



lek. Aleksandra Kosmala¹
dr hab. n. med. Agnieszka Osmola-Mańkowska²
prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski²
prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba¹

¹Zakład Dermatologii i Wenerologii, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Ryszard Żaba

²Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Pracownia Łuszczycy i Nowoczesnych Terapii w Dermatologii
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Zygmunt Adamski

Pielęgnacja skóry trądzikowej w trakcie leczenia ogólnego i miejscowego

Trądzik zwyczajny, zwany także pospolitym (łac. *acne vulgaris*), jest uznawany za najczęstsze schorzenie skóry wieku młodzieńczego. Dotyczy 80-100% osób pomiędzy 11 a 30 rokiem życia, ze szczytem zapadalności przypadającym na 14-17 rok życia u kobiet i 16-19 rok życia u mężczyzn^[1].

W ostatnich czasach obserwuje się tendencję do zwiększania się średniego wieku osób ze zmianami trądzikowymi – z 20,5 do 26,5 lat. Trądzik u tych osób określany jest mianem trądziku osób dorosłych i szacuje się, że może dotyczyć nawet 50% pacjentów^[2,3]. Trądzikiem dorosłych kobiet (ang. *adult female acne*, AFA) definiowane są zmiany skórne, które występują powyżej 25. r. ż. i mogą

utrzymywać się w sposób ciągły bądź okresowy od okresu dojrzewania, bądź pojawiają się po raz pierwszy w tym wieku^[4]. Część autorów sugeruje podział na dwie kategorie AFA, tj.: od 25 do 44 lat i powyżej 45. r. ż., jednak charakterystyka każdej z grup wymaga nadal dokładniejszego zdefiniowania^[5]. Czas trwania trądziku jest zmienny i choć u większości chorych zmiany ustępują po

3-5 latach, to u niektórych osób mogą utrzymywać się nawet dłużej niż 10 lat^[1].

Etiopatogeneza

Etiopatogeneza trądziku jest złożona i stanowi interakcję wielu czynników, do których zaliczamy głównie: predyspozycje genetyczne, hormonalną stymulację androgenami prowadzącą do zwiększenia wydzielania łoju i w konsekwencji łojotoku, zaburzenia w składzie łoju, zaburzenia rogowacenia ujęść jednostek włosowo-łojowych, kolonizację gruczołów łojowych przez *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) i rozwój stanu zapalnego^[6]. W ostatnich latach podkreślana jest także rola komórek układu odpornościowego w patogenezie trądziku – dotyczy to zarówno wrodzonego, jak i nabytego układu odpornościowego. Do innych czynników, uznawanych za możliwe wyzwalacze lub czynniki zaostrzające zmiany trądzikowe, zaliczamy: ekspozycję na promieniowanie ultrafioletowe, stres, otyłość, nieprawidłową dietę, palenie tytoniu, zaburzenia snu, kosmetyki, leki, nieprawidłową pielęgnację skóry z nadmiernym myciem skóry włącznie, oporność na *P. acnes* oraz choroby układu endokrynnego^[7]. Około 60-70% kobiet podaje pogorszenie zmian trądzikowych w okresie przedmiesiączkowym, a u 10% pacjentów spożycie węglowodanów zaostrza zmiany^[2]. Wpływ promieniowania słonecznego na trądzik nadal jest nie do końca zbadany, podobnie jak związek palenia tytoniu i występowania trądziku^[8].

Objawy kliniczne

Główne miejsca pojawiania się zmian trądzikowych to: twarz (99% pacjentów), plecy (90%) i klatka piersiowa (78%), a niekiedy zmiany można także obserwować na kończynach i pośladkach^[1]. Wykwity skórne charakterystyczne dla trądziku można podzielić na pier-

wotne – niezapalne, wtórne – zapalne oraz zmiany pozapalne^[9]. Skórę trądzikową cechuje nasilony łojotok, zaskórniki, grudki i krosty, nacieki zapalne i cysty w obrębie mieszków włosowo-łojowych. W zależności od przewagi poszczególnych zmian skórnych, wyróżniamy następujące postaci trądziku: trądzik zaskórnikowy, grudkowo-krostkowy, ropowiczy (z obecnością nacieków, cyst oraz przetok) i bliznowcowy (będący następstwem zmian trądzikowych). Rzadko występujące postaci trądziku to trądzik noworodków i niemowląt, trądzik piorunujący (któremu towarzyszą objawy ogólne o ciężkim przebiegu) oraz trądzik z wydrapania (ang. *acne excoriée*)^[2]. Zgodnie z wprowadzonym w 2003 r. dodatkowym podziałem trądziku w zależności od nasilenia zmian skórnych wyróżnić możemy:

- trądzik łagodny (obejmujący trądzik zaskórnikowy i łagodne postaci trądziku grudkowo-krostkowego),
- trądzik średnio nasilony (obejmuje cięższe postaci trądziku krostkowo-grudkowego i łagodniejsze postaci trądziku ropowiczego),
- trądzik ciężki (nasilony trądzik ropowiczy)^[10].

