

# A BŐRSZÁRAZSÁGTÓL AZ ATÓPIÁS DERMATITIS KEZELÉSÉIG – ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK, GONDOZÁSI FELADATOK

## A száraz bőr kialakulása és kezelése

A bőrünk védelmet nyújt a mechanikus behatások ellen, megakadályozza a mikroorganizmusok bejutását a szervezetbe, véd az UV-sugárzás hatásaitól, részt vesz a hőregulációban, immunológiai funkciókat is ellát, érzékszervként funkcionál. A bőrszárazság, ennek az integritásnak a megbomlását jelenti, ezért kezelniük kell.

A kialakulás hátterében mechanikai ártalmak, lipidelvonás, hosszabb ideig tartó vízkontaktus, fertőtlenítővel, szappanokkal való érintkezés, gyakori, hosszan tartó fürdés, a faggyúmirigyek működésének csökkenése áll (1).

Éppen ezért elengedhetetlen a mindennapi zuhanyozás lehetőleg arra alkalmas fürdőszerral. A száraz bőr gyakrabban fertőződik és könnyebben alakul ki bőrgyulladás. Számítalan készítmény áll ma már rendelkezésünkre.

## Az atópiás dermatitis

Eltérő irodalmi adatok állnak rendelkezésünkre az atópiás dermatitis prevalenciáját illetően, egészen pontos hazai adataink jelenleg nincsenek. Ezek az adatok azt sugallják, hogy az előfordulási gyakoriság nő, különösen a fejlett, civilizált országokban. Ennek okát több szerző vizsgálta és felvetik annak a lehetőségét, hogy a különbségek oka az iparosodottabb városok miatti fokozottabb környezetszennyezés, a higiénia és a detergen-

A BŐRSZÁRAZSÁG ÉS AZ ATÓPIÁS DERMATITIS ELŐFORDULÁSÁNAK ÉS KEZELÉSÉNEK A JELENTŐSÉGE NAPJAINKBAN EGYRE NŐ. A KEZELÉSBEN A LEGFONTOSABB A GONDOZÁS, ÁPOLÁS, A BŐRSZÁRAZSÁG MEGSZÜNTETÉSE. A MEGFELELŐ ÖLTÖZKÖDÉS, A KÜLSŐ ALLERGÉNEK KERÜLÉSE ELENGEDHETETLEN. A TÁPLÁLÉKALLERGÉNEK KERÜLÉSE AZ ÉLET ELSŐ HÓNAPJAIBAN FONTOS, SÚLYT KELL HELYEZNI AZ ANYATEJTÁPLÁLÁSRA. BELSŐ KEZELÉSKÉNT VISZKETÉSCSILLAPÍTÁS, KÜLSŐ KEZELÉSÉBEN NYUGTATÓ ÉS DEZINFICIENS TARTALMÚ KRÉMEK ÉS KENŐCSÖK HASZNÁLATOSAK. AZ ATÓPIÁS DERMATITIS KEZELÉSI PROTOKOLLJA BŐVÜL A NEMSZTEROID, SZELEKTÍV, LOKÁLIS GYULLADÁSOS-CITOKIN INHIBÍTOROK ALKALMAZÁSÁVAL. JÓ EREDMÉNY VÁRHATÓ A BALNEO-FOTOTERÁPIÁTÓL. AZ ÖSSZETETT KEZELÉS LEGFONTOSABB ELEME AZ EGYÉNRE SZABOTT KEZELÉSEN TÚL A GONDOZÁS, A BETEG ÉS A CSALÁD PSZICHÉS TÁMOGATÁSA, A BETEGSÉG LÉNYEGÉVEL VALÓ MEGISMERKEDÉS ÉS ANNAK ELFOGADÁSA. ERRE AD LEHETŐSÉGET AZ ÚGYNEVEZETT ATÓPIA ISKOLA.

sek túlzott használata, a különböző illatanyagok és színezőanyagok használata, amely szintén civilizációs „ártalom”-nak nevezhető. A prevalencia adatainak kérdőíves felmérése azonban nem minden esetben szolgáltat pontos adatot egy betegség előfordulásáról, ha eltérő kultúrájú emberek körében végzik a felmérést (2). Az atópiás dermatitis diagnózisának felállításához major és minor kritériumokat használunk, amelyek közül három-három tünetnek kell jelen lennie a diagnózis felállításához. Az ekcéma kiterjedésének megítélésére használjuk a súlyossági indexet.

