

A photograph of a man and a woman embracing. The woman is on the left, looking down with a gentle smile, her eyes closed. The man is on the right, seen from the back/side, with his arms around her. The entire image is tinted with a deep blue color.

Poradnik dla chorego na łuszczycę

Katarzyna Łoza, Renata Miturska, Adam Borzęcki

Lublin 2009

Poradnik został wydany dzięki pomocy i wsparciu firmy Leo Pharma



Prawidłowych odpowiedzi może być więcej niż jedna

- a) kardiologa
- b) dermatologa
- c) interniste

Twoja wiedza na temat łuszczycy jest niewystarczająca. Ten poradnik przeznaczony jest dla wszystkich, którzy w jakiś sposób stykają się z tą chorobą. Pozwala zrozumieć specyfikę łuszczycy i pokazuje jak można skutecznie ją kontrolować.

[illegible]

PUNKTACJA ODPOWIEDZI:

Szanowni Pacjenci i Lekarze,
zainteresowani leczeniem łuszczycy!

Ostatnio w mediach promowany jest model nieskazitelnie pięknego ciała, powodzenia za wszelką cenę i kult sukcesu finansowego, z pominięciem często wartości intelektualnych i poczucia rzeczywistości. Kreowany przez media obraz świata jest jednak w dużej mierze fałszywy. Nie wszyscy mogą być piękni i bogaci i, niestety, nie wszyscy są zdrowi. Wielu ludzi musi żyć i radzić sobie z nawracającą chorobą, na przykład łuszczycą. Ogromna większość chorych na łuszczycę jest zdrowych „inaczej”, mając okresowo niewielkie zmiany skórne w typowych dla tej choroby okolicach ciała. Łuszczycy nie można wyleczyć „na zawsze”, ale rozwój nauk medycznych i wprowadzenie nowych metod leczniczych zwiększyły możliwości lekarza dermatologa w przeciwdziałaniu jej objawom. Wiedzę o łuszczycy należy popularyzować wśród pacjentów, aby sami dawali sobie radę w warunkach domowych i nie musieli rezygnować z aktywności zawodowej i społecznej, aby ludzie z ich otoczenia – rodzina, współpracownicy – wiedzieli o kosmetycznym charakterze choroby i braku zagrożenia ze strony chorych. Należy wszystkim uświadomić, że:

- co 50 osoba może zachorować na łuszczycę w ciągu swego życia,
- nie jest to choroba zakaźna,
- przez większą część życia chorzy mogą być wolni od zmian łuszczycowych,
- są skuteczne metody leczenia nawet bardzo rozległych zmian skórnych (erythrodermia) i zmian stawowych (łuszczycza stawowa).

Chorzy na łuszczycę nie mogą być dyskryminowani ze względu na kolor skóry i sami nie powinni się izolować, ani rezygnować z aktywnego życia. Wiedza o chorobie pomoże chorym znaleźć najłatwiejszy sposób leczenia zmian skórnych. Niezbędne jest też współdziałanie z lekarzem dermatologiem.

