



# ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

PORADNIK  
dla pacjentów i opiekunów

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

Współpraca:

lek. med. Monika Suszyńska,

lek. med. Weronika Zysk.

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



aktualizacja 2024

# 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. Skale do pomiaru nasilenia AZS – SCORAD i EASI .....	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. Dieta eliminacyjna w AZS.....	17
6. Łagodzenie świądu.....	19
7. Zaburzenia snu .....	21

## CZĘŚĆ III – PIELĘGNACJA SKÓRY ATOPOWEJ

1. Oczyszczanie i higiena skóry.....	22
2. Jak prawidłowo aplikować emolienty?.....	23

## CZĘŚĆ IV – POMOCNE DLA PACJENTA

1. Aspekt psychologiczny w AZS.....	26
2. Szkoły Atopii.....	27
3. AZS w pytaniach i odpowiedziach.....	27

# ● 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, które odzwierciedla toczący się w niej proces zapalny. Pojawiają się takie zmiany skórne jak: grudki, nadżerki, przeczosy (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 rozpoznań ustala się przed końcem 1 r.ż. U ok. 5-20% pacjentów choroba przetrwa do wieku dorosłego. AZS może również pojawić się po raz pierwszy u osoby dorosłej. Szacuje się, że dzieje się tak u jednej spośród czterech dorosłych osób chorujących na AZS. Z powodu AZS cierpi około 5-10% osób dorosłych.

Występowanie atopowego zapalenia skóry jest częstsze w krajach uprzemysłowionych oraz w dużych miastach. AZS może współistnieć z innymi chorobami z kręgu atopii 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, alergię 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. Szacuje się, że do 40% osób chorujących na AZS posiada mutacje w genie kodującym filagrynę, co oznacza że na AZS można zachorować nawet w przypadku braku takiej mutacji.

### ● **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-interleukin – białek odpowiedzialnych za wzniesienie reakcji zapalnej (np. IL-4, IL-13), czy powstanie świądu (IL-31). Równoległe 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 występuje 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 w AZS obserwujemy 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 się 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 on upośledzenie wrodzonej obrony przed mikroorganizmami. Niedobór tzw. peptydów przeciwdrobnoustrojowych 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 zaburzeń równowagi w składzie mikrobiologicznym skóry z niekorzystną utratą jej bioróżnorodności. 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, pochodzenia etnicznego, stopnia nasilenia oraz fazy choroby (ostrej lub przewlekłej). Obok zmian skórnych o charakterze wypryskowym, objawem najbardziej uporczywym i obecnym we wszystkich grupach wiekowych jest świąd skóry.

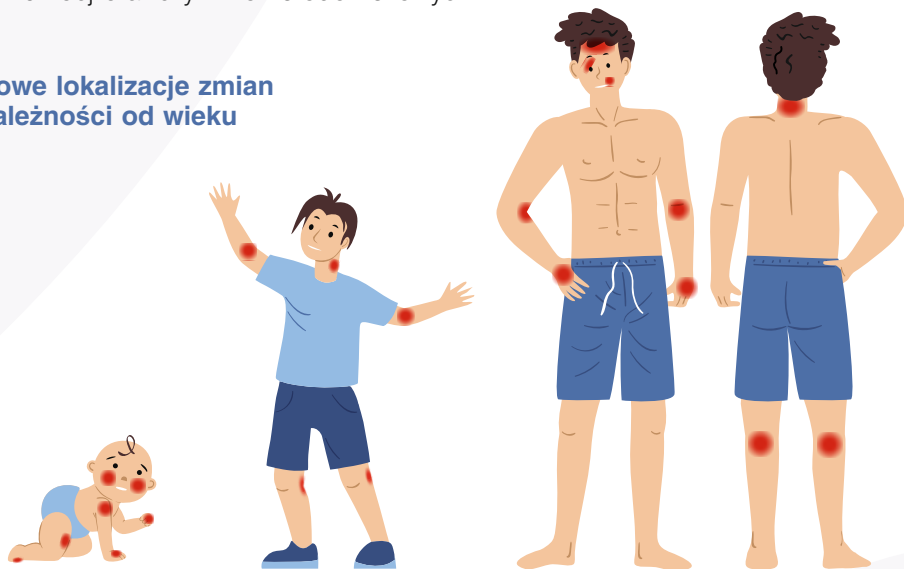
Wykwity skórne w ostrej fazie choroby to grudki, nadżerki oraz przeczasy widoczne na tle czerwonej, zapalnej skóry. Może im towarzyszyć sączenie, wtórne nadkażenie bakteryjne-zlizającowacenie. Z kolei w fazie przewlekłej skóra jest sucha oraz wykazuje cechy pogrubienia i wzmożonego poletkowania (skóra 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 piennekowego, 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, okolice ust oraz oczodołów. Dominuje szorstkość skóry, jej pogrubienie oraz grudki, nadżerki i przeczosy. U osób dorosłych AZS częściej niż u dzieci ulega zaostrzeniu pod wpływem emocji oraz czynników środowiskowych.

