

Atopowe zapalenie skóry u dzieci – podsumowanie zaleceń terapeutycznych, rola pielęgnacji skóry i wpływ na jakość życia

Atopic dermatitis in children – summary of therapeutic recommendations, the role of skin care, and impact on quality of life

Dr n. med. Leszek Blicharz¹, Dr n. med. Piotr Fuss², Małgorzata Lewandowska³, Prof. dr hab. n. med. Ewa Trzandel Grodzka³

¹. Katedra i Klinika Dermatologiczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny i Instytut Badawczo Rozwojowy Biogened w Łodzi

². Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi

³. Instytut Badawczo Rozwojowy Biogened w Łodzi

STRESZCZENIE

Atopowe zapalenie skóry to przewlekła, nawrotowa choroba zapalna skóry, która najczęściej ujawnia się już we wczesnym dzieciństwie. Często współwystępuje z innymi schorzeniami atopowymi, takimi jak astma oskrzelowa czy alergiczny nieżyt nosa. Do jej charakterystycznych objawów należą uporczywy świąd, suchość skóry oraz zmiany zapalne o zróżnicowanej lokalizacji i morfologii, zależnej od wieku pacjenta. Rozpoznanie atopowego zapalenia skóry opiera się na szczegółowym wywiadzie lekarskim oraz badaniu przedmiotowym. Leczenie obejmuje przede wszystkim odpowiednią pielęgnację skóry na bazie łagodnych preparatów mydłozastępczych oraz emolientów, unikanie czynników zaostrzających oraz stosowanie leków miejscowych i ogólnoustrojowych. W artykule omówiono wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia pacjentów i ich rodzin, podsumowano aktualne strategie terapeutyczne oraz znaczenie edukacji chorych i ich opiekunów w skutecznym zarządzaniu chorobą.

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, leczenie, emolientoterapia

Atopowe zapalenie skóry (AZS) u dzieci – epidemiologia, wytyczne leczenia, rola emolientów i jakość życia

Atopowe zapalenie skóry (AZS), zwane również wypryskiem atopowym, jest przewlekłą zapalną chorobą skóry charakteryzującą się silnym świądem oraz typową morfologią tj. zaczerwienieniem, suchością skóry, grudkami i pęcherzykami a także lokalizacją zmian skórnych zależną od wieku. AZS należy do najczęstszych chorób alergicznych skóry u dzieci – dotyka nawet do 25% populacji pediatrycznej w krajach rozwiniętych, przy częstości u dorosłych szacowanej na ok. 2–8%. Choroba ma przebieg przewlekły i nawrotowy, znacząco obniżając jakość życia pacjentów oraz ich rodzin. Poniżej przedstawiono aktualne dane epidemiologiczne, zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne (m.in. według American Academy of Dermatology i European Academy of Dermatology and Venereology), rolę leczenia emolientami oraz wpływ AZS na jakość życia dzieci i ich opiekunów.

Epidemiologia AZS wśród dzieci

AZS rozpoczyna się najczęściej we wczesnym dzieciństwie – około 45% przypadków ujawnia się w pierwszych 6 miesiącach życia, 60% w pierwszym roku, a 85% do 5. roku życia. U około 2/3 dzieci obserwuje się stopniowe wygaszanie objawów i remisję choroby przed okresem dojrzewania. Mimo to, u części pacjentów AZS utrzymuje się lub nawraca także w wieku dorosłym. Częstość występowania AZS u dzieci w krajach uprzemysłowionych wynosi obecnie średnio 15–20%, co oznacza wzrost w ostatnich dekadach.

Występują znaczące różnice geograficzne – np. w badaniu ISAAC odsetek dzieci z AZS w wieku 6–7 lat wynosił ok. 20% w Wielkiej Brytanii, Australii i Skandynawii, podczas gdy w Chinach sięgał zaledwie 2%.