A testfelszínt négy területre osztva: fejnyak régió, törzs, felső végtag és alsó végtag érintettségének arányában csecsemő/kisdedkorban különböző súlyossági fokot állapíthatunk meg. Az ekcéma súlyosságának meghatározásához az erythema (E), az infiltráció (I), az excoriatio (Ex), és a lichenifikáció (L) mértékét vizsgáljuk.

**SZALAI  
ZSUZSANNA  
DR.**

HEIM PÁL  
GYERMEKÓRHÁZ,  
BŐRGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY,  
BUDAPEST

## Terápiás lépcsőfokok

### Hidratáló kezelés

Néha alig észlelhető különbség, illetve éles átmenet a száraz bőr és az enyhe atópiás dermatitis között. A száraz bőrre gyakran javasoljuk a krémek és kenőcsök napi többszöri használatát. Az emolliens kezelés után a bőr regenerálódik. A víz visszajut a szarurétegbe és csökkenti a berepedéseket. Az emolliensek egyes komponensei pótolják a hiányzó lipideket. Az emolliens kezelést megelőzőképpen is használjuk (3).

Az atópiás dermatitis akut tünetei esetében már nem elegendő az emolliens kezelés.

### Lokális szteroidok

Nem több mint ötven évvel ezelőtt alkalmazták először (*Sulzberger, Witten*) a helyi szteroidot, amely forradalmasította a bőrgyógyászati kezelést (4, 5). Az elmúlt évtizedek során a mellékhatások egész tárházát ismerhettük meg, ezért gyakran a beteg hamarabb szerez tudomást azokról, mint a gyógyszer áldásos hatásairól (szteroid fóbia). Ugyanakkor a különböző növényi alkaloidák, természetgyógyászati szerek alkalmazása esetén gyakran fel sem merül a mellékhatások, szenzibilizáció, allergizálódás lehetősége. A glukokortikoidok terápiás hatásai közül az antiflogisztikus, az antiproliferatív, a vazokonstriktív, valamint az immunuszuppresszív hatást használjuk. A szteroidreceptorhoz való kötődése következtében az immunuszuppresszív hatás érvényesül (citokinek: IL-1, IL-6, IL-8, TNF-alfa, adhéziós molekulák, MHC-II molekulák), valamint a lipokortin szintézis foszfolipáz-A2 csökkentő hatása révén a gyulladáshoz vezető mediátorok termelődését gátolja. A szteroidmolekula a sejtmembránhoz kapcsolódva direkt fizikokémiai hatást is kifejt. A perifériás leukociták számát, funkcióját, valamint a prosztaglandinok és a leukotriének szintézisét befolyásolja. Magas dózisban komplement gátló hatásra és a késői típusú immunválasz csökkentésére lehet számítani.

A gyulladáscsökkentő hatás a vazokonstriktív hatás révén, az exsudatio gátlása ré-

vén, valamint az infiltráció csökkentése által alakul ki. Az antiallergiás effektus az immunuszuppresszív hatás révén, az epidermális hiperplázia elleni hatás proliferációt gátló, keratosztatikus hatás során jelentkezik. Ezt használjuk ki, amikor antiparakeratotikus, antihiperkeratotikus effektust várunk. Antiepidermolitikus hatása antiacantholyticus tulajdonságával függ össze. A viszketés elleni hatás részben a gyulladáscsökkentő tulajdonság révén, részben az idegi receptorokra kifejtett effektus miatt alakul ki. Az antiseborrhoeás hatást a faggyúmirigyek szekréciócsökkentésével magyarázzák.

A gyulladáscsökkentő hatás és a felszívódás mértéke a szteroid szerkezetétől, vízoldékonyságától, az alkalmazott vivőanyagtól is függ. A mellékhatások az alkalmazott szer hatáserősségétől, a felszívó felület nagyságától, a kezelés gyakoriságától és formájától függenek. Ha ezeket szem előtt tartjuk, és megfelelően alkalmazzuk, jó terápiás eredményeket érünk el (6, 7, 8).

Különböző kezelési stratégiák ismeretese, például erősebb hatású szteroiddal kezdett kezelést gyengébb hatásúval felváltani, intermittáló kezelést alkalmazni, tehát néhány napos intenzív kezelés után szünetet tartva hidratáló, zsírozó, puhító kezeléssel folytatni, majd újból visszatérni. A gyakorlati megvalósításnál figyelembe kell venni a beteg compliance-ét, kulturáltsági fokát, szociális körülményeit. Az atópiások staphylococcus kolonizációja szempontjából javasolható a szteroid antiszeptikummal együtt történő alkalmazása (9, 10, 11).

