

Pytania do specjalisty



prof. dr hab. n. med.
Ewa Bernatowska

1. Czy jest przeciwwskazane karmienie piersią przez matkę nosicielkę HCV?

Do chwili obecnej nie ma żadnych dowodów na to, że zakażenie HCV jest przenoszone z mlekiem matki. Z tego powodu karmienie przez matki zakażone HCV nie jest przeciwwskazane. Zakażenie HCV przenoszone jest drogą krwi, a nie z mlekiem karmiącej. Podobnie jest z wirusowym zapaleniem wątroby typu B. W chwili obecnej ani też w przeszłości, przed wprowadzeniem szczepień przeciwko HBV, a zakażonych matek wówczas było znacznie więcej niż obecnie, nie dochodziło do zakażenia u niemowląt karmionych piersią.

2. Jak odnieść się do doniesień w prasie dotyczących zgonów po 3 dawce szczepionki SILGAR?

Jakie jest bezpieczeństwo szczepień przeciw HPV?

SILGAR nie był i nie jest szczepionką, która spowodowała kiedykolwiek zgon. Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje szczepionkę do stosowania w narodowych programach szczepień ochronnych jako efektywną i bezpieczną w zapobieganiu rakowi szyjki macicy oraz brodawkom płciowym u dzieci, młodzieży i dorosłych. Podejrzenie ciężkich niepożądanych odczynów poszczepiennych czy informacja o bezpośrednim związku zgonu ze szczepieniem jest za każdym razem wyjaśniana przez Światową Organizację Zdrowia, a szczepienia w tym czasie są wstrzymane. W przypadku szczepionki SILGAR taka sytuacja nie miała miejsca.

3. Alergologzy (niektórzy) u chorych na astmę lub odczulanych nie zalecają lub odradzają dodatkowe szczepienia, np. przeciwko grypie. Czy jest to uzasadnione?

Wielokrotnie wyrażane stanowisko zarówno towarzystw alergologicznych, jak i innych grup eksperckich są jednoznaczne w tej kwestii. Komitet Doradczy ds. Szczepień, ACIP w Stanach Zjednoczonych, zaleca wszystkie obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne, szczególnie przeciwko grypie. Prowadzenie terapii podtrzymującej w trakcie długotrwałego odczulania nie zaburza prawidłowej odpowiedzi poszczepiennej. Najwłaściwszym czasem podawania szczepionki będzie okres między kolejnymi dawkami, podawanego co miesiąc, preparatu odczulającego, w dowolnym czasie. Jest to lepszy sposób niż podanie szczepionki i preparatu odczulającego w tym samym dniu ze względu na ewentualne wątpliwości, czy niepożądane objawy związane są ze szczepieniem, czy podaniem dawki preparatu odczulającego.

4. Jaki obowiązek ma pediatra w przypadku niezgłoszenia się matek na szczepienia ochronne obowiązkowe? Ile razy wzywa się na szczepienie? Jakimi metodami wzywać (telefon i odnotować, z kim się rozmawiało, wezwanie listem zwykłym, poleconym)? Jakimi instytucjami powiadamia i jaki rodzaj wpisu stosuje w świetle prawa?

W przypadku niestawienia się rodziców z dzieckiem w okresie przewidzianym na szczepienie należy powiadomić rejonową stację sanitarno-epidemiologiczną, która w przypadku przedłużającej się odmowy może spowodować wyciągnięcie sankcji prawnych, m.in. karę pieniężną.

5. Czy stosować immunoglobuliny i osocze w zapaleniach opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu i posocznicach? Jeśli tak, to jak długo i w jakich dawkach?

Już od dawna w standardach leczenia ciężkich zakażeń bakteryjnych czy wirusowych nie są zalecane preparaty gammaglobulin i inne preparaty krwiopochodne. W leczeniu ciężkich zakażeń narządowych czy uogólnionych na oddziałach intensywnej terapii i oddziałach zachowawczych główny nacisk kładzie się na właściwy dobór antybiotyków.

6. Czy celowe byłoby zaszczepienie szczepionką Prevenar 8-letniego dziecka po przebyciu 3-krotnie szkarlatyny (leczenie antybiotykami) ze stałym nosicielstwem paciorkowca w gardle?