W Polsce częstość AZS u dzieci szacuje się na kilka procent. Według ogólnopolskiego badania epidemiologicznego ECAP z lat 2006–2009, częstość występowania AZS (kiedykolwiek w życiu) wyniosła średnio 6,5% populacji, w tym 8,7% w grupie dzieci 6–7-letnich, 9,0% wśród młodzieży 13–14-letniej i 3,6% u osób dorosłych. Wykazano przy tym, że AZS rozpoznawano istotnie częściej u dziewcząt ($OR \approx 1,5$), a także u dzieci mieszkających w dużych miastach ($OR \approx 2,2$) w porównaniu z terenami wiejskimi. Wyższe ryzyko stwierdzono również u dzieci, których rodzice chorują na choroby atopowe – szczególnie gdy dotyczy to matki ($OR \approx 2,1$) lub obojga rodziców ($OR = 2,08$)

Dane te potwierdzają wpływ uwarunkowań genetycznych i środowiskowych na epidemiologię AZS. Zauważono, że częstość AZS jest zależna od stylu życia – większa jest w populacjach o wysokim statusie socjoekonomicznym i w mniejszych rodzinach.

Diagnostyka kliniczna i kryteria rozpoznania

Obraz kliniczny AZS charakteryzuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem oraz typowym wzorcem zmian skórnych zależnym od wieku dziecka. U niemowląt i małych dzieci dominują ostre zmiany wypryskowe – rumieniowe, często sączące – zlokalizowane głównie na policzkach i owłosionej skórze głowy, tułowiu oraz pod kolanami. Okolica

pieluszkowa jest zwykle oszczędzona. Zmianom towarzyszy nasilony świąd, powodujący drażliwość i zaburzenia snu. U starszych dzieci (powyżej 2. roku życia) wykwity przyjmują bardziej przewlekły charakter: skóra jest pogrubiała, stopniowo rozwija się lichenifikacja, a typową lokalizacją stają się zgięcia łokciowe, podkolanowe, okolice nadgarstków, szyja oraz grzbiety rąk. Nierzadko obserwuje się suchość skóry (xerosis) i wtórne zmiany depigmentacyjne lub przebarwienia. W wieku nastoletnim obraz bywa zbliżony do dorosłych – dominują przewlekłe zmiany wypryskowe na zgięciowej powierzchni kończyn, rękach i twarzy.

Kryteria diagnostyczne

Rozpoznanie AZS opiera się na obrazie klinicznym – brak jest jednego swoistego testu diagnostycznego.

W praktyce wykorzystuje się zestawy kryteriów klinicznych. American Academy of Dermatology (AAD) rekomenduje rozpoznanie na podstawie stwierdzenia kluczowych cech - przewlekłego, nawrotowego przebiegu choroby, obecności świądu oraz wyprysku o typowej morfologii i lokalizacji dla danego wieku.

Ważnymi cechami dodatkowymi zwiększającymi prawdopodobieństwo AZS są m.in. wczesny początek (niemowlęcy), obecność atopii u pacjenta lub w wywiadzie rodzinnym (astma, alergiczne zapalenie błon śluzowych nosa, pokrzywka), uogólniona suchość skóry (xerosis) czy podwyższone stężenie IgE. Istnieją też cechy wspomagające rozpoznanie, choć niewystarczające same w sobie – należą do nich np. nawracające infekcje skóry, dodatnie testy skórne punktowe, biały dermografizm, zaćma, rumień na twarzy, rybia łuska czy rogowacenie mieszkowe.

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić inne dermatozy wypryskowe i zapalne u dzieci, zwłaszcza łojotokowe zapalenie skóry, wyprysk kontaktowy, świerzb, łuszczycę, łupież różowy Giberta, a u niemowląt także histiocytozy czy niedobory immunologiczne przebiegające ze zmianami skórnymi. Kluczowe jest wykluczenie tych schorzeń na podstawie obrazu klinicznego, wywiadu oraz ewentualnych badań dodatkowych.

