



prof. dr hab. n. med.
Magdalena Czarnecka-Operacz^[1,2],
lek. med. Anna Sadowska-Przytocka^[1]

¹ Katedra i Klinika Dermatologii UM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med.
Zygmunt Adamski

² Pracownia Chorób Alergicznych Skóry
Kierownik Pracowni: prof. dr hab. n. med.
Magdalena Czarnecka-Operacz

Glikokortykosteroidy w postaci aerozoli w leczeniu alergiczných chorób skóry

Współcześnie stosowane glikokortykosteroidy są syntetycznymi pochodnymi hormonów kory nadnerczy. W porównaniu ze związkami naturalnymi wykazują znacznie silniejsze działanie przeciwzapalne i immunosupresyjne oraz mniej zaznaczone działania niepożądane. W leczeniu chorób skóry zastosowanie znajdują glikokortykosteroidy zarówno w postaci ogólnej, jak i miejscowej. Wykorzystywane są ich efekty przeciwzapalne, przeciwalergiczne, immunosupresyjne i antyproliferacyjne

Glikokortykosteroidy miejscowe (mGKS) są grupą leków powszechnie stosowanych w terapii rozmaitych chorób skóry, np. dermatoz zapalnych (w tym zwłaszcza o podłożu alergicznym). Stosując mGKS, powinniśmy w sposób rzetelny przestrzegać obowiązujących zasad i wytycznych uwzględniających zarówno rozpoznanie i nasilenie procesu chorobowego, jak również lokalizację zapalnych zmian skórnych. Zaleca się, aby leczenie było możliwie jak najkrótsze, czyli praktycznie należy je prowadzić do momentu opanowania stanu zapalnego skóry. W razie konieczności kontynuacji leczenia mGKS powinien być już o zdecydowanie słabszej sile działania. Zmia-

ny skórne o łagodnym nasileniu zazwyczaj nie wymagają zastosowania terapii ogólnej i satysfakcjonującą poprawę stanu klinicznego można uzyskać poprzez wdrożenie leczenia miejscowego. Oczywiście, decydując się na zastosowanie mGKS, szczególną ostrożność należy zachować w przypadku lokalizacji procesu chorobowego w obrębie skóry twarzy, szyi, dekoltu, fałdów skórnych oraz okolic anogenitalnych. Te obszary są bowiem zdecydowanie bardziej narażone na potencjalne działania niepożądane omawianej grupy leków. Przy doborze mGKS należy zawsze uwzględnić jego siłę działania w celu ograniczenia w jak największym stopniu możliwości

wystąpienia objawów niepożądanych. Zatem z dużą uwagą należy ocenić tzw. bilans zysków i strat, czyli postąpić tak, aby wspomniane działania uboczne nie przewyższały stopnia możliwej do uzyskania poprawy stanu klinicznego pacjenta. Siła działania mGKS zależy od wielu czynników, takich jak: właściwości fizykochemiczne substancji czynnej czy podłoża leku, stopnia absorpcji leku z powierzchni skóry i stopnia penetracji poprzez barierę naskórkową oraz stanu nawilżenia skóry. Warto podkreślić, że charakterystyka podłoża preparatu ma niezwykle istotne znaczenie dla przenikania leku do warstwy rogowej i dalszej penetracji w głąb naskórka. Najłatwiej przez skórę przenikają preparaty w postaci maści, słabiej w kremie, a najslabiej w postaciach płynnych. Penetracja leku przez naskórek jest różna w zależności od miejsca aplikacji, co w dużej mierze wiąże się z grubością warstwy rogowej i obecnością mieszków włosowych. Jak wiadomo, najłatwiej mGKS wchłaniają się z błon śluzowych, okolic krocza, fałdów skórnych (w tym skóry w obrębie zgięć stawowych) oraz powiek. Jak już wspomniano, warunkuje to po części większe ryzyko rozwoju działań niepożądanych mGKS w przypadku ich stosowania, zwłaszcza w wyszczególnionych wyżej okolicach ciała. Przy wyborze odpowiedniej postaci leku należy oczywiście zwrócić uwagę na charakter morfologiczny zmian skórnych. W przypadku zaostrzenia stanu zapalnego skóry z zaznaczonymi objawami ścżenia preferowane są roztwory, aerozole lub kremy. W razie przewlekłego i nawrotowego przebiegu zapalnych zmian skórnych, których typowym objawem klinicznym jest lichenifikacja, najlepsze rozwiązanie stanowi wybór mGKS w postaci maści lub emulsji. Z kolei zmiany zapalne zlokalizowane w obrębie skóry owłosionej głowy wymagają zazwyczaj włączenia preparatu w postaci roztworu lub aerozolu.

Dużym wyzwaniem dla lekarzy dermatologów jest terapia chorób alergicznych skóry.

Są to najczęściej choroby przewlekłe z okresami zaostrzeń i remisji zmian skórnych, a dobór leku zależy od aktualnego stadium choroby. W przypadku zaostrzenia stanu dermatologicznego odpowiednio dobrane leczenie miejscowe niejednokrotnie pozwala na uniknięcie zastosowania terapii ogólnej.