Dziecko 8-letnie po 3-krotnym przebyciu szkarlatyny nie jest w żaden sposób podejrzane o niedobory odporności, bardziej o alergizację paciorkowcową i zwykle, jeśli nie współistnieją inne objawy, nie wymaga badań określających jego stan odporności. Dlatego nie ma potrzeby szczepień przeciwko pneumokokom, gdyż dziecko powyżej 5 roku życia osiąga oczekiwany pułap dojrzałości immunologicznej, która pozwala większości oprzeć się zakażeniu pneumokokowemu. Rzadko występujące poważne zakażenia pneumokokowe u dzieci powyżej 5 roku życia są spowodowane głównie serotypami, które nie wchodziły w skład szczepionek.

Tak więc nie zaleca się szczepień przeciwko pneumokokom u dzieci powyżej 5 roku życia, u których nie występują zaburzenia odporności.

7. Co podawać przewlekle po autoimmunizacji po boreliozie?

Jest to prowokacyjne pytanie, gdyż rozbieżność dotycząca sposobów leczenia jest duża. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych zaleca w przypadku pojawienia się rumienia profilaktyczną kurację antybiotykową, podobnie w przypadku postaci stawowej boreliozy. Miesięczne leczenie kończy antybiotykoterapię. Dalsze dolegliwości, zwane zespołem poboreliozowym, nie leczą się antybiotykami, gdyż związane one są z procesem autoimmunizacyjnym indukowanym przez krętek.

8. Czy udowodniono wystąpienie konkretnych chorób autoimmunizacyjnych po szczepieniu przeciwko grypie?

Były pojedyncze doniesienia, jednak do końca nie udowodniono związku między szczepieniem przeciwko grypie a wystąpieniem choroby Guillaina-Barrégo. Objawy choroby u tych osób szybko ustąpiły. W przypadku tej choroby, której związek z zakażeniem wirusem grypy jest udowodniony, szczepienia przeciwko grypie są mocno rekomendowane. Dotychczasowe retrospektywne i prospektywne badania nie wykazały, aby istniał związek przyczynowo-skutkowy między szczepieniem a wystąpieniem choroby autoimmunizacyjnej czy zaostrzeniem choroby.

9. Jak długo trwa w Polsce minimalny czas diagnozowania przy podejrzeniu zespołu DiGeorge'a i jakich chorób autoimmunizacyjnych można się spodziewać u dziecka z tym zespołem?

W pełnoobjawowym zespole DiGeorge'a dominują zwykle bardzo poważne zaburzenia hemodynamiczne jako wynik wady serca i wówczas rozpoznanie następuje względnie szybko. Gdy występuje skąpoobjawowa postać choroby rozpoznanie jest zwykle opóźnione. Choroby autoimmunizacyjne nie są zbyt częste u chorych z zespołem DiGeorge'a, choć w etiopatogenezie tej choroby występuje dysfunkcja grasicy, niedobór hormonów, co sprzyja zjawiskom autoimmunizacji. Opisywane są niedokrwiistość autoimmunohemolityczna oraz małopłytkowość.

10. Czy skracanie okresu między szczepieniami do 2 tygodni nie wpływa na zbyt gwałtowne pobudzenie układu immunologicznego i w konsekwencji nie prowadzi do chorób autoimmunizacyjnych?

Skracanie odstępów przy podaniu tej samej szczepionki dotyczy jedynie przyspieszonego schematu szczepień przeciwko zakażeniu HBV i nie stwarza żadnego niebezpieczeństwa indukcji zjawisk autoimmunizacyjnych, stanowi jedynie zaburzenie cyklu rozwojowego w uzyskaniu dostatecznej liczby komórek efektorowych. Dowolne odstępy czasowe między dwoma różnymi szczepionkami gwarantują bezkonfliktowy przebieg cyklu rozwojowego dwóch niezależnych linii komórek B. Powstawanie odpowiedzi swoistej na określony antygen szczepionkowy wydarza się tylko w obszarze jednego klonu komórek B. Cykl ten nie ma wpływu na inne elementy układu odporności i nie wiąże się z zapoczątkowaniem jakiegokolwiek procesu autoimmunizacyjnego.

