

Żywnienie w atopowym zapaleniu skóry

Nutrition in atopic dermatitis

| WSTĘP

Atopowe zapalenie skóry AZS (*dermatitis atopica*) to jedna z najczęściej występujących chorób alergicznych skóry – głównie w okresie dzieciństwa. Objawem tej zapalnej, przewlekłej i nawrotowej choroby skóry jest mocno nasilony świąd, typowa lokalizacja oraz charakterystyczny obraz zmian. Dermatoza ta często występuje wraz z innymi chorobami atopowymi, do których można zaliczyć astmę oskrzelową oraz alergiczny nieżyt nosa i spojówek [1]. Częstość występowania choroby wśród dzieci ocenia się na 10-30%, natomiast u pacjentów dorosłych na 1-3%. Patomechanizm wyprysku jest bardzo złożony. Ważną rolę w rozwoju choroby odgrywają czynniki środowiskowe, immunologiczne, predyspozycje genetyczne oraz nadreaktywność skóry na działanie licznych bodźców nieimmunologicznych [2]. Istotną rolę w patogenezie wyprysku ma również alergia pokarmowa [3]. Jednym z ważnych elementów warunkujących prawidłowe rozpoznanie AZS jest dokładnie przeprowadzony wywiad osobniczy i rodzinny. W przypadku atopowego zapalenia skóry zasady zdrowego żywienia pełnią kluczową rolę w osiągnięciu sukcesu. Dieta ma bardzo ważne znaczenie w zapobieganiu powstawania wielu chorób, między innymi chorób skóry. Często stanowi również podstawową metodę ich leczenia bądź łagodzenia ich objawów.

| ALERGENY

Leczenie atopowego zapalenia skóry wywołanego przez alergeny, które występują w żywności, polega głównie na wyeliminowaniu z diety źle tolerowanych pokarmów oraz na włączeniu ogólnego leczenia farmakologicznego. Pokarm może być źródłem wielu alergenów, które w wyniku dostania się do organizmu wchodzi w interakcję z układem immunologicznym człowieka. Pierwszy kontakt z alergenem wywołuje proces uczulenia, a zbyt częsta korelacja z alergenem pokarmowym może skutkować objawami klinicznymi wywołanymi spożyciem pokarmu [4]. W 1999 roku Komisja Kodeksu Żywnościowego CAC (*Codex Alimentarius Commission*) zamieściła listę pokarmów, które są najczęstszą przyczyną uczulenia. Zyskała ona miano „wielkiej ósemki alergenów pokarmowych”, do których można zaliczyć: białko mleka krowiego, białka jaja, skorupiaki, mięczaki, ryby, orzeszki arachidowe i orzechy, soję oraz pszenicę [5]. Dodatkowo z dniem 13 grudnia 2014 roku w życie weszło nowe Rozporządzenie Unii Europejskiej, w którym znalazły się dodatkowe pokarmy o dużym potencjale alergizującym: mięso, seler, dwutlenek siarki, łubin, gorczyca oraz sezam. Tym samym Komisja Europejska definiuje 14 alergenów pokarmowych, których obecność należy wykazać w składzie żywności [6].

Oktawia Wróbel
Wydział Farmaceutyczny
Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
ul. Medyczna 9
30-688 Kraków

Małopolska Wyższa Szkoła
im. J. Dietla w Krakowie,
os. Kościuszkowskie 2a
31-858 Kraków
M: +48 511 876 345
E: oktawia.wrobel@gmail.com

.....>>> 468

| STRESZCZENIE

Odpowiednia dieta połączona z aktywnością fizyczną jest niezbędna dla utrzymania zdrowia. Zawarte w pokarmie witaminy i składniki odżywcze mogą pomóc w walce z chorobami skóry. Najważniejszym elementem diagnostycznym pozwalającym na rozpoznanie atopowego zapalenia skóry jest obraz kliniczny.