Współwystępowanie chorób atopowych

AZS często stanowi pierwszy wyraz tzw. marszu atopowego – u ok. 50% dzieci z AZS rozpoczynającym się przed 2. rokiem życia w kolejnych latach rozwija się astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa i/lub alergia pokarmowa. Nasilone AZS w okresie niemowlęcym jest czynnikiem ryzyka nadwrażliwości pokarmowej zwłaszcza na białko jaja kurzego i orzeszki ziemne.

Fakt, że AZS poprzedza często rozwój alergii, wskazuje na defekt bariery skórnej jako pierwotny czynnik patogenetyczny – przez uszkodzoną skórę łatwiej przenikają alergeny,

które indukują ogólnoustrojową odpowiedź alergiczną. Dlatego wydaje się, że wczesna interwencja w AZS może częściowo ograniczać ryzyko rozwoju innych chorób atopowych.

Wytyczne leczenia AZS u dzieci (AAD, EADV)

Podstawowe zasady postępowania:

Celem terapii AZS jest osiągnięcie jak najdłuższych okresów remisji poprzez odbudowę bariery skórnej, ograniczenie stanu zapalnego i świądu oraz unikanie czynników wyzwalających zaostrzenia. Zarówno wytyczne American Academy of Dermatology, jak i europejskie zalecenia ETFAD/EADV oraz EuroGuiDerm podkreślają, że leczenie powinno być dostosowane do wieku pacjenta i nasilenia choroby. Każdy pacjent z AZS – niezależnie od stopnia nasilenia – wymaga tzw. terapii podstawowej, na którą składa się codzienna pielęgnacja emolientowa skóry oraz unikanie niespecyficznych i specyficznych czynników zaostrzających (np. drażniących detergentów, szorstkich tkanin, przegrzewania, alergenów pokarmowych w przypadku potwierdzonej alergii pokarmowej itp.)

Leczenie miejscowe zmian zapalnych

W fazach zaostrzeń leczeniem z wyboru są miejscowe glikokortykosteroidy (GKS) o odpowiedniej sile działania dobranej do lokalizacji i wieku pacjenta. Stosuje się je doraźnie na zmiany aktywne do uzyskania poprawy. W przypadku dłuższego stosowania należy kontrolować ewentualne działania niepożądane tj. zanik skóry, teleangiektazje. Alternatywę lub uzupełnienie stanowią miejscowe inhibitory kalcyneuryny – takrolimus maść (0,03% u dzieci od 2. roku życia, 0,1% u młodzieży ≥ 16 lat) oraz pimekrolimus krem (od 3 miesięcy). Leki te rekomendowane są zwłaszcza do okolic szczególnych (twarz, szyja, fałdy skórne), gdzie długotrwałe stosowanie GKS jest związane ze zwiększonym ryzykiem działań niepożądanych.

W praktyce coraz częściej wykorzystuje się strategię terapii proaktywnej, zalecaną przez europejskie i amerykańskie wytyczne w przypadku pacjentów z nawrotowym przebiegiem AZS. Polega ona na długotrwałym, przerywanym stosowaniu niewielkich dawek leczenia przeciwzapalnego na pozornie zdrową skórę w miejscach, które często ulegają zaostrzeniu. Najsilniejsze dowody naukowe dotyczą terapii proaktywnej maścią takrolimus 2–3 razy w tygodniu lub GKS miejscowym o średniej sile działania 1–2 razy w tygodniu, co pozwala istotnie wydłużyć okresy remisji i zmniejszyć częstość zaostrzeń. Taka strategia, uzupełniająca codzienne stosowanie emolientów, jest rekomendowana zwłaszcza u dzieci z AZS o przewlekłym, nawrotowym przebiegu.

Leczenie ogólne i fototerapia

W umiarkowanym i ciężkim AZS, niepoddającym się kontroli leczeniem miejscowym i pielęgnacją, konieczne bywa wdrożenie leczenia ogólnoustrojowego. U dzieci podstawową opcją pozostaje fototerapia UV – zwłaszcza wąskopasmowe UVB 311 nm lub UVA1 – która bywa skuteczna u starszych dzieci i nastolatków z rozsianymi zmianami. Jej zastosowanie

jest jednak ograniczone u małych dzieci oraz przez dostępność sprzętu i konieczność częstych wizyt.