Jedną z klasycznych dermatoz zapalnych, wymagających indywidualnej modyfikacji w zależności od aktualnego stadium choroby, jest alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Ostry wyprysk alergiczny przebiega w kilku charakterystycznych fazach^[1]. Ogniska rumieniowych zmian skórnych, w obrębie których obserwuje się grudki, pęcherzyki, nadżerki oraz ścżenie typu „kropki rosy” w miarę postępu procesu chorobowego zanikają, ulegają przemianom, jednocześnie obserwuje się powstawanie charakterystycznych wykwitów wtórnych. Uznaje się, że szczególnie intensywnego leczenia wymagają dwie pierwsze fazy procesu chorobowego, mianowicie faza rumieniowo-obrzękowa oraz faza wysiękowa. Zgodnie z obowiązującymi obecnie zasadami podstawą leczenia alergicznego kontaktowego zapalenia skóry są właśnie mGKS. Ścżące zmiany skórne z obecnością pęcherzyków i nadżerek można skutecznie opanovać, stosując mGKS w postaci aerozoli/roztworów, co warunkuje zazwyczaj szybkie ograniczenie uczucia świądu, bólu oraz pieczenia skóry. Jak wiadomo, aerozole charakteryzuje dodatkowo działanie chłodzące, w efekcie czego łatwiej jest opanovać chorem odruch drapania. Stosowanie mGKS w postaci aerozoli pozwala na uzyskanie ściśle określonego stopnia rozproszenia substancji leczniczej w podłożu. Aplikacja leku jest równomierna i nie powoduje dodatkowego drażnienia zmienionej skóry podczas aplikacji preparatu – z praktycznego punktu widzenia właśnie takie postępowanie jest zdecydowanie bardziej ekonomiczne w porównaniu z preparatami stosowanymi w postaci kremów lub maści. Co ważne, aerozole zapewniają sterylność

preparatu leczniczego praktycznie przez cały okres jego stosowania. Dodatkowo aerozole i roztwory są łatwiejsze w aplikacji, zwłaszcza w przypadku rozległych zapalnych zmian skórnych. Jest to również bardzo istotne w odniesieniu do zmian skórnych obejmujących skórę głowy owłosioną. Przykładami mGKS, które dostępne są w formie aerozolu, są deksametazon, hydrokortyzon i triamcynolon. Jak wiadomo, z klinicznego punktu widzenia uszkodzenie ciągłości naskórka, w tym obecność nadżerek i zmian sączących, niesie ewidentnie zwiększone ryzyko rozwoju wtórnego nadkażenia bakteryjnego (zliszajcowacenie – *impetiginisatio*). Zatem w niektórych przypadkach konieczne jest dodatkowe włączenie antybiotykoterapii. Oczywiście jeśli ogniska zapalnych zmian skórnych z objawami wtórnego nadkażenia bakteryjnego ograniczone są do niewielkich powierzchni skóry, wystarczy zastosować lek przeciwbakteryjny w postaci miejscowej^[2]. Dobrze rozwiązaniem jest wykorzystanie miejscowych preparatów złożonych, np. połączenia deksametazonu i neomycyny, triamcynolonu z tetracykliną, hydrokortyzonu z oksytetracykliną itd. Zaleca się stosowanie wspomnianych preparatów 2-4 razy na dobę w równych odstępach czasu, w zależności od ich charakterystyki farmakologicznej. Warto przypomnieć, że pojemnik należy ustawić w pozycji pionowej w odległości 15-20 cm od skóry, przez okres od 1-3 sekund. Zazwyczaj wystarczy stosować lek 7-14 dni. Ważne jest też, aby przed zaleceniem określonego leku przeprowadzić dokładne badanie podmiotowe, wykluczając nadwrażliwość na którykolwiek ze składników miejscowego preparatu złożonego.

W leczeniu skórnych odczynów po użądleniach/ukąszeniach przez owady mGKS stanowią zdecydowaną większość zalecanych powszechnie preparatów terapeutycznych. Zazwyczaj objawem podmiotowym towarzyszącym miejscowemu odczynowi po użądleniach/ukąszeniach owadów jest świąd

skóry. Odruch drapania uwarunkowany świądem prowadzi do powstania nadżerek, przeczosów i mikrourazów, co zwiększa zjawisko przylegania bakterii do uszkodzonego naskórka oraz wspomaga rozwój objawów zapalnych. Wtórne nadkażenie bakteryjne objawia się charakterystycznymi miodowo-żółtymi strupami i nasilonym sączeniem w obrębie zapalnych zmian skórnych. Najczęstszy czynnik etiologiczny wtórnej infekcji skóry w obrębie miejscowych odczynów zapalnych to *Staphylococcus aureus*. W przypadkach niepowikłanych odczynów po ukąszeniach utrzymują się przez krótki okres, bo do kilku dni. Jednak uczucie świądu i spowodowane tym drażnienie mechaniczne zmian, prowadzące do wspomnianego już uszkodzenia ciągłości naskórka, może doprowadzić do rozwoju i utrzymywania się klinicznych objawów infekcji wtórnych. Taka sytuacja zdecydowanie wydłuża czas leczenia i może być przyczyną kolejnych powikłań^[3].

Miejscowe GKS w połączeniu z antybiotykiem są zatem dobrą opcją terapeutyczną, ponieważ szybko hamują rozwój miejscowego odczynu zapalnego i uczucia świądu, ograniczają także ryzyko rozwoju wtórnego nadkażenia wykwitów, a w przypadku jego objawów skutecznie doprowadzają do poprawy stanu klinicznego^[4].

W podsumowaniu pragniemy podkreślić, że mGKS są ważną grupą leków w terapii chorób o podłożu alergicznym. Rozważne ich stosowanie i dobór odpowiedniej postaci leku w zależności od rodzaju zmian skórnych pozwalają na uniknięcie działań niepożądanych. Wykorzystanie mGKS w formie aerozoli jest szczególnie przydatne w leczeniu dermatoz przebiegających z obecnością sączenia i nadżerek, a preparaty zawierające dodatkowo antybiotyk ułatwiają szybsze ustąpienie zmian skórnych, zwłaszcza w przypadku rozwoju objawów wtórnego nadkażenia bakteryjnego.

Piśmiennictwo u autora