie w leczeniu AZS).

Już od najmłodszych lat należy zachęcać dziecko do samodzielnego dbania o skórę i nawilżanie ciała. Początkowo może mieć to formę przyjemnej zabawy, w której rodzic nakłada balsam w formie kropek na niewielki obszar ciała i prosi dziecko o rozsmarowanie ich.

Zapamiętaj:

- Regularnie stosuj preparaty emolientowe.
- Unikaj mydeł oraz produktów zawierających substancje zapachowe, konserwanty, barwniki, potencjalnie uczulające białka roślinne.
- Wybieraj odzież z naturalnych materiałów, takich jak bawełna, len, jedwab.
- Zadbaj o to, aby temperatura w mieszkaniu nie była zbyt wysoka.
- Unikaj gorących kąpieli. Stosuj kąpiele krótkie z użyciem odpowiedniego substytutu mydła. Zaraz po kąpieli zastosuj emolient.
- Staraj się nie drapać skóry – zamiast tego delikatnie ją uciskaj albo użyj zimnego okładu, żeby złagodzić świąd.
- Obcinaj krótko paznokcie. Na noc możesz stosować specjalne rękawiczki z bawełny, które powstrzymają nieświadome i odruchowe drapanie.

● CZĘŚĆ IV – POMOCNE DLA PACJENTA

● 1. Aspekt psychologiczny w AZS

Problemy natury emocjonalnej związane z atopowym zapaleniem skóry mogą pojawiać się już od najmłodszych lat. Spowodowane jest to uporczywym świądem, który zaburza jakość snu dziecka. Nieprzespane noce i nieznośne swędzenie skóry sprawiają, że maluch może stać się rozdrażniony, niechętny do zabawy a także płakać bez wyraźnego powodu.

U dzieci w wieku szkolnym oraz nastolatków dodatkowo mogą wystąpić problemy związane z niską samooceną, kompleksy, wycofanie społeczne oraz wstyd spowodowany wyglądem skóry. Nierzadko pacjenci doświadczają przykrych uwag ze strony rówieśników. To również wiek, w którym mogą pojawić się pierwsze objawy depresji, takie jak smutek, przygnębienie, apatia, zniechęcenie. U każdego dziecka oznaki depresji mogą wyglądać nieco inaczej. Objawów tych nie wolno bagatelizować i zawsze należy zwrócić się o pomoc do specjalisty.

Również osoby dorosłe cierpiące na AZS mogą doświadczyć wielu konsekwencji psychologicznych związanych z chorobą, takich jak obniżona samoocena, skłonność do depresji i zaburzeń lękowych.

Stres to istotny czynnik nasilający świąd i pogarszający przebieg choroby. Wiele osób doświadcza również przewlekłego stresu związanego z samym faktem istnienia zmian skórnych, co

dodatkowo nasila objawy. Prowadzi to do błędnego koła, w którym silne emocje biorą górę i znacznie zaburzają jakość życia pacjenta. Bardzo ważne jest, aby znaleźć odpowiednią dla siebie technikę radzenia sobie ze stresem. Pomocne mogą okazać się ćwiczenia oddechowe, regularna aktywność fizyczna lub terapia poznawczo-behawioralna.

Jeżeli zauważasz negatywny wpływ choroby na zdrowie psychiczne Twoje lub Twojego dziecka, warto abyś rozważył wizytę u psychologa klinicznego lub psychoterapeuty. Pomoże on poradzić sobie z psychospołecznymi i emocjonalnymi aspektami życia z przewlekłą i widoczną chorobą jaką jest AZS.

2. Szkoły Atopii

Pierwsze Szkoły Atopii powstały w Polsce w 2005 r. i od tego czasu są organizowane przez niektóre kliniki i oddziały dermatologiczne lub alergologiczne. Służą one dorosłym i dzieciom zmagającym się z atopowym zapaleniem skóry. Na spotkaniach można dowiedzieć się więcej o chorobie, przyczynach jej powstania, jej przebiegu, możliwościach leczenia i radzenia sobie z nią. Głównym założeniem Szkół Atopii jest nauka prawidłowej pielęgnacji skóry oraz samodzielności w walce z chorobą na co dzień. Spotkania mogą odbywać się w małych lub większych grupach, a także indywidualnie. Biorą w nich udział specjaliści z zakresu psychologii, dietetycy, pielęgniarki oraz lekarze.

3. AZS w pytaniach i odpowiedziach

● Czy AZS można się zarazić?

Intensywny świąd oraz wygląd zmian mogą nasuwać podejrzenie, iż AZS jest chorobą zaraźliwą. Nic bardziej mylnego. Nie jest to choroba zakaźna i w żadnym wypadku nie można się nią zarazić przez kontakt ze skórą osoby chorej.

● Czy da się wyleczyć atopowe zapalenie skóry?

Atopowe zapalenie skóry jest chorobą przewlekłą, spowodowaną czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Nie można jej wyleczyć całkowicie, jednak właściwa pielęgnacja skóry, poznanie czynników zaostrzających chorobę oraz prawidłowo dobrane leczenie pozwalają na zminimalizowanie jej objawów i doprowadzenie do długotrwałej remisji.