#### 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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- świąd skóry</li> <li>- przewlekły i nawrotowy przebieg choroby</li> <li>- typowe umiejscowienie zmian skórnych</li> <li>- atopia u pacjenta lub w wywiadzie rodzinnym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suchość skóry (xerosis)</li> <li>- rybia łuska lub rogowacenie przymieszkowe</li> <li>- dodatnie wyniki punktowych testów skórnych</li> <li>- zwiększone stężenie IgE (atopia)</li> <li>- wczesny wiek wystąpienia zmian</li> <li>- nawracające zakażenia skóry</li> <li>- nieswoisty wyprysk rąk i/lub stóp</li> <li>- wyprysk sutków</li> <li>- zapalenie czerwieni warg (<i>cheilitis</i>)</li> <li>- nawrotowe zapalenie spojówek</li> <li>- stożek rogowki (<i>keratokonus</i>)</li> <li>- zaćma podtorebkowa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zacinienie wokół oczu</li> <li>- objaw Denniego i Morgana (fałd oczny)</li> <li>- biały dermatografizm</li> <li>- przedni fałd szyjny</li> <li>- świąd skóry po spoceniu</li> <li>- nietolerancja pokarmów</li> <li>- nietolerancja wełny</li> <li>- zaostrzenie po stresie</li> <li>- rumień twarzy</li> <li>- łupież biały</li> <li>- podkreślenie/akcentacja mieszków włosowych</li> </ul>

**Tabela 2.**

JEDNOSTKI CHOROBY WYMAGAJĄCE RÓŻNICOWANIA Z AZS		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- łojotokowe zapalenie skóry</li> <li>- trądzik niemowlęcy</li> <li>- prosaki</li> <li>- rybia łuska</li> <li>- rogowacenie mieszkowe</li> <li>- potówki</li> <li>- teleangiektazje</li> <li>- zaburzenia naczyniowe</li> <li>- łuszczyca</li> <li>- łupież różowy Giberta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pityriasis lichenoides chronica</li> <li>- grzybica skóry</li> <li>- alergiczne kontaktowe zapalenia skóry</li> <li>- kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia</li> <li>- wyprysk pieniążkowaty</li> <li>- liszaj płaski</li> <li>- choroba Dühringa</li> <li>- chłoniaki pierwotnie skórne T komórkowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- infekcje: bakteryjne, wirusowe, grzybicze</li> <li>- niedobory odporności: z. Comel-Netherton, z. Omenn, z. SAM z. IPEX, z. hyper-IgE (HIES), z. Wiskott-Aldrich</li> <li>- acrodermatitis enteropathica</li> <li>- mastocytoza</li> <li>- histiocytoza X</li> <li>- NLE – toczeń noworodków</li> </ul>

### ● 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 negatywne, co jak wspomniano wyżej, nie wyklucza rozpoznania AZS.

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



## 5. Skale do pomiaru nasilenia AZS – SCORAD i EASI

Popularnym narzędziem służącym do oceny nasilenia atopowego zapalenia skóry jest skala SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) oraz EASI (Eczema Area and Severity Index). Pierwsza bierze 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.

## 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 (środki do pielęgnacji skóry o nieprawidłowym pH, detergenty, substancje zapachowe, niektóre tkaniny)
- alergeny powietrzno pochodne (pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, alergeny sierści zwierząt)
- czynniki klimatyczne (temperatura, wilgotność powietrza)
- alergię pokarmową u chorych z rozpoznaną przez lekarza alergią (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 wziewne stanowią powód pogorszenia stanu skóry.