Życząc ciekawej lektury
Prof. Wiesław Gliński

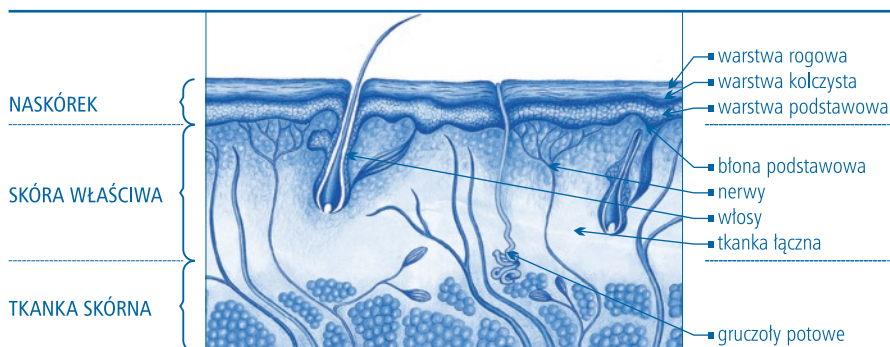
Co to jest łuszczyca?	5
Jak powstaje łuszczyca?	5
Czynniki wywołujące łuszczycę	6
Jak wygląda łuszczyca?	8
Gdzie najczęściej pojawiają się zmiany łuszcycowe?	9
Objawy ogólne mogące towarzyszyć łuszczyce	10
Postaci łuszczycy	10
Specyfika łuszczycy u dzieci	12
Leczenie miejscowe łuszczycy	12
Preparaty dziegiowe	16
Kortkosteroidy	16
Pochodne witaminy D3	18
Połączenie pochodnej witaminy D3 i kortykosteroidu	19
Fototerapia łuszczycy	19
Fotochemioterapia	20
Leczenie łuszczycy w okresie ciąży	21
Leczenie systemowe łuszczycy	22
Leki biologiczne	22
Co kwalifikuje pacjenta do leczenia szpitalnego?	24
Profilaktyka łuszczycy i pielęgnacja skóry w okresie choroby	24
Dieta łuszcycowa	26

Co to jest łuszczyca?

Łuszczyca jest niezakaźną chorobą grudek-złuszczającą, związaną z procesami zapalno-proliferacyjnymi w skórze. Należy do bardzo rozpowszechnionych chorób skóry. W krajach europejskich częstość jej występowania w populacji ocenia się na 2-3%. Długotrwały przebieg schorzenia, skłonność do nawrotów, występowanie u osób czynnych zawodowo oraz znaczne koszty leczenia stanowią poważny problem terapeutyczny, psychiczny, społeczny i ekonomiczny. Skóra spełnia ważne funkcje: z jednej strony jest barierą dla czynników uszkodzających, pochodzących ze środowiska zewnętrznego (bakterie, wirusy, grzyby, niska i wysoka temperatura, promieniowanie, czynniki mechaniczne), zaś z drugiej jest aktywną tkanką biorącą udział w procesach życiowych człowieka i mającą znaczny wpływ na ogólną odporność organizmu. Możliwości obronne skóry osoby chorej na łuszcycę są mniejsze niż u człowieka zdrowego, a bodziec uszkodzający wywołuje patologiczny proces naprawczy i w efekcie powstanie zmiany łuszcycowej. Łuszczyca jest zaliczana do chorób o podłożu genetycznym, a sposób dziedziczenia nie jest w pełni poznany. Prawdopodobnie zależy on od wielu genów o różnej penetracji. W oparciu o badania genetyczne wyróżniono dwa typy łuszczy: typ I – dziedziczny, ujawniający się zazwyczaj przed 40 r.ż. ze szczytem zachorowań w 18-22 r.ż. oraz typ II – sporadyczny, występujący powyżej 40 r.ż. najczęściej ujawniający się ok. 60 r.ż. Zaobserwowano, że jeżeli jedno z rodziców cierpi na tę chorobę, to prawdopodobieństwo wystąpienia łuszczy u dziecka wynosi ok. 30%, a jeżeli chorują oboje rodzice, prawdopodobieństwo wzrasta do 70%.

Jak powstaje łuszczyca?

Przyczyna powstawania łuszczy jest nieznaną. Obecnie coraz większe znaczenie w powstawaniu zmian łuszcycowych przypisuje się mechanizmom immunologicznym zależnym od limfocytów T. Na skutek aktywacji, namnażania się i pobudzenia tych komórek dochodzi do uwalniania czynników prozapalnych. Podobne substancje są wytwarzane przez pobudzone komórki naskórka. Początek procesu chorobowego w łuszczyce charakteryzuje się zmianami w obrębie naczyń krwionośnych skóry, które ulegają rozszerzeniu, zwiększa się ich ilość oraz przepuszczalność. W wyniku tych zaburzeń dochodzi do przechodzenia komórek zapalnych do skóry. Istotą procesu chorobowego w łuszczyce stanowi nadmierne namnażanie komórek naskórka, co wyraża się zwiększoną ilością podziałów komórkowych, przyspieszeniem wszystkich faz cyklu i zwiększeniem intensywności procesów metabolicznych oraz niepełne różnicowanie się komórek z zachowaniem resztkowych jąder w warstwie rogowej. Zjawisko to, nazywane parakeratozą, polega na znacznym przyspieszeniu okresu przejścia keratynocyta (komórki naskórka) z warstwy rozrodczej na powierzchnię skóry. Okres ten w zdrowej skórze wynosi 26 dni, a w łuszczyce jest skrócony do 4 dni.



