



Dermokosmetyczna pielęgnacja skóry z AZS i łuszczycą

Szacuje się, że w Polsce na łuszczycę cierpi około 1 mln osób (2-4% populacji). W ciągu ostatnich lat zapadalność na łuszczycę wzrosła i w niektórych populacjach odsetek chorych może wynosić nawet 11,4%. Łuszczycą jest z pewnością chorobą stygmatyzującą. Przeprowadzone przez Instytut Homo Homini badanie „Polacy o chorobach autoimmunologicznych” wykazało, że co czwarty respondent uważa, że można się nią zarazić. Osoby chore na łuszczycę bardzo często odczuwają wstyd, brak zrozumienia i strach przed odrzuceniem, dlatego rzadko odwiedzają salony kosmetyczne lub ośrodki spa. Sytuacja chorych na łuszczycę jest trudna nie tylko z powodu ogólnoustrojowego przebiegu choroby, lecz także z tego względu, że prowadzi do wykluczenia społecznego i izolacji.



Dermatologia
/ artykuł

Biorąc pod uwagę fakt rosnącej liczby osób chorych na łuszczycę i dużą tendencję do wzrostu zachorowalności na atopowe zapalenie skóry (AZS), gabinety kosmetyczne muszą być przygotowane na zaproponowanie klientowi programu dermokosmetycznej pielęgnacji skóry zmienionej chorobowo, opartego o wiedzę na temat etiopatogenezy, objawów i przebiegu choroby. W tym przypadku niezbędna jest współpraca kosmetyczki/kosmetykologa z dermatologiem. Dobra współpraca na linii pacjent-dermatolog-kosmetykolog jest w stanie przynieść satysfakcjonujące efekty oraz okresy remisji choroby, pomimo wielu problemów terapeutycznych. Nie bez znaczenia jest rola edukacji pacjenta – jeśli lepiej pozna i zrozumie swoją chorobę, będzie pilniej stosował się do zaleceń lekarskich i dermokosmetycznych, co pozwoli na ograniczenie objawów atopowego zapalenia i łuszczycy. American Academy of Dermatology podkreśla znaczenie proaktywnego podejścia do leczenia AZS oraz łuszczycy, które ma pozwalać na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych. Ma ono oznaczać przyjmowanie z zaplanowanymi przerwami kortykosteroidów lub inhibitorów kalcineuryny oraz codzienną aplikację emolientów i systematyczne korzystanie z zabiegów dermokosmetycznych.

PROBLEM – NADMIERNA PROLIFERACJA NASKÓRKA

Istotą procesu chorobowego w łuszczycy jest stan zapalny charakteryzujący się zwiększoną proliferacją naskórka. Następuje nadmierna liczba podziałów keratynocytów w warstwie podstawnej naskórka oraz przyspieszony i nieprawidłowy cykl ich dojrzewania. W normalnym naskórku ten cykl trwa 26-28 dni, zaś w łuszczycy 3-4 dni. Pierwszym etapem pielęgnacji skóry z łuszczycą jest usunięcie łuski za

pomocą preparatów keratolitycznych zawierających kwas salicylowy. Na skórę gładką stosuje się maść salicylową, a na skórę owłosioną głowy 5% oliwę salicylową. Pozostałe preparaty keratolityczne to: sól Morza Martwego, alfa-hydroksykwas, np. kwas glikolowy, cytrynowy, mlekowy oraz mocznik (w stężeniach 5-10% ma działanie nawilżające, a złuszczające w stężeniach powyżej 10%). Na tak przygotowaną skórę aplikujemy dermatologiczne preparaty hamujące nadmierną proliferację komórek naskórka (cygnolina, glikokortykosteroidy, pochodne witaminy D₃, które hamują proliferację keratynocytów i gromadzenie komórek zapalnych oraz stymulują prawidłową keratynizację, pochodne kwasu witaminy A działające przeciwzapalnie, dziegcie). W przypadku zmian zlokalizowanych na skórze twarzy, okolicach pachowych i pachwinowych zalecane jest stosowanie tzw. leków immunomodulujących (np. pimekrolimus krem 1%, takrolimus maść 0,1%).

PIELĘGNACJA SKÓRY Z AZS I ŁUSZCZYCĄ

Najpopularniejszymi lekami do stosowania w miejscowej terapii łuszczycy są glikokortykosteroidy (GKS), które oddziałują na dwie składowe procesy łuszczycowego: hiperproliferację i stan zapalny. Istnieją dwie klasyfikacje glikokortykosteroidów uwzględniające siłę ich działania naczynioskurczowego. Amerykański podział wyróżnia siedem klas: w grupie 1. znajdują się preparaty najsilniejsze (np. Clobederm), a w grupie 7. najsłabsze (np. hydrokortyzon). Klasyfikacja europejska wyróżnia cztery klasy: I – najsłabsza, IV – najsilniejsza.