Celem artykułu było przedstawienie wybranych diet stosowanych w atopowym zapaleniu skóry oraz wynikających z nich korzyści.

| ABSTRACT

Proper diet combined with physical activity are essential for maintaining good health. Vitamins and nutrients contained in food can help to fight against many different skin diseases. The most important diagnostic factor for diagnosing atopic dermatitis is the clinical picture. The aim of the paper is to presents several types of diets applied in atopic dermatitis and consequent benefits.

otrzymano / received

05.01.2017

poprawiono / corrected

19.02.2017

zaakceptowano / accepted

24.03.2017

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, żywienie w chorobach skóry, dieta

Key words: atopic dermatitis, nutrition in skin diseases, diet

I DIETA

W literaturze światowej i polskiej opinie na temat efektywności diety eliminacyjnej, jako jednej z kilku metod leczenia atopowego zapalenia skóry, są zróżnicowane. Rekomendacje diety pochodzą najczęściej z pediatrycznych ośrodków alergologicznych, a bardziej sceptyczni wydają się być lekarze hospitalizujący dorosłych pacjentów. Złotym standardem w diagnostyce nadwrażliwości pokarmowej jest doustna prowokacja metodą podwójnie ślepej próby kontrolowanej placebo DBPCFC (*Double-Blind, Placebo-Controlled Oral Food Challenge*). Potwierdzony metodą prowokacji doustnej udział patogenetyczny jednego lub kilku pokarmów decyduje o zastosowaniu w leczeniu AZS diety eliminacyjnej. Próba polega na losowym podawaniu pokarmu podejrzanego o wywołanie objawów chorobowych oraz tak samo wyglądającego i smakującego placebo. Równie ważne w ustaleniu uczulającego pokarmu mogą okazać się płatkowe i punktowe testy skórne i oznaczenie alergenowo-swoistych przeciwciał klasy IgE. Czas eliminacji pokarmów jest indywidualny i zróżnicowany, ponieważ zależy on głównie od ciężkości postaci klinicznej AZS, określonej przede wszystkim w skali SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*). Jeżeli objawy nadwrażliwości ograniczają się do jednego narządu, próbę wtórnego wprowadzenia do diety uczulającego pokarmu wykonuje się po minimum 9-12 miesiącach stosowania diety eliminacyjnej, natomiast gdy mamy do czynienia z manifestacją wielonarządową połączoną z obciążeniami rodzinnymi chorobami alergicznymi to czas stosowania diety eliminacyjnej musi być o wiele dłuższy [7]. Istotą leczenia dietetycznego w atopowym zapaleniu skóry jest wyciszenie reakcji alergiczno-immunologicznej w obrębie przewodu pokarmowego dzięki stabilizacji mastocytów śluzówkowych oraz zahamowanie produkcji cytokin prozapalnych przez równowagę Th1/Th2. Tylko stwierdzenie wyraźnej poprawy klinicznej potwierdza celowość stosowania diety eliminacyjnej, która jest długotrwała i niewątpliwie uciążliwa dla całej rodziny. Zastosowane leczenie dietetyczne nie zawsze prowadzi do całkowitego ustąpienia objawów, lecz daje wyraźne złagodzenie kliniczne. Uzyskanie widocznych i oczekiwanych efektów determinują co najmniej trzy czynniki:

- wiek zachorowania,
- podłoże atopowe choroby,
- współistniejące z atopowym zapaleniem skóry inne objawy narządowe alergii.

Jeżeli w wieku niemowlęcym pojawią się pierwsze objawy AZS dotyczące wyłącznie skóry, a dziecko pochodzi z rodziny nieobciążonej atopią, to zastosowanie samej diety eliminacyjnej może przynieść ogromną poprawę [8]. Badania Mylek potwierdzają, że wśród 126 dzieci z AZS najlepsze efekty diety eliminacyjnej w postaci ustępowania zmian skórnych zaobserwowano u dzieci do 12. miesiąca życia, uzyskując w badanej grupie 100% poprawę. Wraz z wiekiem chorych pacjentów odsetek dzieci, u których można było zauważyć całkowitą poprawę, malał i wyniósł od 97,6% (1-3 r.ż.) do 38,5% (15-18 r.ż.) [9].