Systemowe glikokortykosteroidy (np. prednizon) dają szybką poprawę, ale ze względu na ryzyko poważnych działań niepożądanych i gwałtowne nawroty po odstawieniu nie powinny być stosowane przewlekłe ani rutynowo w AZS. Zaleca się je jedynie wyjątkowo, krótkotrwale, w ciężkich zaostrzeniach jako „pomost” do czasu zadziałania terapii podstawowej lub w oczekiwaniu na inny lek.

Standardem leczenia ogólnego ciężkiego AZS pozostają klasyczne leki immunosupresyjne off-label, głównie cyklosporyna A, która może być stosowana u dzieci powyżej 2. roku życia w krótkich kilkumiesięcznych cyklach (monitorując działanie nefrotoksyczne). Inne opcje to metotreksat, azatiopryna czy mykofenolan mofetylu stosowane u starszych dzieci i młodzieży w opornych przypadkach – jednak dane dotyczące ich skuteczności i bezpieczeństwa w populacji pediatrycznej są ograniczone.

Przełom w leczeniu ciężkiego AZS stanowią nowe leki ukierunkowane molekularnie. Dupilumab – przeciwciało monoklonalne blokujące receptor dla IL-4 i IL-13 – został zatwierdzony w 2017 r. dla dorosłych, a następnie dla dzieci (początkowo ≥ 12 lat, obecnie dopuszczony już od 6. miesiąca życia w umiarkowanym/ciężkim AZS. Badania wykazały wysoką skuteczność dupilumabu w redukcji zmian skórnych i świądu przy dobrym profilu bezpieczeństwa u dzieci. W praktyce dupilumab stał się pierwszym wyborem leczenia systemowego u dzieci z ciężką postacią AZS wymagającą przewlekłej terapii – ze względu na korzystny profil bezpieczeństwa przewyższający tradycyjne leki immunosupresyjne. Kolejnym lekiem biologicznym zarejestrowanym do leczenia AZS u pacjentów w wieku 12 lat i powyżej jest tralokinumab, inhibitor IL-13.

Ostatnio dostępne stały się również małe cząsteczki doustne – inhibitory kinaz Janusowych (JAK), takie jak baricytynib, upadacytynib czy abrocytynib – które wykazują skuteczność w AZS u dorosłych i młodzieży. Upadacytynib jest zarejestrowany do leczenia pacjentów w wieku 12 lat i powyżej, natomiast baricytynib i abrocytynib u pacjentów dorosłych.

Wymienione leki biologiczne oraz są w Polsce refundowane dla pacjentów z ciężkim AZS na zasadach określonych w programie terapeutycznym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Leczenie uzupełniające

Wiodącym objawem ograniczającym jakość życia w AZS jest świąd. Poza leczeniem przeciwzapalnym nie są jednak dostępne skuteczne metody farmakoterapii świądu w AZS. Leki przeciwhistaminowe pierwszej generacji mogą być stosowane na noc u starszych dzieci w celu ułatwienia zasypiania (działanie sedatywne), choć ich wpływ na sam świąd w AZS jest ograniczony. Uwzględniając brak dowodów na skuteczność długotrwałego podawania leków przeciwhistaminowych II generacji w poprawie objawów AZS – nie powinny być one rutynowo zalecane wyłącznie z tego wskazania. W razie wtórnego

zakażenia bakteryjnego zmian skórnych konieczna jest antybiotykoterapia miejscowa lub ogólna a w ciężkich przypadkach ze skłonnością do nawrotowych infekcji rozważa się okresowe kąpiele odkażające (np. z dodatkiem wybielacza – bleach bath).