11. Czy istnieją przeciwwskazania do szczepień ochronnych u niemowląt z zakażeniem CMV, np. IgM ujemne, IgG – 200, PCR w leukocytach ujemne, PCR w moczu dodatnie? Dziecko bez objawów narządowych.

Opisany status kliniczny nie wskazuje na aktywne zakażenie CMV. Można więc realizować obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne. CMV jeszcze pewien czas po zakażeniu występuje w moczu.

12. Czy zespół nietrzymania barwnika jest przeciwwskazaniem do szczepienia BCG u noworodka, czy jest przeciwwskazaniem do szczepienia w późniejszym wieku? Występują tylko objawy skórne.

Incontinentia pigmenti jest chorobą skóry o podłożu autoimmunizacyjnym. Jest chorobą o zmiennej aktywności ograniczoną do skóry i nie ma przeciwwskazań do realizacji obowiązkowego i zalecanego programu szczepień ochronnych.

13. Istnienie obecnie obowiązującego kalendarza szczepień powoduje, że wielu rodziców szczepi swoje dzieci szczepionkami kupionymi przez siebie. Co dzieje się z tą ogromną liczbą niewykorzystanych szczepionek kupionych przez państwo, czy nie jest to wyrzucanie pieniędzy, gdy te szczepionki nie są wykorzystywane?

Główny Inspektorat Sanitarny dokonuje szacunkowej oceny zapotrzebowania na szcze-

pienki do obowiązkowego kalendarza szczepień, uwzględniając zakupy na rynku prywatnym. Szczepionkami skojarzonymi kupowanymi przez rodziców zaszczepionych jest 30-40% dzieci do 2 roku życia.

14. Szczepienia ochronne a choroby autoimmunizacyjne – czy wykonywać tylko szczepienia podstawowe, czy warto polecać szczepienia zalecane?

Coraz powszechniej wykonywane są szczepienia obowiązkowe i zalecane u chorych z chorobami autoimmunizacyjnymi. Lekarze specjaliści, rozumiejąc korzyści wynikające ze szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym u swoich przewlekle chorych pacjentów, bez obaw zlecają zarówno obowiązkowe, jak i zalecane szczepienia ochronne. Oczywiście pamiętając o ich wykonaniu w okresie remisji choroby.

15. Czy przechorowanie odry jest przeciwwskazaniem do szczepienia MMRII?

Przechorowanie odry nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia MMR. Szczepienie to jest pewną koniecznością, gdy dziecko, nastolatek czy osoba dorosła nie chorowały na świnkę czy różyczkę. Szczepienie MMR powinno w takiej sytuacji być powtórzone. Obowiązują 2 dawki szczepionki MMR w ciągu życia.

16. Czy stosowanie szczepionek poliwalentnych jest bezpieczne (np. Luivac, Broncho-Vaxom)? Czy są dowody wskazujące, że mogą prowokować choroby autoimmunizacyjne? Czy można je stosować w pierwszych dwóch latach życia? Jakie są wtedy do nich wskazania?

Żadna z tych szczepionek nie ma udowodnionej efektywności klinicznej w badaniach I czy II stopnia wiarygodności. Natomiast są już pojedyncze doniesienia, że mogą one indukować procesy autoimmunizacyjne. Mechanizm działania miałby polegać na zjawisku mimikry, czyli podstawienia własnego antygeny w miejsce mikrocząsteczki antygeny szczepionkowej.

17. Jakie są przeciwwskazania do stosowania nieswoistych szczepionek bakteryjnych, takich jak np. Ribomunyl?

Zdumiewające, a zarazem budzące nadzieje jest to, że o tzw. immunomodulatorach, takich jak Ribomunyl, mówi się obecnie w kontekście ich szkodliwości, a nie realnych korzyści. Złożoność antygenowa tych preparatów stwarza ryzyko wystąpienia zjawiska mimikry. Epitopy antygenów szczepionkowych mogą się „upodobnić” na tyle do antygenów własnych ustroju, a liczba prezentowanych przez makrofagi podobnych antygenowo peptydów gwałtownie wzrosło, że może nastąpić aktywacja limfocytów autoreaktywnych i rozwój odpowiedzi immunologicznej na własne antygeny. Tak się dzieje wtedy, gdy nastąpi utrata mechanizmów tolerancji immunologicznej i następuje poliklonalna proliferacja autoreaktywnych limfocytów T.

