

## **Atopia, alergia, atopowe zapalenie skóry – czy to to samo?**

**Czy jak mam AZS, to zawsze mam alergię? Czy każdy z atopią ma AZS? Wiele osób stara się zrozumieć, co im właściwie dolega. Razem z Fundacją Pokonać Alergię podjęliśmy próbę odpowiedzi na te pytania.**

**Atopia** to genetycznie uwarunkowany zespół zaburzeń układu odpornościowego, o czym świadczy występowanie chorób o tym podłożu u członków tej samej rodziny. Można powiedzieć, że jest to skłonność do alergii, dlatego, że nie zawsze ktoś, kto ma sprzyjający defekt genetyczny, ma objawy alergii atopowej. Chociaż główną rolę odgrywa predyspozycja genetyczna, jednak na jej pojawienie się i przebieg znaczny wpływ mają czynniki środowiskowe. Argumentem przemawiającym za tym stwierdzeniem jest gwałtownie zwiększająca się w ostatnich latach liczba alergików, co najprawdopodobniej jest związane z coraz silniejszym zanieczyszczeniem środowiska i miejskim stylem życia. Geny mamy podobne do naszych dziadków, jednak w ich pokoleniu znacznie mniej osób miało diagnozowaną alergię.

Alergia atopowa zawsze jest IgE-zależna, co oznacza, że we krwi osób z atopią znajdują się immunoglobuliny E w wysokim stężeniu. Atopowy stan zapalny może rozwinąć się w różnych narządach, dlatego atopowa może być: pokrzywka (kilka % przypadków), atopowe zapalenie skóry (AZS; do 50 % przypadków) oraz astma, zapalenie spojówek, zapalenie oskrzeli, nieżyt nosa, gardła, uszu, czy zatok (do kilkudziesięciu % przypadków).

**Alergia** to dużo szersze pojęcie. Poza alergią atopową, związaną z występowaniem przeciwciał IgE, występują inne mechanizmy alergiczne – alergia komórkowa, zależna od limfocytów T oraz reakcja cytotoksyczna i reakcja przeciwko krążącym kompleksom immunologicznym. Należy pamiętać, że duża część alergii nie jest IgE-zależnych (czyli atopowych). Jednym z przykładów alergii niezależnej od przeciwciał typu IgE jest skórna alergia kontaktowa. Diagnostyka alergii opiera się przede wszystkim na wywiadzie lekarskim. w przypadku wielu reakcji

istnieje możliwość potwierdzenia alergii testami laboratoryjnymi. Niestety, testy te są dostępne w praktyce klinicznej jedynie dla niektórych alergii zależnych od przeciwciał IgE. W przypadku uczuleń kontaktowych istnieje możliwość przeprowadzenia testów diagnostycznych na skórze pacjenta (tzw. testy płatkowe). W bardzo wyjątkowych przypadkach mogą być przeprowadzane tzw. testy prowokacyjne, polegające na celowej ekspozycji pacjenta na substancję podejrzaną o wywołanie alergii, ale tylko pod ścisłym nadzorem lekarza.

Podsumowując, atopia to genetycznie uwarunkowana skłonność do alergii, która pojawia się po tzw. alergizacji, czyli uwrażliwieniu układu immunologicznego na alergen. Niemniej, należy pamiętać, że u wielu osób, u których zaobserwowano pozytywny wynik testów alergicznych, nie dochodzi do rozwinięcia się objawów, natomiast o alergii jako chorobie mówimy wtedy, gdy to uwrażliwienie manifestuje się klinicznie u pacjenta.

Objawy alergii są odczuwalne przez całe życie, znacznie obniżając jego jakość. Dlatego choroby alergiczne powinny być oficjalnie uznane za choroby przewlekłe. Zmuszają one chorych do częstych wizyt lekarskich oraz niejednokrotnie są przyczyną hospitalizacji, powodują absencję szkolną u dzieci, uniemożliwiają wykonywanie pracy przez dorosłych, mają wpływ na funkcjonowanie całych rodzin. Mogą prowadzić do wykluczenia społecznego. Stosowanie leków i szczególna dbałość o stan chorego, unikanie alergenów i dostosowanie warunków mieszkaniowych do stanu zdrowia wiążą się ze znacznymi wydatkami po stronie pacjenta i jego rodziny. To wszystko powoduje stres, który często nasila natężenie objawów chorób, uznanych za schorzenia o dużym czynnikiem psychosomatycznym.