Pomocnymi w identyfikacji czynników nasilających przebieg AZS mogą okazać się testy alergologiczne, które odpowiednio zleci i zinterpretuje lekarz prowadzący chorego. 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 narażeniem 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 przeciwpyłkowej**

### **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.

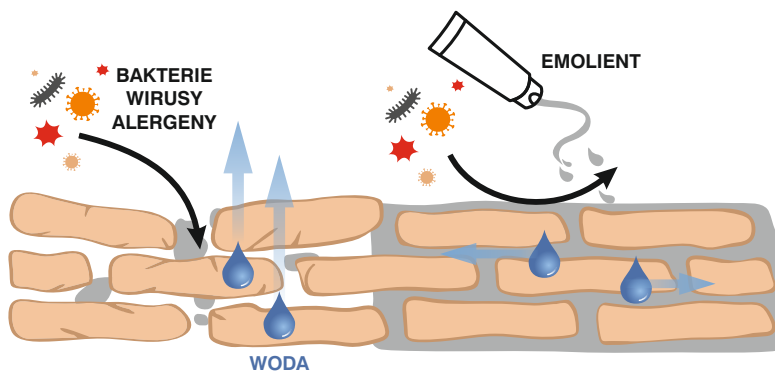
### ● *Terapia emolientowa (patrz Część III)*

W celu odbudowy bariery naskórkowej stosuje się odpowiednie preparaty emolientowe. Są dostępne w postaci kremów, balsamów, maści, żeli oraz emulsji. Redukują one objawy kliniczne atopowego zapalenia skóry i zapobiegają nawrotom choroby. 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 oraz substancje uszczelniające: ceramidy, cholesterol, kwasy tłuszczowe. Emolienty regenerują barierę naskórkową, odbudowują płaszcz hydrolipidowy naskórka czyli nawilżają i natłuszczają.



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 ścieńczenia skóry i wpływa pozytywnie na regenerację bariery naskórkowej. Oba leki w postaci miejscowej stosowane są do leczenia AZS u dorosłych oraz dzieci zgodnie

z zaleceniem lekarza. 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
<p><b>emolienty</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– stosowane jako terapia podstawowa w AZS minimum 2-3 razy dziennie</li> <li>– mogą być jedyną formą terapii miejscowej, stanowić jej uzupełnienie lub podtrzymywać uzyskane okresy remisji</li> <li>– zawierają substancje okluzyjne, które zapobiegają przeznaskórkowej utracie wody, substancje nawilżające, czyli wiążące wodę humektanty oraz lipidy, które uszczelniają i odbudowują barierę naskórkową</li> <li>– zmniejszają objawy kliniczne AZS u dzieci i dorosłych</li> <li>– łagodzą świąd oraz zmniejszają suchość skóry</li> </ul>
<p><b>emolienty plus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– to emolienty wzbogacone w dodatkowe substancje aktywne naturalnego pochodzenia, które wykazują pewne właściwości przeciwzapalne, przeciwświądowe, wspomagają naturalną odporność, regulują mikrobiom skóry, regenerują barierę naskórkową</li> </ul>
<p><b>miejscowe glikokortykosteroidy (mGKS)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– to podstawowe leki przeciwzapalne w leczeniu zaostrzenia AZS</li> <li>– hamują uwalnianie mediatorów reakcji zapalnej, przez co wykazują dobry i szybki efekt przeciwzapalny oraz przeciwświądowy</li> <li>– dostępne są preparaty o różnej sile działania</li> <li>– nie każdy preparat steroidowy może być stosowany u małych dzieci, a o jego doborze decyduje lekarz</li> <li>– 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</li> </ul>
<p><b>miejscowe inhibitory kalcyneuryny (mIK)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hamują aktywację limfocytów T i uwalnianie cytokin zapalnych</li> <li>– stosowane w łagodnym, umiarkowanym i ciężkim AZS u dorosłych i dzieci</li> <li>– stosowane są do leczenia zaostrzeń AZS oraz w kontynuacji terapii AZS po mGKS</li> <li>– takrolimus stosowany jest w terapii podtrzymującej/proaktywnej, która kontroluje chorobę</li> <li>– szczególnie polecane na wrażliwe obszary skóry np. skóra twarzy i szyi, okolice zgięciowe, okolice narządów płciowych</li> <li>– w przeciwieństwie do mGKS nie powodują atrofii skóry ani jaskry</li> <li>– po aplikacji może wystąpić pieczenie i zaczerwienienie skóry – jest to efekt przejściowy, który zwykle ustępuje po kilku dniach stosowania</li> </ul>