Wraz z wiekiem, u wielu dzieci może dojść do samoistnego wyciszenia się AZS i ustąpienia objawów. Nie oznacza to jednak, że choroba zniknęła całkowicie. Zawsze trzeba liczyć się z możliwością jej nawrotu. Dlatego tak ważne jest, aby przestrzegać zasad pielęgnacji i higieny skóry atopowej przez całe życie.

● Czy konieczne jest umycie skóry przed aplikacją emolientu?

Nie ma konieczności mycia skóry przed aplikacją emolientów. Co więcej, kąpiele osoby z AZS nie muszą odbywać się codziennie, zwłaszcza zimą. Natomiast ważne jest, aby stosować preparaty emolientowe każdego dnia, minimum 2 razy dziennie, najlepiej rano i wieczorem.

● Kiedy i u kogo rozpocząć terapię emolientową?

Terapię emolientową należy stosować u osób z rozpoznanym AZS, również w okresach remisji choroby.

● Czy do postawienia rozpoznania AZS konieczne są testy alergologiczne?

Nie. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego. Lekarz może zlecić dodatkowe badania i testy alergologiczne.

● Czy możliwe jest rozpoznanie AZS, jeśli wszystkie testy alergiczne są ujemne?

Tak. Taka sytuacja może dotyczyć 30% chorych.

● Jaka jest szansa, że moje kolejne dziecko będzie miało AZS i czy mogę temu zapobiec?

W przypadku, gdy oboje rodziców ma dodatni wywiad atopowy, szansa na to, że dziecko odziedziczy predyspozycję do rozwoju choroby atopowej wynosi 70%. Gdy tylko jedno z rodziców ma dodatni wywiad w kierunku atopii – 30%.

Niestety żadne działanie nie zagwarantuje, że u dziecka nie rozwinie się AZS. Jednak można zmniejszyć ryzyko wystąpienia choroby poprzez stosowanie kilku zasad.

- Jeżeli to możliwe, zaleca się karmienie piersią do 6 miesiąca życia.
- W czasie ciąży warto zadbać o zdrową dietę bogatą w warzywa, owoce, ryby oraz produkty bogate w witaminę D3.
- Bezwzględnie należy unikać kontaktu z dymem tytoniowym.

Badania sugerują, że nie powinno się eliminować potencjalnie alergizujących pokarmów z diety matki w ciąży ani w trakcie karmienia piersią „na zapas”. Również opóźnione wprowadzanie lub zupełny brak wprowadzania pokarmów o potencjale alergizującym do diety dziecka mogą być niekorzystne i nie ma ku temu podstaw. Dietę eliminacyjną powinno się stosować dopiero wtedy, gdy udowodniony jest związek z pojawieniem się lub nasileniem zmian skórnych po spożyciu danego pokarmu i po konsultacji z lekarzem.

● **Czy mając AZS można mieć zwierzaka (pies, kot)?**

Pamiętaj, że w terapii AZS zaleca się unikania klinicznie istotnych alergenów. Przed podjęciem decyzji o posiadaniu zwierzaka należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym, aby podjąć odpowiednią zindywidualizowaną decyzję. Należy wziąć pod uwagę czy pacjent nie jest uczulony na alergeny zwierzęce (sierść, naskórek, ślina zwierząt) i czy nie ma objawów chorobowych przy kontakcie ze zwierzakiem oraz zwrócić uwagę na choroby współistniejące, takie jak astma, alergiczny nieżyt nosa. Warto spędzić czas ze zwierzakiem podobnego typu wcześniej, np. z psem lub kotem sąsiada, krewnych. W ten sposób będzie można zauważyć ewentualne objawy i nasilenie AZS, zanim zdecydujesz się na posiadanie zwierzaka w swoim domu. Zwróć uwagę na objawy takie jak: kichanie, łzawienie oczu, duszność, pojawienie się pokrzywki i świądu, a także zaostrzenie objawów skórnych po kilku/kilkunastu godzinach od ekspozycji.

Pamiętaj, że alergia na roztocza kurzu domowego może również nasilać się, gdy zwierzę jest w domu. Sierść, pióra oraz naskórek zwierząt stanowią rezerwuár roztoczy kurzu domowego.

● **Czy można chodzić na basen, jeśli choruje się na AZS?**

Chlor dodawany jako środek dezynfekcyjny do basenów i długie kąpiele mogą wpływać na przesuszenie i podrażnienie skóry atopowej. Jest jednak grupa pacjentów, która uważa, że pływanie w chlorowanym basenie ma działanie kojące na ich skórę. Niezależnie od tego, w której grupie znajdujesz się Ty lub Twoje dziecko, decyzję o uczęszczaniu na basen warto podjąć wspólnie z lekarzem. W dużej mierze uzależniona będzie ona od stanu skóry, a także aktywności procesu zapalnego. Zawsze pamiętaj o dokładnym spłukaniu chloru ze skóry bezpośrednio po kąpielach, a także o nałożeniu emolientu.

Baseny solankowe i kąpiele w wodach termalnych mogą łagodzić objawy u niektórych chorych na AZS.

● **Czy można uprawiać sporty wymagające wysiłku (pot), jeżeli choruje się na AZS?**

U osób z AZS uprawianie sportów wymagających wysiłku nie jest przeciwwskazane. Należy jednak pamiętać, żeby bezpośrednio po intensywnym wysiłku wziąć prysznic w letniej wodzie i zastosować emolienty, w celu uniknięcia drażniącego działania potu na skórę.

Notatki