Leczenie

Leczenie trądziku ma na celu nie tylko likwidację czy złagodzenie zmian skórnych, lecz także zapobieganie ich następstwom w postaci blizn i przebarwień pozapalnych. Trądzik pospolity i związane z nim wykwity skórne, zarówno pierwotne, jak i wtórne, zwiększają ryzyko rozwoju zaburzeń o podłożu psychologicznym. Według najnowszych doniesień fobia społeczna dotyka 2-4% pacjentów, a ogólnie ujęte zaburzenia psychiczne występują wśród 35,5-38,5% chorych^[1]. Dlatego tak istotne jest szybkie wprowadzenie skutecznego leczenia i stosowanie leczenia podtrzymującego. Kuraacja zmian trądzikowych wymaga bowiem systematyczności, trwa wie-

le lat, a poprawa po zastosowanej kuracji nie gwarantuje całkowitego wyleczenia.

Leki przeciwtrądzikowe dzielimy na miejscowe i ogólne. U około 60% pacjentów, czyli w przypadku trądziku zaskórnikowego, grudkowego oraz grudkowo-krostkowego o łagodnym i średnim nasileniu, wystarczające jest leczenie miejscowe. Do głównych preparatów stosowanych w terapii miejscowej trądziku zaliczamy: retinoidy miejscowe (tretynoina, izotretynoina, adapalen oraz tazaroten), nadtlenek benzoilu, kwas azelainowy i salicylowy oraz antybiotyki miejscowe (klindamycyna, erytromycyna i cykliczny węgiel erytromycyny). Leki miejscowe przeciwdziałają podstawowemu zjawiskom zachodzącym w patogeniezie zmian trądzikowych, tj. działają keratolitycznie i przeciwzapalnie, przeciwbakteryjnie (poprzez hamowanie namnażania *P. acnes*), wykazują także działanie przeciwłojotokowe i antyandrogenne^[1]. Preparaty miejscowe powinny być stosowane na całą powierzchnię zmienionej chorobowo skóry, a nie wyłącznie punktowo, na pojedyncze wykwity.

Leczenie ogólne wskazane jest dla umiarkowanych oraz ciężkich postaci trądziku, lecz także gdy mniejszemu nasileniu zmian towarzyszą znaczne zaburzenia psychologiczne, np. znaczne upośledzenie jakości życia w zakresie psychospołecznym lub gdy zmiany trądzikowe mają tendencję do ustępowania z pozostawieniem blizn. Do ogólnych terapii przeciwtrądzikowych zaliczamy antybiotyki (tetracykliny: lincykлина i doksycykлина oraz makrolidy), retinoidy (pochodna witaminy A – doustna izotretynoina będąca kwasem 13 – cis retinowym) oraz leki hormonalne (doustna antykoncepcja hormonalna – leki zawierające małe dawki etinyloestradolu w połączeniu z norgestymatem, octanem noretynodronu oraz drospironem; połączenie etinyloestradolu z octanem cyproteronu oraz spironolakton stosowany *off-label*)^[1]. Obecnie za najskuteczniejszy lek przeciwtrądzikowy uznawana jest izotretynoina doustna. Za-

równo antybiotykoterapia, jak i retinoidoterapia miejscowa i ogólna mają pewne działania niepożądane, które wymagają szczególnej pielęgnacji skóry trądzikowej.