W odniesieniu do chorób o podłożu alergicznym/atopowym lekarze stosują pojęcie „**marsz alergiczny**” - przebieg chorób alergicznych w dzieciństwie zwykle charakteryzuje się następowaniem po sobie i zmianą objawów wraz z wiekiem: od alergii pokarmowej i AZS do alergicznego nieżytu nosa, zapalenia spojówek oraz astmy oskrzelowej. Jednocześnie zazwyczaj mija uczulenie na alergeny pokarmowe, nasila się uczulenie na alergeny wziewne. Niektórzy lekarze uznają też, że u pacjentów ze stwierdzoną atopią mogą się w późniejszym wieku rozwijać inne wewnętrzne stany zapalne o podłożu immunologicznym.

Dla państwa szczególnie kosztowne jest leczenie astmy oskrzelowej, której można by uniknąć, ograniczając rozwój „marszu alergicznego”. Co prawda, nie ma obecnie idealnej recepty na to, by do tego nie dopuścić, jednak w wielu przypadkach, w dużym stopniu się to udaje. Wymaga to konsekwentnych działań od czasu pierwszych manifestacji atopii, najczęściej w dzieciństwie.

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca trzystopniową profilaktykę chorób o podłożu atopowym: 1. niedopuszczenie do alergizacji, na którą najbardziej podatne są niemowlęta, 2. działania w kierunku zahamowania lub modyfikacji przebiegu "marszu alergicznego", 3. odpowiednie leczenie przez całe życie, kontrolowanie stopnia nasilenia choroby przez pacjentów.

Choć dowiedziono, że ryzyko pojawienia się chorób o podłożu atopowym jest większe u dzieci, których rodzic lub rodzice są atopikami, w postępowaniu klinicznym nie ma skutecznej metody identyfikacji atopii u noworodków. Są one dopiero w fazie badań. w związku z tym działania edukacyjne powinny obejmować najlepiej szeroką populację dzieci do 2 roku życia i muszą być związane ze szczególną edukacją kobiet w ciąży, wspieraniem młodych matek, szkoleniem pediatrów i położnych oraz prowadzeniem szeroko zakrojonej akcji informacyjnej, zwracającej uwagę na istotę problemu.

**Atopowe zapalenie skóry (AZS)** jest przewlekłą, nawracającą chorobą zapalną skóry. Jego objawami są suchy, łuszczący się naskórek, zaczerwienienie i obrzęk, świąd oraz pieczenie skóry. Całkowite wyleczenie tej niezakaźnej choroby jest na razie niemożliwe – chory odczuwa jej skutki przez całe życie, nie jest też ostatecznie rozpoznana przyczyna tej choroby.

**Przyjmuje się, że atopowe zapalenie skóry odgrywa kluczową rolę w procesie marszu alergicznego.** AZS jest często pierwszą manifestacją atopii i rozwija się najczęściej w wieku niemowlęcym. Większość przypadków rozpoznawanych jest w pierwszych dwóch latach życia. U 90-95% pacjentów samoistnie dochodzi do remisji jeszcze w dzieciństwie lub najpóźniej pod koniec okresu dojrzewania, niemniej jednak coraz częściej obserwuje się późny początek (po 18 roku życia) lub poważne nawroty choroby w wieku dojrzałym (około 35 roku życia i później). Jednak nawet u osób, u których AZS uległo remisji, problem często nie znika, gdyż wiele z nich w późniejszym wieku cierpi z powodu innych chorób o podłożu atopowym.

**Skóra** osób z AZS, określana jako **atopowa**, różni się budową od skóry osób zdrowych: obserwuje się m.in. niewystarczające dojrzewanie komórek naskórka (keratynocytów), brakuje w niej związków wiążących wodę i lipidów międzykomórkowych – spoiwa komórek. To powoduje, iż skóra atopowa nie pełni dobrze podstawowej funkcji skóry: bariery między organizmem a środowiskiem zewnętrznym. W porównaniu ze zdrową, taka skóra słabiej zapobiega parowaniu wody oraz łatwiej przepuszcza drobnoustroje i alergeny, jest bardzo suchą, mało elastyczną, nieprzyjemnie napiętą, nadwrażliwą. To wszystko powoduje ogromny dyskomfort, który jest zwiększany przez bardzo nasilony świąd. Dodatkowo, w czasie zaostrzenia AZS skóra chorego jest objęta permanentnym stanem zapalnym, który nasila trudne do opanowania drapanie. To znowu,

z powodu urazów mechanicznych oraz ułatwiając nadkażenia bakteryjne i grzybicze, dodatkowo prowadzi do eskalacji stanu zapalnego.

Podstawą leczenia objawów AZS jest codzienna pielęgnacja skóry za pomocą **emolientów, środków do mycia niezawierających mydeł oraz dermokosmetyków** sprzedawanych w aptekach, produkowanych specjalnie dla osób ze skórą atopową, służących nawilżeniu jej, uzupełnieniu lipidów. Nie da się stwierdzić, który emolient jest najlepszy – trzeba dobierać odpowiedni metodą prób i błędów, pamiętając o tym, że w pewnym momencie może przestać być tolerowany przez skórę lub jego efektywność może się zmniejszyć. Niemniej, by zwiększyć funkcję bariery skóry najważniejsze jest konsekwentne smarowanie skóry cienką warstwą, natychmiast po kąpielu i częste dosmarowywanie jej w ciągu dnia.