## 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 przeciwwirusowe

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 opryszczki wymaga to bezzwłocznej konsultacji i zastosowania ogólnego leczenia przeciwwirusowego. Pacjenci z AZS powinni unikać kontaktu z osobami z aktywnym zakażeniem wirusem opryszczki.

## 4. Leczenie ogólne

Chorzy z umiarkowaną i ciężką postacią AZS, u których leczenie miejscowe nie jest wystarczające w kontrolowaniu objawów choroby, mogą wymagać leczenia fototerapią lub lekami ogólnymi takimi jak:

- cyklosporyna A (CyA)
- metotreksat (MTX)
- azatiopryna (AZA)
- mykofenolan mofetylu (MMF)
- glikokortykosteroidy (GKS)
- leki biologiczne (dupilumab, tralokinumab)
- leki drobnocząsteczkowe abrocycytnib, barycycytnib, upadacycynib

**Fototerapia** to metoda leczenia światłem o określonej długości fali. Najczęściej stosowaną w AZS jest fototerapia UVB311 lub UVA1 z użyciem profesjonalnych lamp do fototerapii. Sesje prowadzone są po zakwalifikowaniu pacjenta do tej formy terapii przez lekarza specjalistę dermatologii. Odbywają się one 3-4 razy w tygodniu, ściśle określoną i wyznaczoną przez dermatologa dawką. Proces leczenia monitorowany jest przez lekarza prowadzącego fototerapię.

**Cyklosporyna A** jest lekiem pierwszego wyboru u dorosłych pacjentów z ciężką postacią AZS. Podawana jest w formie tabletek. Stosowana jest też w leczeniu u dzieci i młodzieży z ciężkim przebiegiem choroby.

**Metotreksat, azatiopryna** oraz **mykofenolan mofetylu** mogą być stosowane w sytuacjach szczególnych, jeżeli dotychczasowa terapia cyklosporyną A nie przyniosła poprawy lub była przeciwwskazana.

**Doustne glikokortykosteroidy** mogą być zastosowane w opcji krótkotrwałej terapii w celu wyciszenia ciężkiego zaostrzenia choroby. Nie stanowią przewlekłej formy terapii AZS.

Wszystkie wymienione leki powinny być stosowane pod ścisłą kontrolą lekarską.

### ● **Nowoczesne leki w AZS**

Od roku 2017 w leczeniu AZS rejestrowane są nowe leki przeznaczone dla pacjentów z umiarkowanym i ciężkim przebiegiem choroby.

Nowe leki należą do dwóch grup:

- leki biologiczne (przeciwciała monoklonalne hamujące konkretne interleukiny lub ich receptory)
- leki drobnocząsteczkowe (inhibitory kinaz janusowych)

**Aktualnie w Polsce pacjenci z ciężką postacią AZS (EASI  $\geq$ 20 pkt) spełniający konkretne, ściśle określone kryteria tzw. programu lekowego, mogą być leczeni lekami biologicznymi lub drobnocząsteczkowymi.**

W ramach programu lekowego dostępne są wszystkie obecnie zarejestrowane w UE „nowe leki” czyli: **dwa leki biologiczne – dupilumab i tralokinumab** oraz **trzy leki drobnocząsteczkowe – upadacetynyb, barycetynyb oraz abrocetynyb**.

**Dupilumab** to przeciwciało skierowane przeciwko podjednostce alfa receptora IL4.

**Tralokinumab** to przeciwciało skierowane przeciwko IL-13.

**Dupilumab** oraz **tralokinumab** to leki, które są podawane w formie zastrzyków co 2 tygodnie. Po odpowiednim przeszkoleniu oraz jeśli lekarz uzna to za właściwe pacjent lub rodzic pacjenta może samodzielnie wykonywać wstrzyknięcia leku w warunkach domowych.