Analiza przeprowadzona przez Rzepecką świadczy o poprawie u 15% badanych, leczonych wyłącznie dietą eliminacyjną, złagodzeniu objawów skórnych u 12,9%, a w połączeniu z lekami antyhistaminowymi u 55,7% [10]. Badania Sampsona wykazały konieczność eliminacji jednego pokarmu u 29% chorych z AZS, dwóch pokarmów u 23% chorych, trzech pokarmów u 13%, natomiast pięciu lub więcej pokarmów u 7% badanych osób. Zaledwie 20% ankietowanych nie wymagało leczenia dietą eliminacyjną [11]. Dieta eliminacyjna musi być dobrana indywidualnie, w zależności od ilości pokarmów, jakie powodują niepożądane objawy. Można wyróżnić kilka rodzajów diet stosowanych w alergii pokarmowej:

I Dieta wykluczająca

Dieta z wykluczeniem jednego lub kilku pokarmów wywołujących objawy kliniczne znajduje zastosowanie w przypadku ostrych reakcji, gdy potwierdzi się obecność specyficznego IgE lub też kiedy zidentyfikowano jeden lub kilka pokarmów o dużym prawdopodobieństwie wywołania objawów klinicznych [8].

I Dieta oligoantygenuowa

Dieta oligoantygenuowa (o zmniejszonej antygenowości) znajduje swoje zastosowanie, gdy objawy chorobowe uwidaczniają się po wielu różnych pokarmach. Dozwolone jest spożycie wyłącznie „bezpiecznych pokarmów”, które uczulają niezwykle rzadko, np. jagnięcina, brokuły, szparagi, kukurydza, ryż, sałata, gotowane jabłko, ziemniaki, sól, oliwa z oliwek, cukier, ocet winny. Skład diety oligoantygenuowej jest poprawnie zbilansowany, nie tracąc przy tym właściwości smakowych. Często jednak należy ją indywidualnie modyfikować w zależności od swoich preferencji. Kiedy szkodliwy pokarm nie zostanie całkowicie wyeliminowany z diety, może dawać wyniki fałszywie ujemne [12].

I Dieta elementarna

Opiera się o wolne aminokwasy. Ma zastosowanie, gdy nie następuje poprawa kliniczna po wcześniejszych mniej restrykcyjnych eliminacjach, np. gdy zaistnieje polialergia pokarmowa [13].

Przed włączeniem wybranej diety eliminacyjnej należy przeprowadzić z rodzicami oraz, o ile wiek dziecka na to pozwala, również z nim samym rozmowę o konieczności i sensie stosowania diety oraz o nieuniknionych konsekwencjach wynikających z niestosowania się do zaleceń dietetycznych [14]. Dieta eliminacyjna ma wpływ na poprawę czynności absorpcyjno-trawiennej, odtworzenie tolerancji na pierwotnie szkodliwy pokarm w miarę upływu czasu rekonwalescencji i rozwoju dziecka, prowadząc do jego zdrowienia, czyli „wyrastania z alergii pokarmowej” [7]. Zalecenia dietetyczne w uczuleniu pokarmowym odnoszą się najczęściej do chorych niemowląt, dzieci i młodzieży, a więc do grupy osób, która rośnie i rozwija się. W związku z tym wyłączony z jadłospisu uczulający pokarm należy zastąpić innym, który będzie tożsamy pod względem jakościowym i ilościowym w składniki odżywcze, aby nie narazić dziecka na niedobory zarówno białka, jak i energii. Ważnym aspektem jest konieczność podaży zastępczego białka zwierzęcego lub roślinnego w miejsce białka, które