W opiece nad dzieckiem z AZS ważne są też edukacja i wsparcie psychologiczne. Programy edukacyjne typu „szkoła atopii” (edukacja pacjentów i rodziców w zakresie pielęgnacji, unikania czynników zaostrzających, radzenia sobie ze stresem) wykazały skuteczność w poprawie kontroli choroby i jakości życia zarówno dzieci, jak i dorosłych. Wytyczne zalecają również rozważenie wsparcia psychologicznego lub psychodermatologicznego u pacjentów, u których stres emocjonalny nasila objawy – podejście takie może pomóc przerwać błędne koło świąd-drapanie i złagodzić nasilenie choroby.

Podsumowując, aktualne wytyczne podkreślają indywidualizację terapii AZS u dzieci. Najważniejsze elementy postępowania to:

- Pielęgnacja skóry i emolienty – codzienne nawilżanie i natłuszczenie skóry oraz unikanie drażniących czynników środowiskowych jako podstawa leczenia i profilaktyki nawrotów.
- Leczenie miejscowe przeciwzapalne – miejscowe steroidy i inhibitory kalcyneuryny stosowane przerywanie na zmiany aktywne w tym terapia proaktywna w okresie remisji na obszary predysponowane do nawrotów.
- Leczenie ogólne w ciężkich przypadkach – fototerapia UV, a jeśli niewystarczająca lub niedostępna, klasyczne leki immunosupresyjne (cyklosporyna, metotreksat itp.) lub nowoczesne terapie (dupilumab od 6 m.ż.; upadacytynib i tralokinumab od 12 rż.) u pacjentów bez adekwatnej odpowiedzi na leczenie miejscowe.
- Postępowanie uzupełniające – kontrola świądu (krótkotrwale leki p/histaminowe I gen.), leczenie nadkażeń, edukacja pacjenta i rodziny, wsparcie psychologiczne i monitorowanie czynników wyzwalających.

Znaczenie emolientów w terapii i profilaktyce AZS

Emolienty (preparaty nawilżające i natłuszczające skórę) stanowią fundament leczenia AZS u dzieci. Zgodnie z wytycznymi codzienne stosowanie emolientów jest niezbędnym elementem terapii zapobiegawczej i podtrzymującej – niezależnie od stopnia nasilenia choroby. Emolienty odbudowują uszkodzoną barierę hydrolipidową naskórka, zmniejszają przeznaskórkową utratę wody oraz chronią przed wnikaniem alergenów i drobnoustrojów. Regularna aplikacja emolientów poprawia nawilżenie i elastyczność skóry, redukuje nasilenie zmian zapalnych oraz wydłuża okresy bez objawów. Wykazano również, że stosowanie emolientów zmniejsza zapotrzebowanie na leki przeciwzapalne – pozwala ograniczyć zarówno i dawki stosowanych miejscowo glikokortykosteroidów i innych leków.

Skuteczność emolientów w prewencji zaostrzeń została potwierdzona w badaniach klinicznych. Przykładowo, w randomizowanym badaniu z udziałem 335 dzieci z AZS w wieku 2–6 lat, regularne stosowanie emolientu przez 12 tygodni po zaleceniu zaostrzenia zmniejszyło odsetek dzieci z nawrotem zmian do 35% w porównaniu z 68% dzieci nieotrzymujących emolientu (w tym samym okresie). Dzieci stosujące emolient miały również dłuższy czas do wystąpienia pierwszego zaostrzenia, mniej nasilony świąd oraz potrzebowały znacznie mniej leków miejscowych niż grupa bez emolientów. Wyniki te jednoznacznie potwierdzają, że codzienna terapia emolientowa zapobiega zaostrzeniom AZS i jest formą wtórnej profilaktyki. Co więcej, pojawiają się przesłanki, że profilaktyczne stosowanie emolientów od pierwszych dni życia u niemowląt z grup ryzyka (np. mających rodziców z atopią) może obniżyć ryzyko rozwoju AZS. Przeglądy badań wskazują, że codzienne natłuszczanie skóry noworodków do 6–8. tygodnia życia wiązało się z mniejszą częstością AZS w pierwszym roku życia u dzieci obciążonych wywiadem rodzinnym. Choć dane te są wciąż analizowane (nie wszystkie badania były jednoznaczne), wskazują na potencjalną rolę emolientów w pierwotnej prewencji AZS.