**Abrocycytnib** to inhibitor kinaz janusowych. Spośród 4 kinaz najsilniej hamuje pierwszą kinazę janusową (JAK1).

**Barycycytnib** to inhibitor kinaz janusowych. Spośród 4 kinaz najsilniej hamuje pierwszą i drugą kinazę janusową (JAK1/JAK2).

**Upadacycynib** to inhibitor kinaz janusowych. Spośród 4 kinaz najsilniej hamuje pierwszą kinazę janusową (JAK1).

**Abrocycytnib, barycycytnib i upadacycynib** są podawane w formie tabletek doustnych, raz dziennie. Dostępne są w dwóch dawkach.

W chwili obecnej w Polsce do programu lekowego leczenia ciężkiej postaci AZS, jeśli spełniają inne kryteria programu, kwalifikowani mogą być pacjenci od 6 roku życia w przypadku leczenia dupilumabem, od 12 roku życia w przypadku leczenia tralokinumabem oraz upadacycynibem. Barycycytnib oraz abrocycytnib dostępne są obecnie dla pacjentów powyżej 18 roku życia.

Terapie w/w lekami prowadzone są w określonych ośrodkach, które realizują dany program lekowy. Na terenie Polski w większości województw znajdują się placówki, w których prowadzone są programy lekowe.

W trakcie terapii lekami w ramach programu lekowego pacjent odbywa wizyty kontrolne w określonych odstępach czasowych, podczas których lekarz ocenia skuteczność leczenia, zleca wykonanie badań kontrolnych oraz wydaje pacjentowi leki na okres pomiędzy kolejną wizytą.

**Podczas terapii nowoczesnymi lekami nie należy zapominać o regularnym stosowaniu emolientów, które są fundamentem leczenia AZS niezależnie od zastosowanej terapii.**

Nazwa leku	Mechanizm działania leku	Wiek kwalifikacji*	Forma podania leku	Częstość podawania leku
<b>Dupilumab</b>	Przeciwciało monoklonalne przeciwko receptorowi dla IL-4, które przez swój mechanizm działania blokuje IL-4 oraz IL-13	6 r.ż. i powyżej	Podskórnie w formie zastrzyków	Co 2 tygodnie. U dzieci zależnie od wieku i masy ciała lek podawany jest co 2 lub 4 tygodni.
<b>Tralokinumab</b>	Przeciwciało monoklonalne przeciwko IL-13	12 r.ż. i powyżej	Podskórnie w formie zastrzyków	Co 2 tygodnie
<b>Upadacycynib</b>	Inhibitor kinaz janusowych	12 r.ż. i powyżej	Doustnie w formie tabletek	Codziennie
<b>Barycycytnib</b>	Inhibitor kinaz janusowych	18 r.ż. i powyżej	Doustnie w formie tabletek	Codziennie
<b>Abrocycytnib</b>	Inhibitor kinaz janusowych	18 r.ż. i powyżej	Doustnie w formie tabletek	Codziennie

\*wg obecnego programu lekowego. Stan na styczeń 2024r.



Warto zauważyć, że:

- kryteria programów lekowych są aktualizowane w związku z tym mogą się zmieniać,
- zapisy rejestracyjne już dopuszczonych nowych leków mogą zmieniać się np. w zakresie wieku, od którego są dopuszczone,
- trwają badania kliniczne z nowymi lekami i można spodziewać się nowych rejestracji.

### ● **Nowe opcje terapeutyczne na horyzoncie**

Ostatnie lata obfitują w intensywne badania nad patogenezą AZS, które są podwaliną do tworzenia nowych opcji terapeutycznych. Aktualnie trwa wiele badań klinicznych z nowymi przeciwciałami monoklonalnymi skierowanymi przeciwko np. IL-13 (lebrikizumab), IL-31 (nemolizumab), czy też cząsteczce OX40L (amlitelimab) np. podawanych w formie zastrzyków oraz inhibitorami kinaz janusowych (JAK-1, JAK-2, JAK-3) np. ruxolitynib, delgocytynib aplikowanymi miejscowo w postaci kremu, maści czy nawet płynu. Badania te są na różnym stopniu zaawansowania. Obecnie żaden z wymienionych leków nie jest jeszcze zarejestrowany w Europie do leczenia AZS, chociaż ruxolitynib otrzymał już rejestrację w USA do leczenia umiarkowanego oraz ciężkiego AZS u pacjentów od 12 roku życia. Zatem perspektywa ta może zmienić się w nieodległej przyszłości.

