

# Základná starostlivosť o suchú až atopickú kožu (Basic Care of the Dry to Atopic Skin)

Štofila, J.<sup>1</sup>, Štofilová, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pierre Fabre Dermocosmetique - Tchequie, Praha

<sup>2</sup> Ústav experimentálnej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita P. J. Šafárika, Košice

## Súhrn

V súčasnej dobe narastá počet pacientov trpiacich suchou až atopickou kožou. V rôznej literatúre sa uvádza ako jedna z príčin tohto stavu zhoršujúca sa kvalita životného prostredia, ako aj zmeny v správaní sa populácie, súvisiace s nadmernou hygienou a prehnaným používaním nevhodnej kozmetiky. Zároveň vekom dochádza k prirodzenému úbytku vody v koži a schopnosti kože udržať ju. Preto je dôležité najmä u starších pacientov tento fakt zohľadniť pri celkovej starostlivosti o pacienta. Emolienčné prípravky tvoria základ starostlivosti a mali by byť súčasťou každodennej starostlivosti o suchú kožu. Medzi emolienčiami patrí celá rada voľne predajných liečivých prípravkov a liečebnej kozmetiky.

Najpočetnejšou skupinou sú prípravky k obnove kožnej bariéry. Narušenie kožnej bariéry je jednou z príčin suchej až atopickej kože. Poruchou kožnej bariéry dochádza k zníženiu hydratácie kože, zníženiu schopnosti reparácie a zvýšeniu citlivosti na dráždivé látky a alergény, čo vedie k celkovému zhoršeniu stavu kože. Suchá koža ma väčšiu náchylnosť k bakteriálnej kolonizácii a bakteriálnym a vírusovým infekciám. Pacient by mal mať na premazávanie a hydratáciu kože k dispozícii také neparfumované emolienčiami, ktoré najviac vyhovujú jeho potrebám a ekonomickým možnostiam.

**Kľúčové slová:** suchá koža, atopická dermatitída, epidermálna bariéra, emolienčiami

## Abstract

Nowadays, there is an increasing number of patients suffering from dry to atopic skin. Various literature sources mention that one of the reasons for this deteriorating environmental quality, as well as changes in the behavior of population, excessive hygiene, and excessive use of unsuitable cosmetics. At the same time, age leads to the loss of natural water in the skin and the ability of the skin to keep it. Therefore, it is especially important for elderly patients to take this into account in the overall patient care. Emollient products form the basis of care and should be part of the daily care of dry skin.

Among emollients we include a number of non-prescription medicinal products and medical cosmetics. The largest group are the preparations for the restoration of the skin barrier. The skin barrier destruction is one of the causes of dry and atopic skin. The skin barrier disorder may reduce the hydration of the skin, or may reduce ability reparations and increase sensitivity to irritants and allergens which leads to an overall deterioration of the skin. Dry skin has a greater susceptibility to bacterial colonization and bacterial and viral infections. The patient should also disposal such have at his unscented emollients to lubricate and hydrate the skin which best suit his needs and economic possibilities.

**Key words:** dry skin, atopic dermatitis, epidermal barrier, emollients

Koža, vďaka svojej štruktúre, funkčnej vybavenosti, ale aj prítomnosti efektorových buniek a buniek imunitného systému predstavuje jeden z najdôležitejších orgánov ľudského tela. Akákoľvek malá porucha či zmena tohto systému má vplyv na celý organizmus. V súčasnej dobe sa zvyšuje prevalencia ochorení, na etiológii ktorých sa podieľa aj zhoršujúce sa životné prostredie a zaznamenáva sa fenomén zmierenia sa spoločnosti s týmto stavom.

