

Mgr Aleksandra Szelaĝ, kosmetolog

Właściciel gabinetu kosmetycznego „La belle” w Katowicach

Metody pielęgnacji skóry suchej

Zmniejszenie funkcji barierowej skóry jest jednym z najistotniejszych czynników rozwoju wielu dermatoz skórnych, a także, w dużej mierze, przyczynia się do powstawania nadmiernej suchości skóry^[1].

Głównym czynnikiem determinującym proces upośledzania czynności barierowych skóry jest zmiana w składzie lipidów naskórkowych i zmniejszenie ilości NMF, czyli naturalnego czynnika nawilżającego^[2].

Skóra sucha to problem dermatologiczny, który przeciętnie pojawia się pomiędzy 25-30 rokiem życia, a wraz z wiekiem najczęściej ulega zaostrzeniu. Skóra sucha nie jest oponentem dla skóry tłustej, ponieważ może się zdarzyć współistnienie skóry tłustej a jednocześnie przesuszonej. W początkowych fazach przesuszenie jest zjawiskiem przejściowym, z czasem jednak dochodzi do utrzymywania się przewlekłej suchości skóry. W wielu przypadkach utrzymująca się suchość skóry wpływa nie tylko na komfort życia ale staje się problemem kosmetycznym, jak i dermatologicznym^[3].

Skóra sucha jest cienka, szorstka, chropowata i łuszcząca się. W wielu przypadkach pojawia się uczucie silnego napięcia i pieczenia^[2]. Pojawiają się na niej ubytki skórne i szybko dochodzi do powstawania drobnych zmarszczek. Ponadto charakteryzuje się ona również dużą reaktywnością na czynniki zewnętrzne, głównie warunki atmosferyczne:

niska, wysoka temperatura, zimny wiatr oraz promieniowanie UV. Wyróżnia się ona również podwyższoną wrażliwością na czynniki chemiczne (detergenty i woda).

Suchość skóry z reguły nasila się z wiekiem, a co za tym idzie szybciej ulega podrażnieniom, jednak nie determinuje to do powstawania reakcji alergicznych na jej podłożu.

Na powstawanie skóry suchej wpływ mają czynniki środowiskowe a w szczególności suche otoczenie, takie jak klimatyzowane i ogrzewane pomieszczenia, ale również świeże powietrze podczas bardzo mroźnej zimy. To właśnie zimą delikatna i cienka skóra u osób starszych gwałtownie odwadnia się, stając się skórą spierzchniętą i łuszczącą się.

Innym czynnikiem zewnętrznym wywołującym negatywne działanie na stan skóry jest promieniowanie UV a w szczególności zażywanie kąpeli słonecznych bez właściwego zabezpieczenia skóry, jakim są kremy z filrami ochronnymi^[1,5].

Także substancje powierzchniowe czynne w środkach myjących usuwają ochronną warstwę hydro-lipidową naskórka, doprowadzając do przesuszenia warstw rogowych

naskórka i pękania. Działanie detergentów doprowadza do powstania dermatozy występującej często u gospodyń domowych tzw.: „ze zużycia”^[5,6].

Skóra sucha idiopatyczna, wrodzona związana jest z nieprawidłowym funkcjonowaniem warstwy naskórkowej, które charakteryzuje się zmniejszonym wytwarzaniem składników NMF (*natural moisturizing factor*). Przyczyną tego stanu może być mutacja genu dla prekursora filagryny – białka naskórka, lub zaburzenia metabolizmu w czasie tworzenia tego białka z prekursorów. W tym przypadku suchość może pojawić się już w dzieciństwie. Tej jednostce chorobowej mogą towarzyszyć inne choroby skórne, AZS, łuszczyca, xerosis, rybia łuska, które również mogą dawać obraz suchej skóry.

Suchość skóry nie musi być determinowana występowaniem dermatoz skórnych, przyczyną jej powstawania może być również zbyt mała aktywność gruczołów łojowych lub nieprawidłowa pielęgnacja skóry. Skóra taka wymaga stosowania w pielęgnacji nie tylko składników wiążących wodę w naskórku, ale także takich, które są w stanie regenerować barierę ochronną naskórka.

Pielęgnacja skóry suchej to w szczególności stosowanie preparatów hydrofilnych i hydrofobowych, które działać mają na skórę poprzez okluzję. Preparaty te możemy podzielić na dwie grupy, takie które zawierają składniki nie przenikające w głąb naskórka i takie które w swoim składzie zawierają związki będące w stanie pokonać barierę naskórkową.

Do pierwszej grupy, a więc składników pozostających na powierzchni skóry, zaliczamy m.in. **kwasy hialuronowy (HA)** – jeden ze składników tkanki łącznej i skóry właściwej. Występuje on we wszystkich rodzajach tkanki łącznej (chrząstki, płyn maziowy, ciało szkliste oka, zastawki serca)^[7]. HA tworzy w roztworze wodnym dzięki swojej budo-

wie jest zdolny są do wiązania dużej ilości wody. Stosowany w preparatach kosmetycznych nie wchłania się, tworzy jednak na powierzchni skóry film ochronny. Kwas hialuronowy jest w stanie związać od tysiąca do czterech tysięcy razy więcej wody niż jego masa. Dzięki tym właściwościom stosowany jest w kosmetykach jako wartościowy składnik aktywnych nawilżający, który wnika do głębin skóry po związaniu wody, nadaje jej gładkość i aksamitność. Niemniej jednak działanie takie utrzymuje się bardzo krótko – do czasu zmycia kwasu hialuronowego z powierzchni skóry. Preparaty z kwasem hialuronowym można stosować cały rok, ponieważ nie stymuluje on powstawania telangiektazji bez względu na temperaturę powietrza atmosferycznego^[1,5,7].