W przypadku zaostrzeń AZS czasem konieczne jest stosowanie bardzo tłustych **maści robionych**, przepisanych przez lekarza, jak również maści zawierających **glikokortykosteroidy (tzw. sterydy)**. Leczenie AZS jest głównie objawowe, a **sterydy stosowane miejscowo** pomagają szybko zlikwidować stan zapalny, jednak ważne jest, aby siła ich działania była dobierana do stanu skóry – np. początkowo powinien być stosowany najłagodniejszy możliwy steryd, należy go używać krótko i punktowo oraz stopniowo odstawiać. **Gdy przepisywany jest steryd, warto poprosić lekarza o dokładny plan leczenia na piśmie.** W bardzo ciężkich przypadkach AZS jest leczone **sterydami stosowanymi doustnie**, co wiąże się jednak z poważnymi skutkami ubocznymi. Bezpieczniejsze w stosowaniu są **miejscowe leki immunosupresyjne/immunomodulujące**, ale mogą być stosowane jedynie w terapii AZS u dzieci powyżej 2 roku życia. W ciężkich stanach stosuje się **doustne leki immunomodulujące**. U niektórych dorosłych z AZS pomocna bywa **fototerapia**. Często przepisywane są **leki antyhistaminowe**, które mogą działać lekko przeciwświądowo i osłabiać inne objawy alergii, zmieniając przebieg „marszu alergicznego”, niemniej ich skuteczność jest ograniczona.

Ze względu na właściwości skóry, u osób z AZS często dochodzi do nadkażeń bakteryjnych (najczęściej gronkowcem złocistym). Wówczas przepisywane są **antybiotyki stosowane miejscowo i/lub doustnie**. Obecnie prowadzone są badania nad **lekami biologicznymi**, działającymi na przyczynę choroby tkwiącą w nieprawidłowym funkcjonowaniu układu odpornościowego.

**U dzieci chorych na AZS częściej stwierdza się zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania w porównaniu z dziećmi zdrowymi.** Ciągłe zmaganie się z przewlekłą chorobą skóry utrudnia codzienne funkcjonowanie, wpływa na relacje z rówieśnikami i może odgrywać poważną rolę w rozwoju psychologicznym dziecka. Zmiany skórne oraz konieczność unikania alergenów

i czynników drażniących mają ponadto wpływ na dietę, wybór ubrań, życie towarzyskie, czas wolny, zainteresowania dzieci. Życie z chorą skórą jest trudne również z powodu promowanego przez mass-media ideału urody i podkreślanego na każdym kroku znaczenia „pierwszego wrażenia”. Chora skóra i brak skutecznej terapii prowadzącej do jej wyleczenia są u dziecka źródłem obniżonego poczucia własnej wartości i poczucia bezradności. Jednocześnie u dzieci z AZS często występują: mała samodzielność, niecierpliwość, wybuchy gniewu nawet w obliczu drobnych frustracji, niskie umiejętności społeczne oraz brak wiary we własne siły i możliwości.

**Choroba dziecka ma wpływ na rodziców i funkcjonowanie całej rodziny, obniżając jakość życia wszystkich jej członków.** Wygląd dziecka, jego wzmożony niepokój, drażliwość, konieczność stałego dbania o stan skóry są u opiekunów źródłem dużego stresu. Pojawiają się też trudności wychowawcze z utrzymaniem dyscypliny. Chora skóra może być przyczyną ograniczenia kontaktu fizycznego rodzica z dzieckiem. To wszystko może powodować u dziecka dodatkowo stres, który nasila objawy choroby.

Ponadto, uporczywy świąd, nasilający się w nocy, powoduje poważne problemy dziecka ze snem. Nocne ataki swędzenia i drapania u dzieci zakłócają również sen ich rodziców i prowadzą do przemęczenia i spadku ich efektywności w pracy. Nieefektywność wysiłków zmierzających do poprawy stanu zdrowia dziecka powoduje u rodziców napięcia psychiczne, poczucie winy, frustrację, niechęć oraz bezradność, w wielu przypadkach prowadzące do stanów depresyjnych.

W Polsce ok. 10-12% osób choruje na atopowe zapalenie skóry (AZS). Ok. 20-25% małych dzieci ma AZS, a choroba obniża jakość życia ich i ich rodzin.

Tekst został przygotowany przez zespół Fundacji Alabaster (<http://fundacja-alabaster.org>) przy wsparciu merytorycznym zespołu Fundacji Pokonać Alergię (<http://pokonacalergie.org>).