jest obecnie eliminowane z diety chorej osoby (najczęściej dotyczy to białka mleka krowiego). W innym wypadku pacjenci zostają narażeni na biologiczne stany niedoborowe: niedożywienie, niedokrwiłość, zahamowanie wzrostu oraz inne. Dieta eliminacyjna powinna być ustalana z wyprzedzeniem kilkutygodniowym lub nawet kilkumiesięcznym, ponieważ realizacja tego typu diety jest często uciążliwa dla pacjenta i jego rodziny ze względu na zmianę systemu żywienia w domu. Odpowiednio dobrana dieta musi zapewniać prawidłowy wzrost i rozwój leczonego dziecka. Tylko w przypadku zdiagnozowania nadwrażliwości pokarmowej u dzieci karmionych piersią, dietę eliminacyjną należy zastosować u matki ze względu na przenikanie alergenu do mleka kobiecego. Profilaktyczne stosowanie diety nie jest wskazane. Wyklucza się wyłącznie pokarmy wywołujące objawy u dziecka, dbając jednocześnie o zbilansowaną dietę. Jedynym wskazaniem do zakończenia karmienia piersią i włączenia preparatów mlekozastępczych jest ciężka postać atopowego zapalenia skóry przebiegająca z upośledzeniem wzrastania i rozwoju [15]. Zgodnie z Komitetem Żywienia Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci w alergii na białka mleka krowiego preparatami z wyboru są hydrolizaty kazeiny lub białek serwatkowych, a w ciężkich przypadkach preparaty zawierające wolne aminokwasy. Odradza się stosowania preparatów zawierających białka sojowe, ponieważ istnieje ryzyko rozwoju alergii na soję. Okresowe kontrole przeprowadzane przez lekarza i dietetyka mają na celu ocenę dotychczasowej skuteczności leczenia na podstawie objawów klinicznych. Do zadań dietetyka należy ocena stopnia przestrzegania diety oraz wychwycenie ewentualnych błędów dietetycznych oraz ewentualna modyfikacja diety poprzez poszerzenie lub zawężenie eliminowanych produktów. Lekarz natomiast musi rozważyć potrzebę wspomaganie leczenia środkami farmakologicznymi. Edukacja pacjenta zmagającego się z alergią pokarmową dotyczy głównie świadomego unikania zakazanych produktów oraz doraźnego postępowania leczniczego w momencie popełnienia błędu dietetycznego grożącego np. wstrząsem anafilaktycznym. Błędy popełniane przez rodzica lub samego pacjenta często wynikają z niewłaściwej interpretacji składu produktów spożywczych zamieszczonego na etykietach. Przykładem może być spożycie produktu zawierającego np. białka serwatkowe, kiedy pacjent nie wie, że jest to frakcja białek mlecznych. Z dniem 13 grudnia 2014 roku w życie weszło nowe Rozporządzenie UE dotyczące znakowania na etykietach produktów 14 alergennych składników. Rozporządzenie to niesie za sobą wielkie korzyści dla osób cierpiących na alergię pokarmową. W świetle powyższych informacji uznaje się, że niezbędnym warunkiem prowadzenia skutecznej terapii jest ciągła edukacja rodziców, opiekunów, a także samych pacjentów. Proces leczniczy nie powinien być utożsamiany z wyłączeniem pacjenta z normalnej życiowej aktywności [16].

W przypadku suchości skóry występującej w przebiegu atopowego zapalenia skóry, należy zwrócić uwagę na korzystny wpływ kwasu γ -linolenowego (GLA). Zalicza się on do kwasów tłuszczowych omega-6, a jego dobrym źródłem jest wiesiołek, ogórecznik czy czarna porzeczka [17]. Konsekwencją zbyt małej podaży

kwasów omega-6 w pożywieniu może być upośledzenie działania bariery naskórkowej i zwiększenie przeznaskórkowej utraty wody TEWL (*Trans Epidermal Water Loss*), co w efekcie może prowadzić do atopowego zapalenia skóry. Systematyczne podawanie olejów bogatych w GLA może łagodzić stany zapalne skóry [18]. Liczne badania wskazują, że ze względu na hamowanie TEWL oleje zawierające GLA znalazły szerokie zastosowanie w kosmetologii [19].