### Lokális immunmodulátorok

A lokális immunmoduláns szerek (pimecrolimus, tacrolimus) specifikusan a gyulladással járó bőrbetegségek kezelésére kifejlesztett gyógyszerek, amelyek az atópiás dermatitis komplex kezelésének fontos részét képezik. A kezelés során a külső hidratáló, visszazsírozó szerek alkalmazását követően a gyulladáshoz vezető folyamatokat jól csökkentik, hosszú távú alkalmazás esetén a tünetek fellángolását előzik meg. Az alkalmazás során átmeneti mellékhatásként egyes esetekben szá-

molni lehet égő érzéssel, azonban ez megelőzhető, illetve szüntethető a hidratáló kezelés alkalmazásával. Hosszú követési periódus után megfigyelhető az atópiás fellángolások számának csökkenése. A calcineurin inhibitorok blokkolják az aktivált T-sejtek mediálta citokin-transzkripciót. Az alkalmazás során az epidermális sejtek száma nem csökken, a Langerhans-sejtek érése, funkciója nem változik, és nem alakul ki a Langerhans-sejtek apoptózisa. Ennek következtében nem alakul ki az alkalmazás során bőrrátrófia. A bőrrel történő elhanyagolható mértékű felszívódás következtében nem kell általános tünetekkel számolni (12, 13, 14, 15).

### **Antihisztaminok**

Az igen kiterjedt a bőrgyulladás és a viszketés-vakarás kör tovább rontja a folyamatot, ekkor az antihisztamin kezelés fontos szerepet kap. Az antihisztaminok a hisztamin hatását kompetitíven gátolják az erek és a simaizmok receptorain. Antikolinerg, antiadrenerg, és antiszerotonin hatással kell számolni. Azt, hogy adott esetben monoterápia, kombinált kezelés, rövid, vagy hosszan ható szer, illetve a szedatív hatás, éjszakai nyugalom elérése a fontos, vagy éppen az iskolai teljesítmény miatt nem szedáló készítményre van szükség, egyenként kell értékelni és a terápiát ennek megfelelően kell beállítani.

### **Kombinált fürdő-fény-kezelés**

A fénykezelésnek fontos szerepe van a bőrgyógyászati terápián belül. Az elmúlt években a fototerápiás lehetőségek kiszélesedtek, magukba foglalva a PUVA, a kombinált UVA és UVB, valamint a narrow-band UVB-kezelési eljárásokat. A fényérzékenyítő anyag nélkül használatos UVA1 (340-400 nm) lámpák hatékonyak az atópiás dermatitis kezelésében (16, 17). Szisztémás fotokemoterápiát (orális PUVA) atópia kezelésében gyermekkorban szinte sohasem, lokális fotokemoterápiát kivételes alkalommal használunk nagyon makacs elhúzódó esetekben, természetesen szigorúan csak kórhá-

zi körülmények között. A PUVA-fürdő-terápia előnye az orális PUVA-val szemben, hogy kiküszöbölhető a psoralenek szisztémás hatása, és a terápia kumulatív UVA dózisa sokkal alacsonyabb.

Az UVB-kezelések közül a klinikai gyakorlatban többféle terápiás eljárás ismert. Ilyen a tradicionális vagy broad-band (széles spektrumú) UVB-fényterápia, ahol a kezelésnél használt lámpák emissziós spektruma 280-320 nm. A szelektív UVB-fototerápia (SUP), esetében 305 és 325 nm-en van az emissziós csúcs, ez a forma a hagyományos UVB-terápiánál hatásosabbnak bizonyult atópiás dermatitis kezelésében. Végül a narrow-band (keskeny hullámsávú) UVB-fototerápia, a 295-313 nm közötti tartományon belül 313 nm-es csúccsal a leghatékonyabbnak bizonyult. A balneo-fototerápia hagyományos értelemben ipari NaCl, vagy a holt-tengeri sós fürdő kezelést kap 20 percig, ezt fényexpozíció követi. Saját tapasztalatunk, hogy a sós fürdő tovább szárítja a beteg bőrt, ezért a fürdés során különböző fürdetőszereket, fürdőolajat használunk, ezt kombináljuk narrow-band kezeléssel (18, 19).