Większość pacjentów nie zdaje sobie sprawy z istnienia ww. klasyfikacji, a co za tym idzie – nie ma wiedzy dotyczącej siły działania przepisywanych im GKS. Niestety, bardzo często przyczynia się to do nieprawidłowej

ALEKSANDRA
CZARNOTA
mgr kosmetolog, absolwentka
Collegium Medicum UJ,
autorka dermokosmetycznych
programów pielęgnacyjnych,
szkoleniowiec Janssen Cosmetics

aplikacji leku oraz pojawienia się efektów ubocznych GKS (zaniki skóry, rozstępy, teleangiektazje). Oprócz siły działania ważną jest również forma galenowa produktu, którą dopasowujemy do rodzaju, lokalizacji i rozległości zmian chorobowych. Ten sam preparat w maści działa silniej niż w kremie, dlatego maści znajdują zastosowanie na ogniska łuszcycowe suche, zadawnione i o większej akantozie. Dobór odpowiedniego preparatu jest bardzo ważny i ma wpływ na systematyczne stosowanie leku.

Przykładowo, pacjent, który stosuje GKS w formie maści na zmiany łuszcycowe zlokalizowane na owłosionej skórze głowy, szybko się do tego zniechęci. Skóra na głowie najlepiej toleruje preparaty w płynie, które nie skleją włosów i można je aplikować nawet w ciągu dnia, bez uszczerbku dla ich wyglądu.

Oprócz leczenia dermatologicznego ważną jest systematyczna pielęgnacja skóry w warunkach domowych, z zastosowaniem natłuszczających emolientów. Pielęgnacja skóry pacjenta z łuszcycą jest procesem długotrwałym i wymagającym od chorego zdyscyplinowania i systematyczności. Stosowanie miejscowych preparatów sterydowych wraz z preparatami natłuszczającymi oraz odpowiednią pielęgnacją skraca czas leczenia i przywraca skórze komfort. Dermokosmetyczna pielęgnacja skóry pacjentów z łuszcycą i AZS ma duży wpływ na skuteczność stosowanej terapii miejscowej oraz utrzymanie efektów zastosowanego leczenia.

Stosowanie emolientów (dodawanych do kąpiei oraz aplikowanych w postaci kremów co najmniej dwa razy dziennie) i miejscowych glikokortykosteroidów stanowi obecnie podstawę leczenia AZS i łuszcycy. Coraz częściej ze względu na skutki uboczne GKS stosuje się terapię przerywaną, aplikując naprzemiennie GKS (np. co drugi dzień) z substancjami obojętnymi. Przez wielu dermatologów preferowane jest leczenie weekendowe, polegające na dwudniowym stosowaniu GKS i pięciodniowym (w pozostałe dni) preparatu obojętnego. Ten system zdecydowanie zwiększa bezpieczeństwo leczenia, jednocześnie przynosząc zadowalające efekty kliniczne.

OPATRUNEK OKLUZYJNY

Opatrunek okluzyjny wspomaga działanie zastosowanego leku lub dermokosmetyku oraz zwiększa absorpcję stosowanych miejscowo preparatów. Na miejsca zmienione chorobowo należy nałożyć właściwy preparat i przykryć go cienką folią, na którą trzeba nałożyć gazę i zabezpieczyć bandażem. Klasyczna okluzja przy użyciu materiału nieprzepuszczalnego zwiększa przenikanie leku nawet 10-krotnie. Nierzadko jednak taki zabieg wywołuje podrażnienia, dlatego na rynku pielęgnacji dermatologicznej pojawiły się hydrokoloidowe opatrunki okluzyjne, które pozwalają na pozostawienie ich na skórze nawet przez 2 dni i powtórzenie zabiegu po kilku dniach przerwy. Dzięki takiej pielęgnacji mamy możliwość stosowania słabszych glikokortykosteroidów (GKS) i zużywamy mniej preparatu. Ten schemat zabiegowy jest porównywalny z codzienną aplikacją silnych GKS bez okluzji.

W wielu krajach powszechnie stosuje się metodę bandażowania skóry wilgotnymi okładami (*wet-wrap dressings*) po wcześniejszej aplikacji emolientu lub leku przeciwzapalnego. Ta chłodząca metoda znajduje zastosowanie szczególnie w ostrych stanach zapalnych i erytrodemii ze względu na efekt przeciwzapalny, przeciwświądowy i przynoszący przesuszonej skórze ulgę.