W codziennej praktyce zaleca się, aby emolienty były stosowane w odpowiednich ilościach i często – optymalnie co najmniej 2 razy dziennie, a szczególnie w ciągu kilku minut po kąpiel, kiedy skóra jest wilgotna (tzw. zasada "zamknij wilgoć" – soak and seal). Kąpiel w letniej wodzie trwająca 5–10 minut z dodatkiem emulsji olejowych, syndetów lub delikatnych środków myjących pomaga oczyścić skórę, nie naruszając nadmiernie bariery lipidowej, po czym należy delikatnie osuszyć skórę i od razu nałożyć emolient. Rodzaj emolientu powinien być dobrany indywidualnie – preparaty o wyższej zawartości lipidów (maści, tłuste kremy) są bardziej efektywne w zatrzymaniu wody w naskórku niż lekkie lotiony. Kluczowa jest regularność i obfitość aplikacji, a także akceptacja kosmetyczna przez pacjenta. Dostępne są emolienty wzbogacone o substancje aktywne, takie jak beta glukan, wolne kwasy tłuszczowe czy skwalan, alantoina i pantenol o działaniu kojącym i łagodzącym. Dlatego najlepiej wybierać dermokosmetyki bogate zarówno w emolienty i humektanty np. fitosterole z oleju kokosowego czy niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe np. z oleju lnianego.

Podsumowując, emolienty są podstawą leczenia AZS i profilaktyki jego nawrotów. Ich regularne stosowanie prowadzi do znacznego złagodzenia objawów, poprawy funkcji bariery skórnej oraz jakości życia pacjentów. Edukacja rodziców w zakresie właściwej pielęgnacji (odpowiednie kąpanie, unikanie mydeł, stosowanie emolientów) jest kluczowa i powinna być integralną częścią opieki nad dzieckiem z AZS.

Wpływ AZS na jakość życia dziecka i rodziny

Atopowe zapalenie skóry, mimo że nie zagraża bezpośrednio życiu, wywiera ogromny wpływ na jakość życia zarówno chorego dziecka, jak i jego rodziny – jest to choroba widoczna, przewlekła i uciążliwa w codziennym funkcjonowaniu.

Świąd i bezsenność: Najbardziej dokuczliwym objawem AZS jest przewlekły świąd, który zaburza sen i aktywność dziecka. Szacuje się, że 50–80% dzieci z AZS cierpi na zaburzenia

snu (trudności z zasypianiem, częste wybudzanie się) szczególnie w okresach zaostrzeń. Konsekwencją przewlekłej deprywacji snu mogą być problemy z koncentracją, gorsze wyniki w nauce oraz zaburzenia zachowania u dzieci, a także zmęczenie i rozdrażnienie u ich rodziców.

Dzieci ze względu na uporczywy świąd bywają drażliwe, płaczliwe; u niemowląt świąd może manifestować się nieukojonym płaczem i pocieraniem skóry o pościel. Problemy ze snem u dziecka prowadzą również do znacznego obciążenia opiekunów. Zarówno u dzieci jak i ich opiekunów mogą występować objawy depresji i wyczerpania.

Obciążenie emocjonalne i społeczne: Dzieci z AZS, szczególnie w wieku szkolnym i dorastające, mogą odczuwać znaczny dyskomfort psychiczny związany z wyglądem skóry i koniecznością ciągłego leczenia. Świąd i widoczne zmiany skórne mogą powodować rozdrażnienie, obniżenie samooceny oraz wycofanie z aktywności społecznych. Niektóre dzieci wstydzą się zmian skórnych, unikają wychowania fizycznego (pot z jednej strony zaostrza objawy, z drugiej – odkrycie zmian przed rówieśnikami bywa krępujące), basenu czy zabaw grupowych. Bywa, że spotykają się z brakiem akceptacji lub dokuczaniem ze strony rówieśników. Rodzice również odczuwają presję – obwiniają się za chorobę dziecka, czują się bezsilni wobec jego cierpienia, czasem wycofują się z życia towarzyskiego z powodu obowiązków związanych z leczeniem. W badaniu oceniającym jakość życia rodzin stwierdzono, że u 68% rodzin dzieci z AZS choroba umiarkowanie obniża jakość życia, a u 11% wpływ ten jest oceniany jako ciężki. Najbardziej dotkniętymi sferami życia rodzin okazały się zaburzenia snu wszystkich domowników oraz związane z tym zmęczenie.

