Topické kortikosteroidy v dermatologickej praxi

Zverejnené: 22. marca 2022 | Autor: PharmDr. Paulína Kolláriková



Lokálne kortikosteroidy patria medzi najčastejšie používané lieky nielen v dermatológii. Majú terapeutický význam pri liečbe neinfekčných kožných ochorení, psoriázy a ekzémov. Modifikáciou štruktúry kortizónu sa zvyšoval protizápalový a imunosupresívny účinok. So stúpajúcou silou však narastali aj nežiaduce účinky. Pri výbere lokálne aplikovaného kortikosteroidu je potrebné brať do úvahy indikácie, kontraindikácie a výber liekovej formy.

Doposiaľ nie je úplne objasnený **mechanizmus účinku** kortikosteroidných prípravkov. Kortikosteroidy majú rozmanité protizápalové a imunomodulačné účinky. Tie zahrňujú stabilizáciu lyzozomálnych membrán, útlm syntézy prostaglandínov, zníženie uvoľňovania histamínu a bradykinínu a zníženie kapilárnej permeability. Kortikoidy prestupujú do cytoplazmy a viažu sa na kortikoidný receptor, ktorý sa nachádza v cytoplazme takmer

všetkých buniek. Následkom takejto väzby sú komplexné chemické procesy spojené s prienikom aktivovaného receptor-glukokortikoidového komplexu do jadra bunky a väzbou na špecifické frakcie DNA za súčasného ovplyvnenia transkripcie a následnej syntézy proteínov citlivých na glukokortikosteroidy (napr. lipokortín, vazokortín). Tieto proteíny inhibujú fosfolipázu A2, kontrolujú biosyntézu účinných mediátorov zápalu, ako sú prostaglandíny a leukotriény a inhibíciou ovplyvňujú ich spoločný prekurzor – kyselinu arachidónovú. Kortikosteroidy ovplyvňujú funkcie zápalových bunkových elementov a ich migráciu, čo sa prejavuje v ich výraznom tlmivom vplyve na neskorý – tzv. bunkový typ alergickej reakcie.

Čím je silnejšia väzba kortikosteroidu na receptor, tým je vyššia účinnosť preparátu. Nevýhodou silnej väzby je spomalené odbúravanie, a tým aj väčšie riziko nežiaducich účinkov.

Vo všeobecnosti sa dá povedať, že krátkodobá liečba preparátmi s nízkou potenciou je bezpečná. Pri dlhodobej topickej liečbe prednostne vysokopotentnými kortikosteroidmi sa môžeme stretnúť so **závažnými nežiaducimi účinkami.**

Rebound fenomén. Ak dôjde k náhlemu prerušeniu kortikosteroidnej terapie, dochádza k relapsu ochorenia často v ešte agresívnejšej forme. Pravdepodobne to nastáva vďaka down- regulácii glukokortikoidných receptorov, ktoré následne dostatočne nereagujú na cirkulujúce glukokortikoidy.

Atrofia kože. Katabolický efekt glukokortikoidov môže viesť k atrofii kože (strie, malé viditeľné žilky), ktorá je aj po vysadení liečby len parciálne reverzibilná.

Systémový efekt. Supresia HPA osy (hypothalamus – hypofýza – kôra nadobličiek).

Šírenie infekcie. Glukokortikoidy potláčajú imunitnú odpoveď, preto by mohli pri použití v nesprávnej indikácii podnietiť alebo reaktivovať infekciu.

Steroidná rosacea

Farmakokinetické vlastnosti:

Hĺbka penetrácie a množstvo preniknutej látky závisí od lipofility prípravku a aplikačnej formy. Čím viac je prípravok lipofilný, tým je vyššia koncentrácia a akumulácia v koži a pomalšie uvoľňovanie do krvi. Najväčší stupeň penetrácie je pri mastiach, mierny stupeň pri krémových vehikulách. Celková resorpcia kortikosteroidov vo väčšine anatomických lokalizácií je 3 – 10 %. Penetrácia kortikosteroidu cez kožu vykazuje výrazné rozdiely aj podľa zvolenej oblasti aplikácie. Po aplikácii na normálnu kožu sa kortikosteroidy absorbujú len minimálne. Účinným prostriedkom na zvýšenie penetrácie je oklúzia. Týmto spôsobom možno zvýšiť absorpciu až 10 – násobne. Prienik kortikosteroidu sa ale niekoľkonásobne zvyšuje cez zapálenú kožu pri atopickej dermatitíde, pri ťažkých exfoliatívnych ochoreniach (psoriasis erythrodermica), kde je bariéra brániaca penetrácii len slabá.

	Postmenopauzálna osteoporóza Typ I	Senilná osteoporóza Typ II
Vek	55 - 75	> 70
Pohlavie (pomer Ž : M)	6 : 1	2 : 1
Miesta zlomenín	predlaktie, stavce	proximálny femur, stavce

Tabuľka č.2: Rozdelenie lokálnych kortikosteroidov podľa intenzity účinku