19. Czy szczepionka Prevenar daje tzw. odporność krzyżową na inne serotypy

paciorowca, np. wywołujące anginę ropną czy szkarlatynę itp.?

Zjawisko odporności krzyżowej u dzieci szczepionych Prevenarem nie występuje w odniesieniu do innych serotypów paciorkowca niż zawarte w szczepionce.

Szczepionka Prevenar jest bardzo skuteczna. W ciągu blisko 10-lecia skutecznie zapobiega zakażeniom pneumokokowym wywołanym tylko przez serotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F. Należy jednak pamiętać, że spośród blisko 90 rodzajów 60-85% inwazyjnych zakażeń, zapaleń płuc i uszu wywołanych jest przez ww. serotypy.

20. Jak według obecnej wiedzy postępować w tzw. alergizacji streptokokowej (ASO 1000 j, ale bez podwyższenia wskaźników zapalnych

i bez dolegliwości podmiotowych i przedmiotowych)?

Alergizacja paciorkowcowa nie wymaga leczenia. Nie trzeba również często sprawdzać miana ASO, czy się coś nie zmieniło. Stan ten jest często długotrwały, niezwiązany z procesem chorobowym. W razie pojawienia się innych klinicznych i laboratoryjnych parametrów stanu zapalnego należy podjąć leczenie. Z praktyki wiadomo, że izolowany, wysoki wynik ASO nie jest również żadnym złym prognostą odnośnie do wystąpienia choroby reumatycznej.

21. Jakie są szczepionki bezbolesne?

Mogłyby nimi być w chwili obecnej szczepionki przeciwko grypie podawane donosowo, podobno dzieci bardzo lubią tę formę podania. Są one w chwili obecnej w Polsce niedostępne.

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Kaszuba,
dr n. med. Mirosława
Kuchciak-Brancewicz

1. Czy w przebiegu atopowego zapalenia skóry obserwuje się wzrost aktywności transaminazy asparaginianowej w surowicy?

Enzymy są biokatalizatorami i odgrywają kluczową rolę w procesach metabolicznych w komórce i w całym ustroju. Główną przyczyną zmian aktywności enzymów w osoczu jest uszkodzenie komórek określonego narządu czy tkanki.

Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) jest enzymem wewnątrzkomórkowym. Najwyższe jej stężenia występują w mięśni sercowym, wątrobie, mięśniach szkieletowych, nerkach i krwinkach czerwonych. Podwyższona aktywność AspAT w osoczu wskazuje raczej na uszkodzenie komórek narządu, ale nie zaburza jego funkcji. Wartości referencyjne: 5-40 U/l. Wzrost aktywności: 400-4000 U/l obserwuje się w zawale mięśnia sercowego, w ostrym reumatoidalnym zapaleniu mięśnia sercowego, w chorobach mięśni szkieletowych, po zabiegach kardiochirurgicznych, angiokardio-

grafii i intensywnym masażu serca oraz w wirusowym zapaleniu wątroby, toksycznym uszkodzeniu wątroby, w nowotworach, białaczkach i chłoniakach, w zapaleniu dróg żółciowych.

Wzrost aktywności 40-200 U/l obserwuje się w mononukleozie zakaźnej, ostrych stanach upojenia alkoholowego (alkohol etylowy), w hemolizie *in vivo* lub *in vitro*, innych chorobach wątroby, w zapaleniu trzustki. Fizjologiczny wzrost w tych granicach występuje także u noworodków.

Atopowe zapalenie skóry nie ma wykładników dla wzrostu tego enzymu.

Zalecane piśmiennictwo

Jakubowski Z, Kabata J, Kalinowski L, Szczepańska-Konkel M, Angielski S. Badania laboratoryjne w codziennej praktyce. MAKmed, Gdańsk 1994:9-10.