PROBLEM - SUCHOŚĆ SKÓRY

Suchość skóry i związana z nią zwiększona przesnaskórkowa utrata wody TEWL (*Trans Epidermal Water Loss*) występująca u osób chorych na AZS i łuszcycę jest spowodowana przede wszystkim nieprawidłowym metabolizmem lipidów naskórkowych. Sucha skóra (*xerosis*) wiąże się również z małym uwodnieniem warstwy rogowej SC (*Stratum Corneum*), nieprzekraczającym 10%. Problem nadmiernej suchości skóry dotyczy również skóry z łuszcycą. W tym przypadku znaczącą rolę odgrywają kąpiele, które powodują rozmiękanie i oddzielanie się łusek, ułatwiając przenikanie stosowanych w następnej kolejności maści dermatologicznych oraz emolientów. Produkty nawilżające i natłuszczające powinny być aplikowane na skórę w ciągu 5 minut po zakończeniu kąpiei. Zabezpieczymy w ten sposób ciało przed nadmiernym wyparowaniem wody w warstwie rogowej i nasileniem objawów suchości skóry. Emolienty przyczyniają się do otworzenia płaszcza lipidowego skóry, zwiększają nawilżenie i elastyczność skóry, co również łagodzi uczucie świądu.

Słowo emolient wywodzi się z języka łacińskiego (*emollire*) i oznacza substancję przeznaczoną do zmiękczenia skóry. Systematyczna aplikacja emolientów redukuje suchość skóry, zwiększa jej elastyczność, minimalizuje łuszczenie, szorstkość oraz uczucie napięcia, dzięki czemu chroni skórę przed powstawaniem bolesnych pęknięć i przyczynia się do zmniejszenia uczucia świądu. W leczeniu AZS i łuszcycy powinny być wybierane szczególnie emolienty niezawierające substancji zapachowych, konserwantów oraz barwników, ponieważ mogą one przyczynić się do podrażnienia skóry lub wywołania reakcji alergicznych.

Przy skórze zmienionej chorobowo należy aplikować preparaty nawilżające tak często, jak to możliwe. Związane jest to z tym, że maksymalny efekt działania emolientów występuje w ciągu 0,5–1 godziny po aplikacji i utrzymuje się od 4 do 6 godzin. Kosmetolog powinien umieć doradzić indywidualnie dobór odpowiedniego preparatu pielęgnacyjnego, biorąc pod uwagę również zmieniające się warunki atmosferyczne. W zimie skóra jest bardziej przesuszona i łatwiej ulega podrażnieniom, dlatego warto przygotować programy pielęgnacyjne uwzględniające produkty silniej natłuszczające. Cennym składnikiem emolientów jest mocznik, wprowadzony do lecznictwa zewnętrznego w latach 40. XX wieku, będący naturalnym składnikiem SC, w której występuje w postaci naturalnego czynnika nawilżającego NMF (*Natural Moisturising Factor*) i stanowi 7% jej masy.

Wśród najczęściej wykorzystywanych składników do nawilżania skóry znajdują się alkohole wielowodorotlenowe, które powodują długotrwały efekt ograniczenia TEWL (gliceryna, glikol propylenowy oraz glikole butylenowe). Do hydrofobowych składników o działaniu okluzyjnym należą: oleje mineralne (np. olej parafinowy), woski oraz wazelina. Ta ostatnia może przyspieszać biosyntezę lipidów dzięki jej możliwości przenikania w głąb naskórka do rezerwuaru lipidów międzykomórkowych. Na uwagę zasługuje jej wysokie (98%) działanie okluzyjne w porównaniu z innymi substancjami olejowymi. Cenne właściwości pielęgnacyjne dla skóry zmienionej chorobowo ma również olej makadamia oraz masło shea (karite). Nienasycone kwasy tłuszczowe zawarte w maśle karite biorą udział w syntezie lipidów warstwy rogowej naskórka i uszczelniają barierę lipidową, co jest szczególnie pożądane przy pielęgnacji skóry suchej i atopowej. Bardzo często wykorzystywane są również substancje o aktywności przeciwzapalnej, m.in.


wyciąg z korzenia lukrecji, owsa zwyczajnego czy aloesu. Wiele nowoczesnych preparatów dla skóry z AZS nie zawiera tradycyjnych emulgatorów, wykorzystując zamiast nich fosfolipidy, liproteiny oraz systemy DMS (*derma-membrane-structure*). Osoby cierpiące na atopowe zapalenie skóry mają zaburzoną przemianę kwasu linolenowego do metabolitów wykazujących działanie przeciwzapalne. Suplementacja kwasu gamma-linolenowego przez okres 3 miesięcy zmniejsza suchość skóry, łagodzi podrażnienia i uczucie świądu. W dużych ilościach występuje w olejach z wiesiołka dwuletniego, ogórecznika lekarskiego i czarnej porzeczki.

