

BROSZURA BADACZA

1. Charakterystyka badanego produktu:

Trądzik pospolity jest zaburzeniem uwarunkowanym wieloczynnikowo. Jest to jedno z najczęstszych schorzeń skóry, które zwykle pojawia się w okresie dojrzewania płciowego. W okresie pokwitania zwykle każdy nastolatek ma zmiany trądzikowe, które mogą negatywnie wpływać na jakość życia [1]. Szacuje się, że może dotyczyć około 93% nastolatków [2]. Postać o umiarkowanym i ciężkim przebiegu dotyka około 20% dojrzewających dzieci. Może pojawić się u osób młodszych z powodu wcześniejszego dojrzewania, czy też u osób z dodatnim wywiadem rodzinnym [3].

To choroba zapalna układu włosowo-łojowego w patogenezie której rolę odgrywają androgeny indukujące zapalenie, nadmierną produkcję łoju, zmianę keratynizacji i kolonizację mieszków włosowych przez bakterie *Propionibacterium acnes*. W okresie dojrzewania wydzielane androgeny doprowadzają do powiększenia gruczołów łojowych i łojotoku, co sprzyja powstaniu wykwitów trądzikowych. Zmiany skórne zlokalizowane są głównie na twarzy, klatce piersiowej, szyi i plecach [4,5]. Są to obszary łojotokowe skóry, gdzie dochodzi do powstania zaskórników [6]. Zmiany skórne są różnorodne. Obok otwartych i zamkniętych zaskórników występują zapalne grudki wraz z krostami, a także czasami guzkami. [7]. Może dojść do powstania blizn jako następstwa choroby. Spotyka się je u około 20% nastolatków [4].

Ze względu na widoczną lokalizację zmian skórnych, długotrwały przebieg, czy też możliwość powstania blizn- trądzik często wywołuje duży wpływ na życie pacjentów mogąc doprowadzić do zaburzeń w płaszczyźnie psychospołecznej [8,9]. Choroba wpływa na funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Postać ciężka wywiera większy wpływ na postrzeganie wizerunku własnego ciała, relacje z innymi czy też na poczucie własnej wartości. Z badań przeprowadzonych przez Tasoula i Gregoriou z Uniwersytetu w Atenach wykazano, że u pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią trądziku występują większe zaburzenia psychospołeczne i emocjonalne a ich obraz ciała jest proporcjonalnie modyfikowany do ciężkości choroby podstawowej [10].

Schorzenie jest nie tylko kosmetycznym problemem ale przyczyna zaburzeń psychicznych objawiających się depresją, czy też lękiem i innymi problemami psychologicznymi, które mają ogromny wpływ na jakość życia pacjentów. Problemy emocjonalne należy traktować bardzo poważnie i uwzględniać je podczas leczenia, gdyż samo leczenie dermatologiczne może nie przynieść zamierzonego celu. Nawet postać łagodna czy umiarkowana choroby może być już związana ze znaczną depresją, czy też myślami samobójczymi. Stan psychologiczny nie zawsze koreluje z ciężkością schorzenia podstawowego jakim jest trądzik. Chorzy czują ograniczenia społeczne i mają poczucie obniżonej jakości życia [11]. Termin depresja jest określeniem niejednoznacznym, gdyż w potocznym rozumieniu uważa się go za stan smutku i przygnębienia, czy

też złego samopoczucia. Depresja często towarzyszy chorobą dermatologiczną i wtedy jest traktowana jako wtórne zaburzenie. Należy pamiętać, że objawy depresji u pacjentów z trądzikiem mogą mieć także charakter zaburzenia adaptacyjnego, które pojawia się w reakcji na silny stres jakim jest nieatrakcyjny wygląd i ograniczenie funkcjonowania społecznego. Zaburzenia adaptacyjne przejawiają się różnorodnymi objawami behawioralnymi i emocjonalnymi – nadmierne zamartwianie, obniżony nastrój, lęk, poczucie nieradzenia sobie czy też zaburzenia zachowania (zachowania antyspołeczne i agresywne) [12].

Praca ma na celu dokładną analizę potrzeb i problemów dzieci z trądzikiem pospolitym. Zebrany starannie wywiad, badania i ankiety umożliwią wykazanie wpływu choroby dermatologicznej na indukcję zaburzeń depresyjnych, które mają swoje odzwierciedlenie w jakości życia pacjentów oraz w stopniu z codziennym radzeniem sobie z chorobą. W szerszej perspektywie może pomóc poprawie samooceny dzieci poprzez podejście wielospecjalistyczne do trądziku – jako do choroby z zakresu psychodermatologii. Niezwykle ważna zdaje się być ocena zaburzeń depresyjnych u nastolatków z trądzikiem zwykłym, gdyż umożliwi to identyfikację osób podatnych na te zaburzenia.

2. Aktualne materiały źródłowe z piśmiennictwem:

- [1] Braun-Falco O., Walter H. C. Burgdorf, Plewig G., Wolff H. H, Landthaler M.: Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010; 1019-1020.
- [2] Husein-ElAhmed H.: Management of acne vulgaris with hormonal therapies in adult female patients. *Dermatol Ther.* 2015 May-Jun;28(3):166-72.
- [3] Bhate K., Williams HC.: Epidemiology of acne vulgaris. *Br J Dermatol.* 2013 Mar;168(3):474-85.
- [4] Williams HC., Dellavalle RP., Garner S.: Acne vulgaris. *Lancet.* 2012 Jan 28;379(9813):361-72.
- [5] Krautheim A., Gollnick HP.: Acne: topical treatment. *Clin Dermatol.* 2004 Sep-Oct;22(5):398-407.
- [6] Janda K., Chwilkowska M.: Acne vulgaris-aetiology, classification, treatment. *Ann Acad Med Stetin.* 2014;60(2):13-8.
- [7] Faure M.: Management of acne in adolescents. *Arch Pediatr.* 2007 Sep;14(9):1152-6.
- [8] Patel DP., Bernardis E., Yan AC.: The patient-centered acne severity scale study. *Pediatr Dermatol.* 2017 Nov;34(6):656-660.
- [9] Brzezińska-Wcisło L.: Acne vulgaris as a therapeutic problem. *Wiad Lek.* 1999;52(3-4):168-73.
- [10] Tasoula E., Gregoriou S., Chalikias J., Lazarou D., Danopoulou I., Katsambas A., Rigopoulos D.: The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol.* 2012 Nov-Dec;87(6):862-9.
- [11] Niemeier V., Kupfer J., Gieler U.: Acne vulgaris--psychosomatic aspects. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006 Dec;4(12):1027-36.
- [12] Szepietowski J., Pacan P., Reich A., Grzesiak M.: Psychodermatologia. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2012. 145-149.