2. Czy w leczeniu atopowego zapalenia skóry stosuje się pimekrolimus? Jaka jest rola takich leków, jak takrolimus, pimekrolimus?

Zgodnie z konsensusem grupy roboczej specjalistów krajowych ds. dermatologii, wenerologii oraz alergologii, zaleca się stosowanie takrolimusu i pimekrolimusu w postaciach lekowej i średnio nasilonej AZS, szczególnie

u dzieci, zwłaszcza na twarzy, powiekach, w okolicy oczodołu, w fałdach skóry i okolicach zgięciowych.

Te leki stanowią nową generację preparatów stosowanych miejscowo o działaniu immunomodulującym, a przede wszystkim przeciwzapalnym. Ich mechanizm działania polega na łączeniu się z makrofiliną-12, a w konsekwencji na hamowaniu kalcyneuryny. Zaliczane są do grupy preparatów określanych jako inhibitory kalcyneuryny. W konsekwencji ich działania dochodzi do blokady transkrypcji cytokin prozapalnych wytwarzanych zarówno przez limfocyty Th1 (IL-2, IFN- γ), jak i Th2 (IL-4, IL-10).

Dodatkowo oba preparaty wpływają na komórki tuczne, powodując zahamowanie wytwarzania cytokin i uwalniania prozapalnych mediatorów. W odróżnieniu od pimekrolimusu takrolimus upośledza funkcjonowanie komórek Langerhansa. Pimekrolimus wykazuje większą lipofilność niż takrolimus, dlatego przypisuje się mu większe powinowactwo do skóry i mniejszy stopień wchłaniania do krążenia.

Zalecane piśmiennictwo

Strona internetowa: www.pharminindex.pl
Pol Merk Lek. 2004;17 (Supl. 3):8

3. Czy w atopowym zapaleniu skóry można stosować tlenoterapię hiperbaryczną (jak do tego ma się gronkowiec złocisty, czy nie wspomogę jego rozwoju)?

W określonych przypadkach stosuje się tlen pod zwiększonym ciśnieniem (tlenoterapia hiperbaryczna) przy użyciu komory hiperbarycznej. Tlenoterapię wykorzystuje się w leczeniu chorób i stanów, w których dochodzi do hipoksji, czyli niedotlenienia tkanek. Z reguły są to stany ostre, gdzie natychmiastowe podanie tlenu ratuje życie lub jest istotnym składnikiem terapii. Klasycznymi wskazaniem do zastosowania tlenoterapii jest zatrucie tlenkiem węgla, asfiksja, nagłe zatrzymanie krążenia czy obrzęk płuc. Komora hiperbaryczna może być jedno- (tylko dla chorego) lub dwuosobowa (dla chorego i dla opiekuna). Ten dział należy do medycyny ratunkowej, a nie do powszechnego leczenia. Jeśli zachodzi potrzeba umieszcza się chorego na AZS w komorze hiperbarycznej z tak ważnych wskazań jak omawiane, a w leczeniu zmian skórnych stosuje się typowe postępowanie dermatologiczne.

W skórze zdrowego człowieka działają naturalne mechanizmy obronne: rogowaciejąca powierzchnia naskórka, przeciwbakteryjne właściwości łoju, prawidłowy skład fizjologicznej flory bakteryjnej skóry. Mechanizmy obronne ulegają osłabieniu, gdy dochodzi do uszkodzenia jej powierzchni w następstwie urazów, ścieńczenia lub powstania nadżerek spowodowanych procesami zapalnymi. W ustroju chorych na AZS dochodzi do tego zaburzenia immunologiczne. Skóra chorych łatwo ulega zakażeniom bakteryjnym.