Pielęgnacja skóry trądzikowej

Retinoidy, zarówno te stosowane miejscowo, jak i ogólnie, wywołują specyficzne działania niepożądane określane jako *ro-dermatitis*, czyli podrażnienie skóry, które charakteryzuje się rumieniem, złuszczeniem, suchością, pieczeniem, świądem i nadwrażliwością na promieniowanie słoneczne. Do innych zmian skórno-śluzówkowych, będących wynikiem retinoidoterapii, zaliczamy: zapalenie czerwieni wargowej, wysychanie błon śluzowych oczu, nosa z towarzyszącymi krwawieniami z nosa, złuszczenie dłoni i podeszew, nadmierną urażalność skóry, ścieńczenie włosów z tysieniem telogenowym, zwiększoną łamliwość paznokci, zanokcicę czy onycholizę. Do rzadziej występujących działań niepożądanych należą hipoplazja i hiperpigmentacja, ektropion (wywinięcie powieki) oraz zmiany o charakterze *contact dermatitis*^[1,2]. Z uwagi na wymienione skutki uboczne retinoidoterapii zaleca się stosowanie preparatów miejscowych raz dziennie, zazwyczaj wieczorem na cały obszar zmienionej chorobowo skóry trądzikowej. Preparaty powinny być nakładane 15-20 minut po umyciu skóry, by możliwe było jej wyschnięcie przed zastosowaniem leków. Niezbędne jest stosowanie niekomedogennych środków nawilżających celem łagodzenia podrażnień, unikanie jednoczesnego stosowania preparatów drażniących oraz stosowanie fotoprotekcji. Warto poinformować pacjenta, że drażniące działania niepożądane leków przeciwtrądzikowych ustępują zwykle pod koniec 2. miesiąca terapii, by ten nie rezygnował z leczenia i stosował się do zaleceń. Podobne właściwości drażniące, jak retinoidy, wykazuje także nadtlenek benzoilu^[12]. In-

ne antybiotyki stosowane miejscowo są natomiast na ogół bardzo dobrze tolerowane przez chorych, mogą jednak rzadko (0-5% pacjentów) wywoływać działania niepożądane, jak zaczerwienienie, świąd, pieczenie i suchość skóry^[1].

Z uwagi na wymienione działania niepożądane terapii przeciwtrądzikowej pielęgnacja skóry w trądziku odgrywa bardzo ważną rolę wspomagającą leczenie, łagodzi skutki uboczne terapii i zwiększa stopień przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjenta (ang. *compliance*). W lekkich postaciach choroby pielęgnacja może być wystarczająca do utrzymania zdrowej skóry. Skóra trądzikowa to skóra łojotokowa lub mieszana. Typowe okolice skóry bogate w gruczoły łojowe to czoło i centralna część twarzy, tzw. strefa T, ramiona, okolica międzyopatkowa oraz górna i przednia część klatki piersiowej. Policzki, boczne części twarzy stanowią zwykle obszar skóry suchej.

Odpowiednie dermokosmetyki stosowane w pielęgnacji skóry trądzikowej powinny zawierać składniki aktywne o działaniu przeciwłojotokowym, złuszczeniowym i pobudzającym proces odnowy komórkowej (zapobiegające tworzeniu się nowych zaskórników i likwidujące już istniejące), nawilżającym i łagodzącym (przeciwdziałają wysuszeniu i podrażnieniu skóry) oraz matującym^[13].

Zgodnie z konsensusem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego z 2012 roku^[1] pacjent ze skórą trądzikową powinien skupić się na:

- utrzymaniu czystości skóry trądzikowej: mycie skóry bardzo delikatnymi preparatami specjalnie dostosowanymi dla cery trądzikowej, jak np. płyny micelarne, żele i pianki, bardzo delikatne mydła (kostki myjące) o kwaśnym pH 5,0-7,0, co ma na celu usunięcie nadmiaru łoju, złuszczonego naskórka, potu i codziennego makijażu. Nie zaleca się stosowania mydeł zasadowych i toników zawierających alkohol, które

mogą podrażniać skórę, powodować nadmierne wysychanie, a tym samym nasilenie stanu zapalnego, wzmożenie produkcji łoju i rogowacenia naskórka, które skutkuje zamykaniem ujść gruczołów łojowych;