## Suchá koža

Na narastajúcom počte ľudí so suchou kožou sa podieľa aj trend dnešnej doby, tzv. maximálnej čistoty. Podobne pribúda aj pacientov s problémami po dlhodobo neprimeranej hygiene často v kombinácii s veľmi účinnými produktmi na hygienu. Jednou z príčin vzniku suchej kože je tiež prirodzene slabnúca schopnosť pokožky udržať vodu. V období starnutia kože prebiehajú anatomické a fyziologické zmeny. Po 40.

roku života dochádza k zníženiu tvorby mazu a poruche ochranného filmu. Koža má sklon k suchosti, olupovaniu a svrbeniu. Vo veku 60 rokov býva postihnutých suchou kožou až 70% ľudí. Povrchová vrstva kože sa stenčuje, má sklon k suchosti a dochádza k jej atrofii [1, 2]. Vznik suchej kože závisí aj od pôsobenia vonkajších faktorov. Medzi vonkajšie vplyvy môžeme zaradiť klimatické zmeny, chemické látky (lieky, detergenty, rozpúšťadlá), fyzikálne faktory (slnečné žiarenie, voda) a stravu [2].

Medzi príznaky suchej kože patrí prítomnosť šupín, začervenanie, praskliny, drsnosť, nerovnosť kožného povrchu. Porušením intraepidermálnych nervov je vyvolané svrbenie, ktoré núti ku škriabaniu, čím sa narušuje kožný povrch a dochádza k uvoľňovaniu mediátorov, ktoré vyvolávajú ďalší pocit svrbenia. Subjektívne sa popisuje napätie, pálenie, pichanie až bolestivosť kože. Vzhľadom k nedostatočnej funkcii kožnej bariéry je zvýšené riziko infekcií, aktivácie dermatóz a kontaktnej senzibilizácie [2].

Samotná suchosť kože je jedným z charakteristických klinických znakov atopickej dermatitídy, a to nie len v ložiskách dermatitídy, ale aj v nezapálenej koži. Podmienená je porušenou bariérovou funkciou epidermy, ktorú za fyziologických podmienok zabezpečujú korneocyty a lipidové lamely medzibunkových priestorov *stratum corneum*. Zvýšená transepidermálna strata vody, únik zložiek prirodzeného hydratačného faktora a následná znížená väzobná kapacita epidermy pre vodu vedú k typickej xeróze kože [3].

Liečba suchej až atopickej kože spočíva v optimálnej starostlivosti, obnovení kožnej bariéry pravidelným používaním emolencií a hydratáciou kože.

### Atopická dermatitída

Prudký nárast alergií je celosvetovým problémom. Postihnuté sú všetky vekové kategórie. Atopická dermatitída (AD) postihuje asi 25% detí a 1 – 3% dospelých pacientov v celosvetovom meradle [4]. U časti pacientov (1 – 3%) môže ochorenie pretrvávajúť celoživotne. AD je chronické ochorenie, charakterizované recidivujúcim, zápalovým postihnutím kože, sprevádzané s torpidným pruritom. Suchosť kože (xeróza) je typickým prejavom zdravej aj postihnutej kože atopického pacienta. Ochorenie je charakterizované širokým spektrom klinických prejavov s typickou vekovou distribúciou a vysokou prevalenciou v detskom veku. U dospelých pacientov je častejšie postihnutie tváre a horných častí trupu, flexorov a rúk. Z genetického hľadiska je AD multifaktoriálne, heterogénne ochorenie vznikajúce v dôsledku génovej interakcie (gén – gén, gén – životné prostredie). S porušenou kožnou bariérou sú asociované tri skupiny génov: gény kódujúce štrukturálne proteíny, proteázy a inhibitory proteáz. Ochorenie je asociované s kožnou hyperreaktivitou na tzv. spúšťače životného prostredia, ktoré sú neškodné u zdravých non-atopických ľudí. Liečba každého pacienta s AD by mala byť individuálna, to značí šitá na mieru [4].