W przypadku towarzyszącego zakażenia bakteryjnego, stosujemy się do konsensusu grupy roboczej specjalistów krajowych ds. dermatologii i wenerologii oraz alergologii, podając ogólnie antybiotyki, np. makrolidy, chinolony lub cefalosporyny w tabletkach lub kapsułkach, a nie w syropie, ze względu na konserwanty i barwniki. W zmianach z towarzyszącym wysiękiem stosuje się miejscowe środki o działaniu przeciwbakteryjnym i wysuszającym, np. 1-2% wodny roztwór fioleto gencjany 2 razy dziennie przez 3 dni na twarzy, a 5 dni na tułowiu i kończynach, a następnie inne środki miejscowe (kremy, maści) gotowe np. 0,3% Ung. gentamycini ophtal, Mupirox, Bactroban, Fucidin albo recepturowe (Rp. Gentamycini 0,08 Aq. de still. 20,0, Lekobaza ad 100,0).

Zalecane piśmiennictwo

Strona internetowa: www.pharminindex.pl
Bannister BA, Begg NT, Gillespie SH. Wyd. pol. pod red. J. Juszczyka. Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 1998.
Pol Merk Lek. 2004;17 (Supl. 3):6-7.

4. Od jakiego wieku można stosować inhibitory kalcyneuryny w atopowym zapaleniu skóry i jak długo może trwać terapia?

Dotychczas przeprowadzone badania kliniczne wskazują na duży profil bezpieczeństwa leczenia zarówno preparatem pimkrolimus (Elidel), jak i takrolimus (Protopic). Przede wszystkim nie obserwuje się działania atrofogennego oraz innych działań niepożądanych typowych dla przewlekłej miejscowej kortykosteroidoterapii i mogą być one bezpiecznie stosowane przez dłuższy czas. Jedynie przy leczeniu głównie takrolimusem, hamującym komórki Langerhansa, może dochodzić do zwiększonej zapadalności na choroby zakaźne skóry, szczególnie wirusem *varicella zoster*, nie znajduje to jednak pełnego potwierdzenia we wszystkich badaniach.

Przy stosowaniu inhibitorów kalcyneuryny zaleca się ich podawanie dwa razy na dobę. Przy pierwszych aplikacjach mogą wystąpić objawy podrażnienia (świąd, pieczenie, zaczerwienienie), wynikające z masywnego wyrzutu neuropeptydów ze skórnych zakończeń nerwowych. Te objawy są jednak krótkotrwałe i przemijające. Już w ciągu pierwszych dni stosowania preparatów dochodzi do znacznej redukcji świądu, a następnie ustępowania zmian skórnych.

Pimekrolimus dostępny jest w postaci 1% kremu do leczenia zarówno zmian u dorosłych, jak i dzieci, stosowany 2 razy na dobę. W Polsce zarejestrowany jest do stosowania od 2 roku życia, w większości krajów od 3 mies. życia. Preparat przeznaczony jest do leczenia zmian o klinicznie małym i średnim nasileniu. Redukuje liczbę zaostrzeń atopowego zapalenia oraz wpływa na zmniejszenie ich ciężkości.

Takrolimus występuje w postaci maści w dwóch stężeniach: 0,03% – przeznaczonej do leczenia dzieci oraz 0,1% – do kontrolowania zmian u dorosłych.

Zalecane piśmiennictwo

Pol Merk Lek. 2004;17 (Supl. 3):8.
Strona internetowa: www.pharminindex.pl

5. Jak leczyć łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS) u 2-miesięcznego niemowlęcia?

Przyczyna łojotokowego zapalenia skóry jest nieznana. Badania wiążą ją z wpływem hormonów matczynych na wytwarzanie łoju, ponieważ choroba występuje od okresu noworodkowego do 3-4 mies. życia w obrębie skóry gładkiej, nawet do 4-5 roku życia w obrębie skóry owłosionej. Charakterystyczna jest tzw. ciemieniucha owłosionej skóry głowy. W skórze gładkiej są to czerwone tłuste obszary lub tłuste łuski łojotokowe na rumieniowym podłożu w obrębie brwi, rzęs, powiek, czoła, w fałdach: zausznych, szyjnych, pachowych, pachwinowych, międzypośladkowej, a także często w obszarach zgięciowych łokciowych, podkolanowych i nadgarstkowych.

Wcześniej leczenie łojotokowego zapalenia skóry skupiało się na lekach przeciwzapalnych z grupy kortykosteroidów. Miejscowo stosowane, stanowią nadal popularną metodę leczenia. Stosuje się preparaty o słabej sile działania (0,5% krem hydrokortyzonowy, Laticort – krem, maść. Teraz ŁZS częściej leczy się środkami przeciwgrzybiczymi, np. Clotrimazol krem.