Inne częste problemy to konieczność poświęcania dodatkowego czasu na opiekę (codzienne zabiegi pielęgnacyjne, wizyty lekarskie), rezygnacja z aktywności rekreacyjnych oraz stres i konflikty rodzinne wynikające z przeciążenia opieką. W polskim badaniu ankietowym aż 60% rodziców dzieci z AZS wskazało chorobę jako przyczynę napięć i konfliktów w rodzinie, wynikających z frustracji i bezsilności wobec trudności leczenia, a 70% rodziców deklarowało niezadowolenie z efektów dotychczasowego leczenia dziecka). Dane te unaoczniają, jak poważnym wyzwaniem dla całej rodziny jest opieka nad dzieckiem z ciężkim, przewlekłym AZS.

Porównanie obciążenia z innymi chorobami. Analizy porównawcze wskazują, że umiarkowane i ciężkie AZS może obniżać jakość życia rodziny bardziej niż wiele innych przewlekłych chorób wieku dziecięcego. Przykładowo, wykazano, że rodziny dzieci z ciężkim AZS uzyskują wyższe wyniki wskaźników „Family Impact” niż rodziny dzieci chorych na cukrzycę typu 1. Oznacza to, że codzienne zmaganie się z objawami AZS (takimi jak nocny świąd, pielęgnacja skóry, dieta, unikanie alergenów) stanowi nieraz większe obciążenie niż monitorowanie glikemii i insulinoterapia u diabetyka. AZS wpływa na wiele aspektów życia – fizyczny komfort dziecka, stan psychiczny, relacje społeczne, wyniki w nauce, sytuację zawodową rodziców (częste zwolnienia z pracy na opiekę, brak możliwości podjęcia pracy przez matkę), a także na budżet domowy.

Koszty ekonomiczne Leczenie AZS wiąże się z istotnymi kosztami, zarówno bezpośrednimi (koszty leków, emolientów, wizyt lekarskich), jak i pośrednimi (utrata dochodów z powodu absencji w pracy, koszty opieki). Rodziny często ponoszą znaczne wydatki na dermokosmetyki i specjalistyczne ubrania dla dziecka (np. odzież ochronna zakładana na noc, rękawiczki przeciw drapaniu). Szacuje się, że całkowity roczny koszt AZS (uwzględniając koszty medyczne i społeczne) jest bardzo wysoki – np. w Polsce oszacowano go na ok. 10.000zł rocznie/pacjenta. Biorąc pod uwagę siłę nabywczą w Polsce ta kwota okazuje się realnie cztery razy wyższa niż wynosi średnia europejska.

Podsumowanie wpływu na jakość życia Atopowe zapalenie skóry jest chorobą, która dotyka pacjenta i jego bliskich w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i ekonomicznej. Kluczem do minimalizacji tego wpływu jest dążenie do pełnej kontroli objawów – tak, aby dziecko mogło funkcjonować jak jego zdrowi rówieśnicy. Oprócz optymalizacji leczenia medycznego, niezwykle ważne jest holistyczne podejście do pacjenta: edukacja rodziny, wsparcie psychologiczne, grupy wsparcia dla rodziców oraz współpraca wielodyscyplinarna (pediatry, dermatologa, alergologa, psychologa). Dzięki temu możliwe jest nie tylko złagodzenie objawów samej choroby, ale i poprawa funkcjonowania psychospołecznego dziecka oraz jakości życia całej rodziny dotkniętej atopowym zapaleniem skóry.