### Emolenciá

Emolenciá sú látky využívané vďaka svojim vlastnostiam na povrchové ošetrenie suchej kože. Stojá na pomedzí liečebnej kozmetiky a liekov. Vďaka obsahu lipidických a hydratačných zložiek dokážu nahrádzať vodu a lipidy, ktoré sú na povrchu suchej kože deficientné, a tým zlepšovať jej celkový stav. Emolientné prípravky by mal pacient používať stále, aj pokiaľ nie sú viditeľné žiadne mierne až zápalové prejavy. Sú považované za štandard v liečbe. Emolenciá nahrádzajú straty kožných lipidov, pokožku zjemňujú a hydratujú, obnovujú kožnú bariéru a obsah vody v *stratum corneum*. Podieľajú sa aj na úprave pH kože. Rada emolientných prípravkov obsahuje hydratujúce zložky, ktoré viažu vodu v *stratum corneum* a uplatňujú sa ako zložky prirodzeného hydratačného faktora (NMF). Medzi najznámejšie hydratačné zložky emolencií patrí urea, ktorá okrem hydratačného účinku pôsobí aj mierne

antiprurigózne. Urea môže u niektorých pacientov vyvolať podráždenie. Niektorými autormi sú prípravky s ureou doporučované až od 3 rokov a ako vhodnejšie hydratačné zložky sa uprednostňujú glycerol a dexpanthenol [5]. Glycerol moduluje chovanie lipidov v *stratum corneum*. *In vitro* glycerol zabraňuje kryštalizácii lipidových lamiel a lipidy sa zachovávajú vo forme tekutých kryštálov aj pri nízkej vlhkosti. Znižuje na niekoľko hodín transepidermálnu stratu vody. Nefyziologické lipidy, ako napr. vazelína, môžu pomôcť zlepšiť stav suchej kože vytvorením hydrofóbnej bariéry, ktorá znižuje transepidermálnu stratu vody. Niektoré kozmetické prípravky obsahujú napríklad extrakt z bieleho ovsu, u ktorého sa popisuje účinok zmiernujúci svrbenie, erytém, protizápalové pôsobenie a regenerácia kože [6].

Od roku 2013 sa na trhu objavili sterilné emolenciá, ktoré neobsahujú žiadne konzervačné látky, tak listované, ako aj nelistované. To predstavuje posun v bezpečnosti emolientných prípravkov. Tieto produkty si vďaka špeciálnemu uzáveru zachovávajú sterilitu počas celej doby používania. Od roku 2014 sú na trhu dostupné prvé sterilné imunomodulačné emolenciá, schopné stimulovať prirodzenú imunitu kože, naštartovať prirodzenú tvorbu antimikrobiálnych peptidov spolu so značným antiprurigóznym a protizápalovým účinkom.

Na trhu sa v súčasnej dobe nachádza množstvo emolencií líšiacich sa kvalitou a spracovaním. Bazálne ich vieme rozdeliť na základe galenickej formy na:

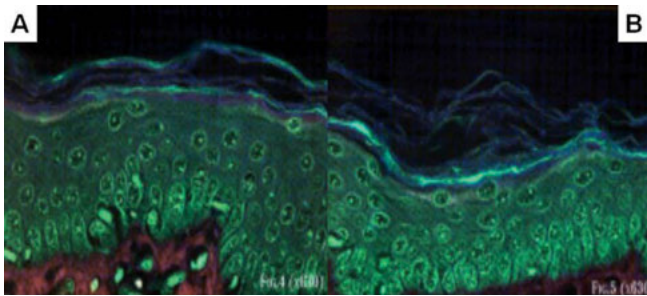
- produkty slúžiace k ošetrovaniu kože, ktoré sa môžu líšiť percentuálnym podielom lipidickej zložky (masti, krémy, mlieka a peny),
- produkty určené na hygienu (emolientné náhrady mydla, oleje, umývacie krémy).