Lecząc niemowlęta miejscowymi preparatami, należy pamiętać, iż mają one często wyższy poziom przezskórnej absorpcji tych środków niż dorośli. Jest to szczególnie widoczne u dzieci z nasilonymi zmianami skórnymi, ponieważ największa absorpcja zachodzi przez uszkodzoną skórę, zwłaszcza okolice fałdów skórnych.

W leczeniu miejscowym można również zastosować 1-2% roztwór fioleto gencjany, 2 razy na dobę przez 3-5 dni, wykorzystując działanie przeciwzapalne, a następnie Vratizolin krem 2 razy na dobę, Viosept maść dwa razy na dobę lub Clotrimazol krem 2 razy na dobę przez kilka dni. Można także użyć preparatów przesuszających o działaniu przeciwzapalnym z zawartością cynku, np. Sudokrem, Tanno Hermal, Varderm, Pudroderm. Na powieki najlepiej zastosować 0,3% maść gentamycynową oczną (preparat gotowy). Na owłosioną skórę głowy można użyć 2% oliwki salicylowej (Rp. Acidi salicylici 2,0, Oleum ricini 10,0, Oleum Rapae ad 100,0) dla usunięcia łuski łojotokowej, a następnie ww. preparatów miejscowych dla leczenia stanu zapalnego.

Zalecane piśmiennictwo

Henderson CA, Taylor J, Cunliffe W. Sebum excretion rates in mothers and neonates. *Br J Dermatol.* 2000;142:110-111.
Strona internetowa www.pharmindex.pl
Pol Merk Lek. 2004;17 (Supl. 3):14.

6. Jakie jest leczenie ciężkiego łojotokowego zapalenia skóry w okresie noworodkowym?

Ciężkie łojotokowe zapalenie skóry, zwłaszcza w okresie noworodkowym, jest wskazaniem do podjęcia leczenia szpitalnego, często oprócz leczenia miejscowego zmian skórnych wymaga wdrożenia leczenia dożylnego przeciwbakteryjnego. Uogólnione nasilone wykwity skórne, przypominające łojotokowe zapalenie skóry, mogą w rzadkich przypadkach okazać się chorobą Leinera. Choć jest to rzadka choroba, to stan jest potencjalnie bardzo poważny, a nieleczone może prowadzić do śmierci z powodu zakażenia bakteryjnego.

7. Jak zaraża się dziecko mięczakiem zakaźnym i jak się je leczy? Czy mięczak zakaźny występuje na ograniczonej powierzchni skóry, czy też może się rozprzestrzenić na całą skórę?

Mięczak zakaźny (*molluscum contagiosum*) jest częstą, łagodną, wirusową chorobą skóry i błon śluzowych. Choroba ma charakter endemiczny i często występuje w dużych zbiorowiskach (żłobki, przedszkola). Wirusy przenoszą się drogą kontaktów bezpośrednich z osobą chorą oraz przez autoinkulację. Możliwe jest także zakażenie przez przedmioty codziennego użytku, np. na basenie, w toalecie. U dzieci mięczak zakaźny lokalizuje się przede wszystkim na twarzy, szyi oraz na skórze kończyn i tułowia, zwłaszcza w okolicach pach, pachwin, zgięć łokciowych i podkolanowych. Zmiany zwykle są mnogie, mogą być rozsiane, zgrupowane lub układać się wzdłuż linii zadrapania (pseudoobjaw Koebnera).

Przebieg choroby jest przewlekły. Wykwity utrzymują się nieraz przez wiele miesięcy, mogą jednak ustępować samoistnie po kilku miesiącach bez pozostawienia bli-

znych. Zakaźność wykwitów mięczaka jest znaczna i dlatego nie powinno się pozostawiać choroby bez leczenia. Również wrażenia estetyczne decydują o podjęciu leczenia.