Kwas piroglutaminowy (PCA) – składnik wchodzący w struktury NMF. W kosmetykach nawilżających występuje sam lub jako mieszanina z innymi składnikami^[3].

Sorbitol – naturalnie występuje w wielu gatunkach wodorostów morskich a także w owocach jarzębiny. Jest doskonałym humektantem, który posiada właściwości zbliżone do gliceryny. W kosmetologii często stosowany połącznie z pochodnymi tokoferolu^[3,7]. Tworzy warstwę ochronną na powierzchni skóry, daje uczucie gładkości i jedwabistości skóry.

Do drugiej grupy substancji można zaliczyć składniki wnikaące do wierzchnich warstw naskórka. Są to głównie glicerol, pantenol, kwas mlekowy oraz mocznik w niskich stężeniach.

Glicerol, gliceryna – dzięki swoim właściwościom zmiękczającym i nawilżającym jest jednym z najczęściej stosowanych

surowców kosmetycznych. Doskonale wiąże wodę, ułatwia złuszczenie warstwy rogowej naskórka a także zabezpiecza kosmetyki przed wysychaniem. Wpływa również na stan fizykochemiczny lipidów naskórka, utrzymując je w stanie ciekłokrystalicznym, co jest bardzo istotne szczególnie dla cer suchych lub osób przebywających w otoczeniu o niskiej wilgotności^[9].

Pantenol – wykazuje właściwości nawilżające, wspomaga gojenie ran i naskórka, działa ochronnie. Wykazano dużą skuteczność tego alkoholu w leczeniu uszkodzeń termicznych naskórka^[7].

Kwas mlekowy – należy do AHA o właściwościach nawilżających, wchodzi w skład NMF. Zmniejsza przyleganie komórek, ułatwia złuszczenie keratynocytów. Wykazuje właściwości lekko drażniące, w niskich stężeniach stosowany do skóry suchej.

Mocznik – jest hygroskopijny, dzięki czemu działa intensywnie nawilżająco. W stężeniu do 2% działa keratoplastycznie-przyspiesza podział komórek warstwy ziarnistej skóry, a tym samym jej regenerację. W stężeniu 5-10% – działa nawilżająco, ułatwia wiązanie wody przez keratynę i zmiękcza naskórek. W stężeniu ponad 10% wykazuje właściwości keratolityczne - ułatwia złuszczenie i zwiększa przepuszczalność warstwy rogowej (np. dla leków czy substancji czynnych). Działa przeciwbakteryjnie, co można wykorzystać przy cerze trądzikowej.

Alantoina – stymuluje podział i wzrost komórek, przyspiesza gojenie ran i oparzeń. Posiada także właściwości emolientyjne.

Hydrolizowane proteiny pszenicy – mieszanina aminokwasów otrzymana w wyniku enzymatycznej hydrolizy pszenicy jest

bardzo zbliżona do naturalnego składu ludzkiej keratyny i przyczynia się do wiązania i zatrzymywania wody w skórze.

Emolienty – Najważniejszym aspektem miejscowej terapii wielu chorób skóry, które przebiegają z nadmiernym jej wysuszeniem jest zastosowanie emolientów. Emolienty – preparaty do stosowania zewnętrznego, o właściwościach nawilżających, natłuszczających i uelastyczniających skórę – uważane są obecnie za integralny i niezbędny element leczenia i profilaktyki chorób skóry, w których istotną rolę odgrywają zaburzenia funkcji i struktury bariery naskórkowej.

Emolienty powinny być stosowane w miejscowej terapii suchej skóry niezależnie od włączenia innych preparatów.

Niemniej jednak aby terapia z zastosowaniem emolientów była skuteczna i jednocześnie bezpieczna należy zastosować produkty, które nie zawierają składników „problemacyjnych”. Do takich składników zaliczyć można: substancje zapachowe, laurylosiarczany sodu (SLS) czy nadmierną ilość konserwantów a w szczególności 2-bromo-2-nitropropano-1,3-diolu, metylochlozotiazolinonu, metyloizotiazolinonucy diazolidinylanu mocznika. Konserwanty te mają wybitne niekorzystne działanie u chorych z AZS czy innymi postaciami suchej skóry^[3,8,9].

Na rynku kosmetyczno-farmaceutycznym znajduje się bardzo duża różnorodność preparatów pielęgnacyjnych i leczniczych dla skóry suchej. Należy jednak zawsze pamiętać, że ich rodzaj powinien być starannie dobrany do indywidualnych potrzeb pacjenta, najlepiej w konsultacji ze specjalistą. Skuteczność preparatów uzależniona jest w głównej mierze od regularności i częstotliwości aplikacji oraz odpowiedniej edukacji pacjentów cierpiących na problemy związane z suchą skórą.