Piśmiennictwo

1. Silverberg JI. Atopic dermatitis in children: epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations. *Allergy Asthma Proc.* 2015.
2. Boguniewicz M, Fonacier L, et al. Atopic dermatitis yardstick: Practical recommendations for an evolving therapeutic landscape. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018.
3. Wollenberg A, et al. ETFAD/EADV Eczema Task Force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 ([ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children - White Rose Research Online]()) ([ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children - White Rose Research Online]()).
4. Drucker AM, et al. Atopic dermatitis: Burden of illness, quality of life, and associated complications. *Allergy.* 2021.
5. Dhar S, et al. Atopic dermatitis (eczema) in children. *Indian J Pediatr.* 2020. (Wytyczne konsensusowe).
6. Frazier W, Bhardwaj N. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment, American Family Physician, 2020.

7. Eichenfield, Lawrence F. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 70, Issue 2, 338 – 351.
8. Chong, Albert C et al. "Genetic/Environmental Contributions and Immune Dysregulation in Children with Atopic Dermatitis." *Journal of asthma and allergy* vol. 15 1681-1700. 23 Nov. 2022, doi:10.2147/JAA.S293900.
9. Kapur, Sandeep et al. "Atopic dermatitis." *Allergy, asthma, and clinical immunology : official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology* vol. 14, Suppl 2 52. 12 Sep. 2018, doi:10.1186/s13223-018-0281-6.
10. Raciborski, Filip et al. "Epidemiology and direct costs of atopic dermatitis in Poland based on the National Health Fund register (2008-2017)." *Postępy dermatologii i alergologii* vol. 36,6 (2019): 727-733. doi:10.5114/ada.2018.79099
11. Paller, Amy S et al. "Dupilumab in children aged 6 months to younger than 6 years with uncontrolled atopic dermatitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial." *Lancet (London, England)* vol. 400,10356 (2022): 908-919. doi:10.1016/S0140-6736(22)01539-2
12. Tiplica, George Sorin et al. "Prevention of Flares in Children with Atopic Dermatitis with Regular Use of an Emollient Containing Glycerol and Paraffin: A Randomized Controlled Study." *Pediatric dermatology* vol. 34,3 (2017): 282-289. doi:10.1111/pde.13113
13. Burden of Atopic Dermatitis - AAP[].
14. Abdel-Maguid, Azza M.a; Abd El Salam, Esraa N.b.; Gaber, Hisham D.a. Impact of childhood atopic dermatitis on family: correlation with disease severity. *Egyptian Journal of Dermatology and Venerology* 42(1):p 40-44, Jan–Apr 2022. | DOI: 10.4103/ejdv.ejdv_1_21
15. Joanna MARCINIĄK, Adam REICH and Jacek C. SZEPIETOWSKI Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland, Quality of Life of Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2017; 97: 711–714.
16. Lisa J. Meltzer PhD , Kassie D. Flewelling MA , Stephanie Jump BS , Elizabeth Gyorkos PA-C , Michael White BS , Pia J. Hauk MD. Impact of atopic dermatitis treatment on child and parent sleep, daytime functioning, and quality of life. , April 2020, Pages 385-392.
17. Raport ze świata pacjenta z AZS - Praktyczny serwis dla farmaceutów - Farmacja Praktyczna, <https://farmacjapraktyczna.pl/aktualnosci/raporty-i-sondy/raport-ze-swiatea-pacjenta-z-azs#:~:text=Skr%C3%B3t%20informacji> , stan na 16.01.2025
18. Su, J C et al. "Atopic eczema: its impact on the family and financial cost." *Archives of disease in childhood* vol. 76,2 (1997): 159-62. doi:10.1136/ad.76.2.159

19. Polski pacjent z AZS wydaje 4 razy więcej na leczenie niż statystyczny Europejczyk,
20. Kim, J., Kim, B. E., Leung, D. Y. M. (2020). How does parental history of atopic disease predict the risk of atopic dermatitis in offspring? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(4), 1106–1115