- nawilżaniu skóry: struktura preparatów nawilżających przeznaczonych do skóry trądzikowej powinna być zbliżona do składu naturalnego lipidowego płaszcza ochronnego skóry. Pacjenci ze skórą trądzikową powinni unikać kremów tłustych (z przewagą podłoży olejowych), emulgatorów, środków drażniących i substancji zapachowych;
- stosowaniu preparatów działających przeciwzaskórnikowo i przeciwłojotokowo. Do głównych środków zmniejszających wydzielanie łoju zaliczamy kremy, emulsje i roztwory zawierające w swym składzie α -hydroksykwasy (AHA) lub β -hydroksykwasy mające działanie keratolityczne i hamujące wydzielanie łoju. Dostępne na rynku preparaty zawierają głównie kwas glikolowy, kwas azelainowy, kwas mlekowy, kwas salicylowy i składowe o działaniu zarówno przeciwbakteryjnym, jak i przeciwłojotokowym (cytrynian trójetylu i linolan etylu). Kwas glikolowy jest α -hydroksykwadem najczęściej stosowanym w leczeniu trądziku i przebarwień pozapalnych, głównie z uwagi na szybkie przenikanie przez warstwę rogową naskórka, docieranie do dolnych warstw naskórka i mieszków włosowych oraz zmniejszanie połączeń między keratynocytami. Uważa się, że jest on przydatny w zmniejszaniu wielkości ujść mieszków włosowych i w usuwaniu zaskórników^[14];
- stosowaniu preparatów matujących skórę, które pozwalają uzyskać lepszy efekt kosmetyczny i mogą być stosowane pod makijaż. Pudry i korektory stosowane

w trądziku nie mogą mieć działania komedogennego i nie mogą utrudniać jednoczesnego stosowania preparatów leczniczych. Zaleca się regularne mycie i dezynfekcję gąbek do podkładów i pędzli lub stosowanie jednorazowych aplikatorów;

- wyeliminowaniu mechanicznych zabiegów oczyszczania skóry. Obecne na rynku nowoczesne metody leczenia trądziku pozwalają na usunięcie zaskórników. Niedopuszczalne jest więc usuwanie ich poprzez działania manualne, które mogą prowadzić do powstawania szpeczących blizn i przebarwień. Jedynie w przypadku trądziku skupionego dopuszcza się usuwanie ropnych torbieli poprzez drenaż wykonywany przez lekarza przy użyciu odpowiednich narzędzi i środków odkażających.

W przypadku pacjentów z atopią, u których występuje trądzik, środki do pielęgnacji powinny zawierać kwas linolowy lub γ -linolenowy, mocznik, kwas pirolidonokarboksylowy oraz syntetyczne podłoże o niekomedogennych cechach. Ważne by unikać komedogennych węglowodorów, jak wazelina czy parafina^[1].

Dostępne na rynku preparaty do pielęgnacji skóry trądzikowej zawierają monolinolenian glicerolu (łac. *Glycoleol*, GML), który jest kompleksem estryfikowanych, niezbędnych kwasów tłuszczowych, zawierających biologicznie czynny kwas linolenowy. Jest to hydrolipidowy fizjologiczny prekursor zapewniający prawidłową funkcję bariery skórnej poprzez dostarczanie jej wody i lipidów. *Glycoleol* jest metabolizowany w skórze przez lipazy z wytworzeniem glicerolu i kwasu linolenowego. Glicerol jest naturalnie nawilżającą cząsteczką, która przyspiesza regenerację bariery skórnej osłabionej zewnętrznymi czynnikami drażniącymi. Ma działanie chroniące funkcje bariery skórnej i samoregulujące. Kwas linolenowy natomiast jest kluczowym składnikiem cementu lipidowe-

go (tworzonego przez ceramidy, cholesterol, kwasy tłuszczowe) włączonego w funkcje bariery skórnej. Kwasy tłuszczowe odgrywają istotną rolę w utrzymaniu naturalnej kwasowości skóry i spójności warstwy rogowej. *Glycoleol* ma udowodnione działanie odżywiające skórę poprzez uwalnianie kwasu linolenowego i glicerolu, co daje efekt błyskawicznego nawilżenia i komfortu skóry^[15-17].

Obecnie dostępne preparaty pielęgnacyjne do skóry trądzikowej powinny mieć także substancję przeciwzapalną, którą stanowi może siarczan dekstranu. Siarczan dekstranu ma działanie przeciwzapalne i łagodzące dzięki hamowaniu prostaglandyny E2. Dodatkowo wzmacnia funkcje bariery skórnej, zwiększa nawilżenie i naturalną obronę skóry poprzez indukcję różnicowania keratynocytów i ekspresji odpowiednich peptydów przeciwbakteryjnych^[9]. Dlatego w przypadku skóry wysuszonej terapią przeciwtrądzikową, zarówno antybiotykoterapią, jak i retinoidoterapią, warto zastosować preparaty zawierające zarówno siarczan dekstranu, jak i glicerol oraz kwas linolenowy. Ważne też by preparaty te były pozbawione parabenów i hipoalergiczne.