**Masti a krémy** sa nanášajú na kožu. Krémy sa vstrebávajú rýchlejšie ako masti, majú kratší a mierne chladivý účinok. Masti sa vstrebávajú pomalšie, ale účinok pretrváva dlhšiu dobu a sú vhodnejšie na noc. **Emolientné náhrady mydla** (syndety) sa používajú namiesto klasického mydla. Obsahujú zvláčňujúce zložky s nezápalovými emulgátormi. **Semi-dispergovateľné oleje** do kúpeľa obsahujú emulgátory, ktoré umožňujú rozptýliť olej vo vode. Tieto prípravky majú čistiaci efekt a ľahko sa nanášajú na kožu. **Nedispergovateľné oleje** sú bez obsahu emulgátora, pričom olej vytvára na povrchu kože vrstvu, ktorá zostane na koži aj po kúpeli.

Samotné emolenciá slúžia na celotelové ošetrenie. Majú sa používať čo najčastejšie a vo väčšom množstve ako iné topické preparáty. Pacient by mal mať k dispozícii také neparfumované emolientné prípravky na premazávanie a hydratáciu kože pre denné ošetrenie, k hygiene alebo kúpeľu, aby čo najviac vyhovovali jeho potrebám a ekonomickým možnostiam [6]. Emolientné prípravky by mal pacient používať v množstve minimálne 250 – 500 g týždenne. Je vhodné mať k dispozícii dostupný prípravok pre denné ošetrenie vo vhodnom množstve v škôlke, škole či na pracovisku. Pokiaľ sú emolenciá používané v rovnakú dennú dobu spolu s ďalšími liečebnými prípravkami, aplikujú sa z odstupom niekoľko minút a poradie závisí od preferencie pacienta alebo rodičov [6].

**Účinnosť produktu Dexeryl®**

Ochranný krém Dexeryl® (Pierre Fabre), základný emolientný produkt, je určený na doplnkovú liečbu dermatóz spojených so suchou kožou (xeróza, ichtyóza, atopická dermatitída, psoriáza). Hlavnými účinnými látkami krému sú glycerol (15%), vazelína (8%) a tekutý parafín (2%). Glycerol spôsobuje pohyb vody z hlbších vrstiev epidermis smerom k povrchu (zvlhčujúci efekt) a zároveň podporuje rozklad korneodezmozómov vo vyšších vrstvách *stratum corneum*, čím dochádza k uvoľneniu izolovaných korneocytov a v konečnom dôsledku k vyhladeniu kože [7]. Vazelína spolu s parafínom vytvárajú na pokožke ochranný film, podieľajú sa na obnove kožnej bariéry a zabraňujú stratám vody z pokožky. Účinnosť uvedených zložiek na obnovenie lipidovej vrstvy dokumentuje Obr. 1. Na mikroskopickú fotografiu môžeme porovnať zmenu v hrúbke lipidovej vrstvy pred liečbou (Obr. 1A) a po liečbe (Obr. 1B) krémom Dexeryl®. Po ošetrení krémom Dexeryl® došlo k zhrubnutiu hydrolipidickej vrstvy takmer o 50% oproti pôvodnému stavu.



**Obr. 1** • Obnovenie ochrannej lipidickej vrstvy (A – koža pred ošetrením Dexerylom®; B – koža po ošetrení Dexerylom®)

Účinnosť krému Dexeryl® pri liečbe xerózy a ďalších príznakov spojených s ichtyózou potvrdzuje aj randomizovaná, dvojito zaslepená klinická štúdia u pacientov vo veku do 18 rokov. Po 8-týždňovej aplikácii krému došlo k signifikantnému zmierneniu príznakov ochorenia v porovnaní s placebom, pričom krém pacienti veľmi dobre tolerovali [8].

Pri výbere vhodného produktu na liečbu suchej kože sa pacienti riadia nielen jeho účinnosťou, ale aj cenovou dostupnosťou. Z tohto pohľadu náklady na starostlivosť pri doporučenom množstve krému Dexeryl® 250 – 500 g predstavujú 6 – 12 € týždenne a táto suma bola hodnotená väčšinou pacientov ako prijateľná.