Leczenie obejmuje zniszczenie mechaniczne wykwitu (wyłyżczkowanie, elektrokoagulacja, krioterapia, laseroterapia) oraz nieinwazyjną terapię miejscową:

- preparaty zawierające kwas salicylowy lub glikolowy
- 5% imikwimod w kremie
- u dzieci powyżej 12 r.ż. 0,5% roztwór podofilotoksyny

Ze względu na koszty terapii i nierzadko małą dostępność gabinetów zabiegowych, proponowane są tanie a skuteczne metody wymagające tylko systematyczności i długotrwałego stosowania:

- 1-2% roztwór wodny fioletu gencjany
- 2 razy na dobę przez 10-14 dni a następnie Viosept 2 razy na dobę aż do wysuszenia i wykruszenia wykwitów (nalewka jodowa, Pigment Castellaniego).

Ostatnio do leczenia wprowadzono 5% wodorotlenek potasu (*SolphaDermol*). Zaleca się 2 aplikacje na dobę do czasu pojawienia się miejscowego stanu zapalnego. Jego ustępowaniu towarzyszy również wygojenie wykwitu mięczakowego. Preparat jest bardzo dobrze tolerowany przez dzieci. Zalecany od 2 roku życia.

Zalecane piśmiennictwo

Błaszczyk-Kostanecka M, Wolska H. (red). *Dermatologia w praktyce*. PZWL, Warszawa 2006.

Cohen BA. *Dermatologia pediatria*. Urban&Partner, Wrocław 2006.

8. Chłopiec 3,5-letni po silnym oparzeniu, leczony przeszczepami skórnymi szyi i twarzy. W 3 miesiące po wyleczeniu na wygojonej skórze pojawiły się masywne wykwity opryszczki. Po leczeniu Heviranem nastąpił nawrót. Czy jest sens podawać powyższy lek przewlekły? Jeśli tak, to w jakich dawkach i jak długo?

Pytanie nie zawiera informacji, czy masywne wykwity opryszczki były zakażeniem pierwotnym, czy wtórnym. Nie precyzuje również, czy nie wystąpiło ono na podłożu atopowym oraz w jakim czasie od pierwszego opisywanego zakażenia wystąpiło drugie. Trudno zatem ustosunkować się do tak zadanego pytania.

Acyklowir stanowi lek z grupy analogów nukleozydów purynowych i pirymidynowych. Jest to syntetycznie otrzymany acykliczny nukleozyd purynowy, działający przeciwwirusowo na wirusy opryszczki typu I i II (HSV1, HSV2) oraz wirusy ospy wietrznej i półpaśca (VZV).

Acyklowir jest aktywowany przez wirusowe kinazy tymidynowe, które fosforylują lek. Do uaktywnienia leku dochodzi wyłącznie w komórkach zarażonych wirusem, ponieważ do pierwszego etapu fosforylacji jest konieczna wirusowa kinaza tymidynowa. Aktywny lek hamuje wirusową polimerazę DNA i po przyłączeniu się do DNA uniemożliwia jego dalsze wydłużanie.

Acyklowir dobrze się wchłania z przewodu pokarmowego i może być podawany doustnie lub pozajelitowo w leczeniu ciężkich zakażeń HSV i półpaśca u osób z upośledzoną i prawidłową odpornością. Dostępne są preparaty acyklowiru do stosowania zewnętrznego w zakażeniach skóry i błon śluzowych wirusem opryszczki pospolitej, ale wykazują słabe miejscowe działanie.

Heviran: zalecane dawkowanie w zakażeniach pierwotnych i popierwotnych wynosi 200 mg 5 razy na dobę przez tydzień, doustnie lub 5 mg/kg masy ciała w odstępach 8-godzinnych przez 5 dni. Występowaniu częstych nawrotów opryszczki można zapobiegać, stosując terapię supresyjną, polegającą na doustnym podawaniu acyklowiru w dawce 200 mg raz na dobę (do pół roku). Należy rozważyć podawanie inozyny pranobeks (Groprinosin).

Zalecane piśmiennictwo

Bannister BA, Begg NI, Gillespie SH. *Choroby zakaźne*. Wyd. I. pol. pod red. J. Juszczyka. Urban & Partner, Wrocław 1998.

Strona internetowa: www.pharmindex.pl