Dostępne bez recepty preparaty pielęgnacyjne do skóry trądzikowej nie mogą zastąpić właściwego leczenia i opieki dermatologicznej, jednak prawidłowo zastosowane stanowią doskonałe dopełnienie leczenia przeciwtrądzikowego.

Podsumowanie

Miejscowe i ogólnoustrojowe leczenie trądziku może powodować suchość i podrażnienie skóry, uszkodzenie bariery naskórkowej, zwiększoną przeznaskórkową utratę wody, a także stany zapalne. Pielęgnacyjne preparaty nawilżające mogą przyczynić się do zmniejszenia tych działań niepożądanych, unikając upośledzenia bariery naskórkowej, która jest niezbędna do zapobiegania lub zmniejszania

stanu zapalnego. Właściwie dobrane kosmetyki i preparaty pielęgnacyjne mogą w istotny sposób zwiększyć skuteczność terapii przeciwtrądzikowej, poprzez zmniejszenie jej skutków ubocznych, zmniejszenie potrzeby stosowania miejscowych antybiotyków i poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Piśmiennictwo:

1. Szepietowski J., Kapińska – Mrowiecka M., Kaszuba A., Langner A., Placek W., Wolska H., Matusiak Ł.: Trądzik zwyczajny: patogeneza i leczenie. Konsensus Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Przegl Dermatol* 2012; 99: 649-673.
2. Kosmala A., Osmola-Mańkowska A., Adamski Z., Żaba R.: Wyzwania w terapii trądziku - zastosowanie izotretynoiny. *Aesthetica* 2018; 1(25): 12-20.
3. Poli F., Dreno B., Verschoore M.: An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *JEADV* 2001; 15: 541-545.
4. Bagatin E., Freitas T.H.P., Machado M.C.R., Ribeiro B.M., Nunes S., Rocha M.A.D.D.: Adult female acne: a guide to clinical practice. *An Bras Dermatol.* 2019; 94 (1): 62-75.
5. Zeichner J.A., Baldwin H.E., Cook-Bolden F.E., Eichenfield L.F., Fallon-Friedlander S., Rodriguez D.A.: Emerging issues in adult female acne. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017; 10: 37 – 46.
6. Bhat Y.J., Latief I., Hassan I.: Update on etiopathogenesis and treatment of Acne. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2017; 83: 298 – 306.
7. Dréno B., Thiboutot D., Layton A.M., Berson D., Perez M., Kang S.: Global alliance to improve outcomes in acne large-scale international study enhances understanding of an emerging acne population: adult females. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29: 1096 – 1106.
8. Wolkenstein P., Machovcová A., Szepietowski J.C., Tennstedt D., Veraldi S., Delarue A.: Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Jul 14. doi: 10.1111/jdv.14475.
9. Plewig G.: Choroby przydatków skóry [w:] Braun-Falco. *Dermatologia*, W.H.C.Burgdorf, G.Plewig, H.H.Wolff, M.Landthaler (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2017: 1019 – 1032.
10. Gollnick H., Cunliffe W., Berson D., Dreno B., Finlay A., Leyden J.J. i wsp.: Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: S1-S7.
11. Kosmala A.: Aspekty psychosomatyczne w dermatologicznej praktyce klinicznej [w:] *Dermatologia w praktyce*. M. Czarnecka – Operacz (red.). PZWL, Warszawa 2019: 139 - 171.
12. Dréno B., Layton A., Zouboulis C.C., López-Esteban J.L., Zalewska-Janowska A., Bagatin E. et al.: Adult female acne: a new paradigm. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013; 27: 1063 –1070.
13. Kapińska – Mrowiecka M.: Postępowanie pielęgnacyjne w trądziku. *Dermatol i Uroda*, Jesień-Zima 2011.
14. Kim S.J., Baek J.H., Koh J.S., Bae M.I., Lee S.J., Shin M.K.: The effect of physically applied alpha hydroxy acids on the skin pore and comedone. *Int J Cosmet Sci.* 2015; 37: 519 – 525.
15. Charakterystyka dermokosmetyku: Cleanance HYDRA.
16. Araviiskaia E., Dréno B.: The role of topical dermocosmetics in acne vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016; 30: 926 – 935.
17. Chularojanamontri L., Tuchinda P., Kulkarnan K., Pongparit K.: Moisturizers for acne - what are their constituents. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014; 7: 36 – 44.