I PODSUMOWANIE

Przedstawione w artykule rozważania dowodzą, że prawidłowe żywienie jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na rozwój człowieka i utrzymywanie przez niego dobrego stanu zdrowia. Zarówno dietetyk, jak i kosmetolog odgrywają istotną rolę w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry. Ważnym aspektem współpracy jest przekonanie chorego, że dzięki odpowiedniej diecie można zniwelować wiele skutków, a w przyszłości zapobiegać wielu schorzeniom. Należy pamiętać, że kwasy tłuszczowe omega-6 mogą przynosić efekty w leczeniu chorób skóry, a olej z wiesiołka powinien stanowić uzupełnienie codziennej diety. Przed włączeniem diety eliminacyjnej konieczna jest konsultacja z lekarzem i dietetykiem, gdyż tylko indywidualnie dobrane zalecenia zapewnią prawidłowy rozwój i wzrost pacjenta. Na podstawie niniejszego artykułu można przyjąć, że etiologia schorzeń dietozależnych jest ściśle związana z czynnikami żywieniowymi.

I LITERATURA

1. W. Medrała: **Podstawy alergologii**. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006, 257-270.
2. N. Morar, S. Willis-Owen, et al.: **The genetics of atopic dermatitis**. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 118(1), 2006, 24-34.
3. A. Krogulska, K. Wąsowska-Królikowska, et al.: **Przydatność atopowych testów płatkowych z alergenami pokarmowymi w diagnostyce alergii pokarmowej u dzieci z atopowym zapaleniem skóry**. *Przegląd Pediatryczny*, 37, 2007, 245-249.
4. S.C. Bishoff, G. Sellge: **Immune mechanism in food induced disease**. Blackwell Science&Blackwell Publishing Company, Berlin 2003, 14-37.
5. B. Wróblewska: **Wielka ośemka alergenów pokarmowych**. *Terapia*, 4, 2002, 15.
6. J. Olszak: **Znakowanie alergenów – nowe wymagania. Rozporządzenie PE i Rady (UE) nr 1169/2011**. *Przemysł Spożywczy*, 2014, 68, 50-527.
7. M. Czerwionka-Szaflarska, I. Adamska, et al.: **Wyprysk atopowy jako jeden z objawów alergii pokarmowej u dzieci**. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4, 2010, 181-188.
8. M. Kaczmarski, J. Wasilewska: **Leczenie atopowego zapalenia skóry u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem diety eliminacyjnej**. *Alergia*, 2, 2001, 2-17.
9. http://alergia.org.pl/lek.arch1/archiwum/01_02/leczenie.html [dostęp z dnia 28.07.2013].
10. H.A. Sampson: **Update on food allergy**. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 2004, 805.
11. D. Szałowska, L. Bąk-Romaniszyn: **Alergia pokarmowa – Choroby społeczne i cywilizacyjne – wybrane zagadnienia**. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2013, 53.
12. C. Caffarelli, A. Plebani, et al.: **Determination of allergenicity to three cow's milk hydrolysates and an amino amid-derived formula in children with cow's milk allergy**. *Clinical and Experimental Allergy*, 32, 2002, 74-79.
13. M. Kaczmarski: **Alergia i nietolerancja pokarmowa. Stanowisko Polskiej Grupy Ekspertów**. *Symposium 1 UNIMED*, Jaworzno 1997, 68.
14. E. Isolauri, A. Tahvanainen, et al.: **Breast-feeding of allergic infants**. *Journal of Pediatrics*, 134, 1999, 27-32.
15. A. Munoz-Furlong: **Daily coping strategies for patients and their families**. *Pediatrics*, 111, 2003, 1654-1661.
16. A. Jakubowska, M. Żolnier-Piotrowska: **Poszukiwania surowców mogących być źródłem olejów zawierających kwas γ -linolenowy (GLA;C18:3 Δ 6,9,12)**. *Tuszczce Jadalne XXVIII*, 3, 1990, 15-19.
17. A. Kaźmierska, E. Gawor: **Wpływ oleju z wiesiołka na skórę, ze szczególnym uwzględnieniem działania kwasu γ -linolenowego (GLA)**. *Kosmetologia Estetyczna*, 4, 2015, 335-338.
18. G. Primavera, E. Berardesca: **Clinical and instrumental evaluation of food supplement in improving skin hydration**. *International Journal of Cosmetics Science*, 27, 2005, 199-204.
19. E. Lamer-Zarawska: **Olej wiesiołkowy w profilaktyce, terapii i kosmetyce**. *Wiadomości Zielarskie*, 2, 1996, 8-9.