**Kazuistika 1**

43-ročná pacientka do tohto času udávala len suchšiu pokožku, bez výraznejších ťažkostí. V posledných 3 – 4 mesiacoch pociťuje výrazné svrbenie a olupovanie pokožky, hlavne na horných končatinách, miernejšie na dolných končatinách. Nezaberali jej ani kúpele s olejovými prípravkami, ani bežné masné krémy, preto vyhľadala odbornú pomoc.

**OA** (osobná anamnéza): cysty na oboch vaječníkoch od 16. roku života, migrenózne stavy od roku 2002 (dĺžka

trvania 3 – 4 dni s nauzeou a emezou, svetloplachosť, občas stráca balans pri chôdzi), novozistená primárna hypotyreóza na podklade AIT.

**GA** (gynekologická anamnéza): preventívna prehliadka na jar 2014, menzes: cyklus 28/7 dní, od 16. roku života cystické ovariá, P: 2, Ab: 0, UPT: 1.

**RA** (rodinná anamnéza): otec aj jeho matka mali psoriázu, takisto starší brat a jeho syn, ktorý ju má zatiaľ na predilekčných miestach a vo vlasovej časti, mladší brat má alergiu na paliny a atopický ekzém, dcéra má juvenilnú strumu a psoriázu vo vlasovej časti, druhá dcéra je bez kožných ťažkostí, len má od narodenia suchšiu pokožku.

**AA** (alergologická anamnéza): alergia na PNC.

**FA** (farmakologická anamnéza): L-Thyroxin 50 mg p.o. ráno; pri migrenóznych stavoch Relpax 40 mg p.o.; pri pretrvávajúcej bolesti ešte p.p. Sumatriptan 50 mg p.o.

**SPA** (sociálna a pracovná anamnéza): pacientka pracuje ako sestra, žije v panelovom byte, majú psa.

**Terapia:** lokálna aplikácia krému Dexeryl® v tenkej vrstve na postihnuté miesta 1 – 2-krát denne, eventuálne viac krát, ak je to nevyhnutné, po dobu minimálne 1 mesiaca.

**Kontrola po mesiaci:** objektívne bolo pozorované zlepšenie celkového vzhľadu pokožky, ústup deskvamácie, zmiernenie začervenania, pokožka bola jemnejšia a vláčnejšia. Subjektívne pacientka hodnotila pozitívne celkový zlepšený stav kože a ústup pruritu.

Obrázok 2 dokumentuje pokožku pacientky pred zahájením liečby (Obr. 2A) a zmeny zaznamenané po 1 mesiaci liečby (Obr. 2B) produktom Dexeryl®.



**Obr. 2** • Pokožka pacientky pred (2A) a po 1 mesiaci liečby (2B) Dexerylom®

**Kazuistika 2**

61-ročná pacientka do tohto času udáva, že v máji 2014 mala edém tváre a jazyka s opuchom a sťažené dýchanie. Pre hypokáliemiu ťažkého stupňa bola hospitalizovaná na Internej klinike, po úprave vnútorného prostredia preložená na Dermatovenerologickú kliniku pre výsyp na tele, výrazný pruritus a olupovanie pokožky na tele.

**OA:** bežné detské ochorenia, v roku 2005 bola preliečená na HP pozitívitu, gastroezofageálna refluxná choroba

s ezofagitídou gradus B, St. p. EP adenomu céka 2005, st.p.CHCE 2005, hypotyreóza v.s. polieková, St.p. colicam renalis l.dx, ureterolithiasis l.dx. – St.p.ESWL.

**GA:** poslednú menštruáciu mala ako 53-ročná, naposledy bola na prehliadke pred 2 rokmi, P: 2, Ab: 0, UPT: 0.

**RA:** v rodine mali psoriázu, väčšinou na predilekčných miestach a v kapilícii, mladší brat je alergik a má atopický ekzém, dcéra má psoriázu v kapilícii, druhá dcéra má suchšiu pokožku.