## ● **5. 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 współistniejącą alergię pokarmową. Najczęściej uczulającymi pokarmami są: mleko krowie, jaja, orzeszki ziemne, inne orzechy, kakao, ryby, owoce morza, soja, pszenica.

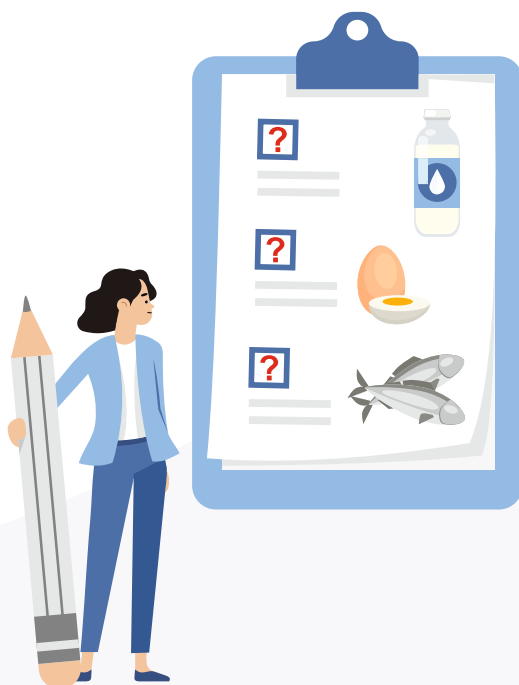
Wielu rodziców dzieci z atopowym zapaleniem skóry jest przekonanych, że to alergia pokarmowa odpowiada za stan skóry ich dziecka. Należy zaznaczyć jednak, że AZS to choroba wieloczynnikowa rozwijająca się i zaostrzająca w rezultacie oddziaływania czynników genetycznych, immunologicznych, środowiskowych, 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 2-4-6 tygodni, zależnie od podejrzanego mechanizmu nadwrażliwości. Najczęściej dotyczą one alergenów białek mleka krowiego i jaj w pierwszych miesiącach życia. Zależnie od wyniku diety eliminacyjnej diagnostycznej lekarz zdecyduje o braku konieczności utrzymania diety eliminacyjnej, bądź zdecyduje 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. Dobierane są one w taki sposób, aby pomimo wykluczenia alergenu pokarmowego nadal dostarczać wszystkich niezbędnych wartości odżywczych. 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 zaostczenie 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.



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 wziewne.

**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.**

## 6. 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.

W AZS istnieje tak zwany „cykl drapanie-swędzenie”. Drapanie swędzącego obszaru prowadzi do naruszenia bariery naskórkowej, a w konsekwencji do uwolnienia mediatorów stanu zapalnego i nasilenia stanu zapalnego, który powoduje dalsze swędzenie i drapanie.



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 przeciw-histaminowe, o których wzmiankowano wyżej.

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. Zalecane jest stosowanie produktów bez zapachów, barwników czy konserwantów. 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 wietrzenie 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.

Jeżeli świadek utrzymuje się, zgłoś się do Twojego lekarza celem konsultacji i rozważenia modyfikacji leczenia.

## 7. Zaburzenia snu

Zaburzenia snu to częsty problem, z którym zmagają się osoby chorujące na AZS, szczególnie w okresie zaostrzenia choroby. Według dostępnych danych dotyczą one 47% do 80% dzieci oraz 33% do 90% dorosłych pacjentów z AZS. Obejmują bezsenność, problemy z zasypianiem, częste wybudzanie się w nocy, co powoduje nadmierną senność oraz zmęczenie w ciągu dnia, problemy z koncentracją, spadek produktywności w szkole lub w pracy. Ponadto osoby z AZS śpią krócej w stosunku do osób zdrowych. Na zakłócony sen cierpią także bliscy pacjentów.

Zazwyczaj, kiedy stan skóry się polepsza zaburzenia snu ustępują. W okresach zaostrzenia choroby jakość snu można polepszyć poprzez strategie łagodzące intensywny świadek (patrz punkt 7.), który jest głównym czynnikiem powodującym problemy ze snem w AZS.