DERMOKOSMETYCZNE SPA DLA SKÓRY ZMIENIONEJ CHOROBOWO

Poszczególne metody terapeutyczne mogą być wykorzystywane w leczeniu chorób skóry osobno, w terapii łączonej oraz z zastosowaniem dermatologicznych preparatów miejscowych. Terapię spa stosuje się najczęściej w leczeniu łuszczycy, atopowego zapalenia skóry i bielactwa. Holistyczne podejście terapii spa obejmuje leczenie światłem słonecznym (helioterapia), kąpiele w wodzie morskiej (talasoterapia), uzdrowiskowych wodach leczniczych (balneoterapia) oraz okłady z błota (peloterapia). Balneoterapia stanowi jedną z jedną z najbardziej efektywnych metod tego typu terapii łuszczycy. Przyczynia się do cofnięcia zmian tkankowych w badaniu histopatologicznym wycinków skóry (zanik parakeratozy, pojawienie się warstwy ziarnistej i ustępowanie cech zapalenia). Na szczególną uwagę zasługują kąpiele chlorkowo-sodowe, siarczkowo-siarkowodorowe i radocenne. Choroby często zalecane są

wyjazdy nad Morze Martwe, znane ze swoich zasobów naturalnych, charakteryzujące się dużym stężeniem soli i unikalnym spektrum promieniowania ultrafioletowego. Żeby uzyskać taki stopień zasolenia w wannie, jaki występuje w Morzu Martwym (stężenie składników mineralnych wynosi tam ok. 350 g/l), należałoby wykorzystać kilka kilogramów soli na jedną kąpiel. Niemniej jednak, nawet jeżeli nie uda się nam uzyskać takiego stężenia w warunkach domowych, bez wątpliwości kąpiele w roztworach soli wspomagają działanie pozostałych terapii miejscowych lub fototerapii, zwłaszcza poprzez łagodzenie objawów wysuszenia skóry.

Peloidoterapia lub peloterapia oznacza stosowanie peloidów do leczenia fizjoterapeutycznego, przede wszystkim w postaci kąpeli lub okładów. Nazwa wywodzi się z języka greckiego, w którym *pelos* oznacza błoto. W polskich uzdrowiskach i ośrodkach spa do peloidoterapii stosuje się borowinę, będącą mułem torfiastym o dużej zawartości kwasów humusowych. Seria zabiegów, w zależności od wskazań, wynosi od 10 do 20 zabiegów. Czas zabiegu wynosi 10 minut, potem można go stopniowo wydłużać, dochodząc do 20, a nawet 30 minut.

Oprócz borowiny niezwykle właściwości w terapii skóry zmienionej chorobowo posiada czarne i niebieskie błoto, pozyskiwane z Jeziora Sakskiego na Krymie, nazywane „czarnym balsamem”. Cechuje się wyjątkowo wysoką koncentracją minerałów i pierwiastków śladowych, co przekłada się na osiąganie bardzo dobrych wyników w dermokosmetycznej pielęgnacji skóry zmienionej chorobowo. 





JANSSEN COSMETICS

ALL SKIN NEEDS

FACE GUARD SPF 15 i SPF 30

Beztłuszczowe koncentraty o lekkiej konsystencji emulsji, zawierające fotostabilne filtry UVA/UVB oraz EKTOINĘ - unikalną, biologicznie czynną substancję, która chroni komórki skóry przed przesuszeniem

FACE GUARD uzyskał 4 gwiazdki na 5 możliwych w zakresie ochrony UVA, mierzonej według skali Boots Star Rating

FACE GUARD stanowi niezbędną ochronę skóry przed promieniowaniem UVA/UVB po peelingu chemicznym, zabiegach laserowych oraz mikrodermabrazji

Aplikuj FACE GUARD codziennie pod zwykłe używany krem pielęgnacyjny

JANSSEN COSMETICS POLSKA | ul. Krosnieniska 17/2L | 35-505 Rzeszów | tel. 17 740 15 10 | biuro@janssen-cosmetics.com | www.janssen-cosmetics.pl