**AA:** alergiu na lieky neudáva.

**FA:** z chronickej medikácie Equoral 50 mg p.o. ráno a večer, Euthyrox 50 mg p.o. ráno, Metypred 4 mg p.o. ráno, Artrotec forte 1 tbl. na obed, Zodac 2x1 tbl. p.o.

**SPA:** pacientka je dôchodkyňa, býva v rodinnom dome, majú psa a mačku.

**Terapia:** lokálna aplikácia krému Dexeryl<sup>®</sup> v tenkej vrstve na postihnuté miesta 1 – 2-krát denne, eventuálne viac krát, ak je to nevyhnutné, po dobu minimálne 1 mesiaca.



**Obr. 3** • Pokožka pacientky pred (3A) a po 1 mesiaci liečby (3B) Dexerylom<sup>®</sup>

**Kontrola po mesiaci:** objektívne bolo pozorované zlepšenie celkového vzhľadu pokožky, strata deskvamácie, pokožka bola bez začervenania, celkovo jemnejšia a vláčnejšia. Subjektívne pacientka privítala zvýšený komfort, účinnosť hodnotila pozitívne, celkový zlepšený stav kože a ústup pruritu.

Obrázok 3 dokumentuje pokožku pacientky pred zahájením liečby (Obr. 3A) a zmeny zaznamenané po 1 mesiaci liečby (Obr. 3B) produktom Dexeryl<sup>®</sup>.

### Záver

V súčasnej dobe majú pacienti trpiaci primárnou či sekundárnou suchosťou kože k dispozícii veľké množstvo emolientných prípravkov, avšak s rôznou účinnosťou. V spolupráci s dermatológom si pacient môže vybrať také emolientium, ktoré najviac vyhovuje jeho potrebám a ekonomickým možnostiam. Potvrdilo sa, že pravidelným používaním, hoci len základného emolientného prípravku, si pacient dokáže zlepšiť v relatívne krátkej dobe celkový stav kože a tým odstrániť nepríjemný diskomfort, ktorý sa v jeho živote objavil spolu s problémami so suchou až atopickou kožou.

### Podakovanie

Za spoluprácu a poskytnutie kazuistík by sme sa radi poďakovali Mgr. Zuzane Kalabovej, vedúcej sestry Dermatovenerologickej kliniky, Univerzitná nemocnica Martin.

### Literatúra

1. Feřtek, O. a spol.: Kozmetická problematika v dermatologickej praxi. Stárnutie. Avicenum, Praha 1987, 1: s. 56 – 57.
2. Ružičková Jarešová, L.: Celoročná péče o atopickú a veľmi suchú pokožku. Dermatol prax 2013, 1: s. 12 – 15.
3. Buchvald, D.: Poruchy vrodenej iminuty – nové patogenetické aspekty atopickej dermatitídy. Dermatol prax 2014, 1: s. 25 – 27.
4. Červenková, D.: Atopická dermatitída – čo by sme mali vedieť?. Dermatol prax 2012, 3: s. 96 – 98.
5. Höger, P.: Ichthyosen, Keratosen und ektodermale dysplasien. In: Kinderdermatologie: Differenzialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Schattauer Verlag, 2007, ISBN 978-3-7945-2489-1.
6. Hašek, J.: Atopická dermatitída – voľne prodejný prípravky. Dermatol prax 2013, 4: s. 131 – 134.
7. Black, D., Boyer, J., Lagarde, J.M.: Image analysis of skin scaling using D-Squame samplers: comparison with clinical scoring and use for assessing moisturizer efficacy. Int J Cosmet Sci 2006, 28: s. 35 – 44.
8. Blanchet-Bardon, C., Tadini, G., Machado-Matos, M., Delarue, A.: Association of glycerol and paraffin in the treatment of ichthyosis in children: an international, multicentric, randomized, controlled, double-blind study. J Eur Acad dermatol Venereol 2012, 26: s. 1014 – 1019.