### **Oto kilka wskazówek, które mogą być pomocne:**

- Zadbaj, aby temperatura w sypialni nie była zbyt wysoka, aby uniknąć pocenia się.
- Wprowadź relaksującą rutynę przed snem – może to być np. krótka kąpiel oraz aplikacja odpowiedniego preparatu emolientowego.
- Wybierz luźną, komfortową piżamę wykonaną z naturalnego materiału np. bawełny.
- Dbaj o ogólną higienę snu, np. staraj się chodzić spać o stałych godzinach, nie korzystaj z elektroniki przed snem.
- Skonsultuj się z lekarzem celem ewentualnej modyfikacji leczenia.

## ● 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. 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.**

Emolienty bez barwników, konserwantów, zapachów są 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 kąpeli.**

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.

- **Myj ciało delikatnie, ale dokładnie.**

Unikaj myjek i gąbek, a jeśli musisz je zastosować wybieraj takie, które nie są szorstkie i traktuj jako jednorazowe.

- **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. Odbudowują naskórek, nawilżają, uszczelniają i hamują przeznaskórkową utratę wody, przywracają skórze jej właściwe funkcje. 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.

Wybierając emolient należy również zwrócić uwagę na opakowanie produktu. Najlepszym wyborem będzie emolient w pojemniku z pompką. Takie opakowanie zapewnia sterylność produktu. W przypadku opakowania bez pompki emolient należy nakładać czystą szpatułką i przechowywać go w lodówce.

**Pamiętaj:**  
Emolient należy stosować systematycznie.

## **Praktyczne wskazówki:**

- Kiedy skóra jest bardzo sucha, łuszczy się, obecna jest lichenifikacja dobrym wyborem będzie emolient z większą zawartością lipidów. Emolient taki posiada tłustą, treściwą konsystencję, która dobrze zabezpiecza skórę przed utratą nawilżenia.
- Także w okresie jesienno-zimowym, który często wiąże się z zaostrzeniami AZS, preferowane są emolienty z większą zawartością lipidów.
- W okresie letnim mogą być stosowane emolienty o lżejszej formule.

## **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!

- Zaczynij 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 emolientów i 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 kąpeli. Stosuj kąpiele krótkie z użyciem odpowiedniego substytutu mydła. Zaraz po kąpielu 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.

Według przeprowadzonych badań ryzyko wystąpienia lęku lub depresji u dorosłych z AZS jest 2,5- do 3-krotnie większe, natomiast u dzieci z AZS jest od 2 do 6 razy większe niż u dzieci bez AZS.

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, indywidualnie, a także w formie online. 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 wyciszenia się AZS i ustąpienia objawów. Nie oznacza to jednak, że choroba zniknęła całkowicie. Trzeba liczyć się z możliwością jej nawrotu pod postacią widocznych objawów na skórze. 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. Zasady przeprowadzania mycia i kąpieli przedstawiono w dedykowanym podpunkcie wyżej. 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 rozpoznaniem 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%.

### ● **Jak pielęgnować skórę głowy w AZS?**

Jeżeli pojawiają się zmiany na skórze owłosionej głowy najpierw skonsultuj się z lekarzem, czy to na pewno AZS. Lekarz zaleci leczenie zależnie od przyczyny wystąpienia i nasilenia zmian, niektóre z nich mogą wymagać recepty.

Skóra głowy, która jest zajęta przez zmiany atopowego zapalenia skóry wymaga nawilżenia tak samo jak całe ciało. Odpowiedni preparat emolientowy można nakładać na skórę głowy, rozdzielając włosy i wmasowując go w skórę, tak aby jak najwięcej produktu docierało na skórę, a nie na włosy. Emolienty w formie maści nie będą odpowiednim wyborem, ponieważ są trudne do zmycia z tej części ciała. Lepiej sprawdzą się tu emolienty w formie lotionu, które posiadają lekką, mleczną konsystencję lub w formie żelu lub sprayu.

Do mycia skóry głowy należy wybrać specjalistyczny szampon, który jest dedykowany atopowej skórze.

### ● **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 rezerwuar 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**





LEO® RoW Protopic® 77/grudzień 2023  
© Wszystkie wykorzystane znaki towarowe  
należą do LEO Pharma A/S

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