### **Gondozás, ismeretterjesztés, „atópia iskola”**

A bőrbetegek életminőségével egyre több tanulmány foglalkozik, úgynevezett „életminőség index”-et meghatározó kérdőívek láttak napvilágot. Ezek pontosabb adatot szolgáltatnak a kezelés hatékonyságáról és általában a betegség javulásáról, romlásáról. Az atópiás dermatitis súlyos formái a beteg életét alapvetően befolyásolják, iskolai teljesítményét, párválasztását, munkavállalását meghatározzák, és a család, a környezet mindennapjait is nehezítik. Ezért az atópiás gyermekek kezelésében fontos szerepet kap az atópia iskola, amelynek a lényege, hogy a beteg megtanulja a saját magát kezelni. Fontos, hogy a bőrápolás az élete részévé váljon, ne kötődjön annyira az őt gondozó szülőhöz, hiszen az ezekben az esetekben kialakult kórosan szoros anya-gyermek kapcsolat ront az egyébként is rossz állapotban. A gyermekorvosi vizsgálat

után külső kezeléseket, fürdő-fény-kezelést, fóliás pakolást kap. Ezalatt az idő alatt a szülők a betegség kialakulásáról, a kezelés lehetőségeiről kapnak felvilágosítást, szabadon tehetnek fel kérdéseket, olyanokat, amelyek nagy valószínűséggel az ott ülő többi szülő számára is fontosak lehetnek.

Ennek előnye, hogy nem a zsúfolt, nagy forgalmú rendelőben találkoznak az or-

vossal, ahol nincs idő a problémákat megbeszélni. A pszichológus azokkal a családokkal foglalkozik, ahol a gyermek és a szülő között feszültség, vagy egyéb problémák felmerülnek. Azok a gyermekek, akik kezelésre várnak együttesen rajzolnak, játszanak. Az összejövetel jó hangulata a záloga annak, hogy a betegeknek legyen kedve ezeken a foglalkozásokon részt venni.

## Irodalom

- Rajka G. Emollient therapy in atopic dermatitis. *J Dermat Treatment* 1997; 8: 519–52.
- Knoell KA, Greer KE. Kommentár: Harangi F. Atopiás dermatitis. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* 2000; 5 (1): 9–15.
- Gloor M, Thoma K, Fluhr J. *Dermatologische Externtherapie*. Springer 2000.
- Bakos N. A lokális kortikoszteroid kezelés elmélete és gyakorlata. *Orvostovábbképző Szemle-különszám* 2000. január.
- Herz G. Kortikoidexterna in der pädiatrischen Praxis. Hans Marseille Verlag München 1973.
- Hoybe S, et al. Continuous and intermittent treatment of atopic dermatitis in adults with mometasone furoate versus hydrocortisone 17-butyrate. *Cur Therap Res* 1991; 50 (1): 67–72.
- Lane AT. Efficacy and safety of topical steroids in paediatric atopic dermatitis. *J of Eur Acad Dermatol Venerol* 1997; 8: 24–27.
- Medansky RS. Mometason Furoate Ointment and Cream 0, 1 Percent in Treatment of Psoriasis: Comparison with Ointment and Cream Formulations of Fluocinolone Acetonide 0.025 Percent and Triamnicolone Acetonide 0.1 Percent. *Cutis* 1988; 42: 430–435.
- Smith CL, Kreutneer W. In vitro Glucocorticoid Receptor Binding and Transcriptional Activation by Topically Active Glucocorticoids. *Arzneim-Forsch /Drug Res* 1998; 48 (9): 956–960.
- Szegedi A. Ajánlás a lokális kortikoszteroid kezelésről. *Medicus Univer-salis* 2001; 34 (2):
- Török L. Helyi kortikoszteroid kezelés. *Gyógyszereink* 1999; 49: 63–67.
- Zuberbier T, et al. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 275–280.
- Stuetz A, et al. Pimecrolimus is more cell selective than corticosteroids. *Semin Cutan Med Surg* 2001; 20: 233–241.
- Grassberger M, et al. Pimecrolimus is less skin permeable than tacrolimus. *Br J Dermatol* 1999; 141: 264–73.
- Billich A, et al. Pimecrolimus (SDZ ASM 981) permeates less through skin than topical corticosteroids. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 607–842.
- Abeck D, et al. Long term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 254–257.
- Krutmann J, et al. High-dose UVA1 therapy in the treatment of patients with atopic eczema. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 225–30.
- George SA, et al. Narrow-band (TL-01) UVB air conditioned phototherapy for chronic severe adult atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1993; 128: 49–56.
- Grundmann-Kollmann M, et al. Phototherapy for atopic eczema with narrow-band UVB. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 995–997.