Schematyczny przekrój skóry

W zdrowym naskórku komórki (keratynocyty) dzielą się, a następnie wędrują ku powierzchni, aby się złuszczyć. W ten sposób goją się powierzchowne zadrapania. W łuszczycy proces ten przebiega znacznie szybciej i keratynocyty w odpowiedzi na mechaniczne uszkodzenia (zadrapania itp.) nie zdążą się prawidłowo przekształcić i nie dochodzi do złuszczenia. Powstaje grudka pokryta warstwą łusek.

Czynniki wyzwalające łuszczycę

Na podstawie wieloletnich badań i analiz stwierdzono, że bodźcem rozpoczynającym „reakcję łuszczycową” może być wiele czynników.

- **Infekcje** bakteryjne górnych dróg oddechowych (np. angina ropna zwłaszcza u osób młodych), przewlekłe zakażenie przewodu pokarmowego bakteriami *Yersinia*, nie wyleczone ogniska zapalne (np. w obrębie migdałków podniebiennych, zębów lub dróg moczowych), zakażenia wirusowe (np. wirus HIV lub HPV-wirus brodawczaka ludzkiego), czy też infekcje drożdżakowe – mogą stymulować ujawnienie lub nawroty schorzenia.
- **Urazy** typu fizycznego jak zadrapania, rany, blizny chirurgiczne, samookaleczenia, tatuaże, szczepienia, czy też oparzenia (np. termiczne, chemiczne, słoneczne) mogą wywołać u osób predysponowanych pojawienie się wykwitów łuszczycowych nawet po upływie jednego czy dwóch tygodni, dokładnie w miejscu urazu skóry.
- Podobne działanie ma długotrwały **ucisk** powodowany przez ozdoby czy ubranie lub w miejscach szczególnie narażonych na ucisk (np. łokcie, kolana, dłonie, stopy).



TAK



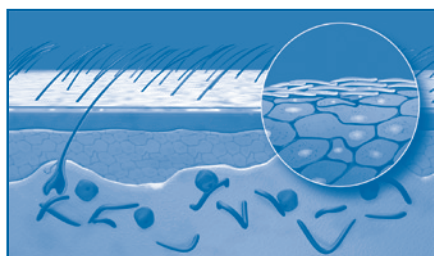
NIE

- **Inne choroby skóry** u osoby predysponowanej genetycznie lub u osoby z wywyjadem łuszczycowym w przeszłości (np. wyprysk, trądzik różowaty, łojotokowe zapalenie skóry, wyprzenia, odczyn zapalny po ukąszeniu owadów) mogą stymulować rozwój łuszczycy.
- Istnieją **leki**, które mogą działać jako czynniki pobudzające pojawienie się choroby, jak na przykład często stosowane i łatwo dostępne niesteroidowe leki przeciwzapalne (Butapirazol, Metindol, Ibuprom), czy beta-blokery używane przy nadciśnieniu (Atenolol, Betaloc, Bisocard, Concor, Coretal, Metocard, Propranolol, Sactal, Visket), blokery kanału wapniowego przepisane również przy nadciśnieniu, zaburzeniach rytmu serca lub niewydolności krążenia, sole litu stosowane u pacjentów z depresją, leki przeciwmalaryczne (Arechina), pochodne kwasu salicylowego. Obecnie wiele chorób leczonych jest interferonem beta czy interleukinami, które to preparaty również pobudzają wysiew łuszczycy ze względu na wpływ na układ odpornościowy organizmu. Z kolei ogólnie podawane kortykosteroidy mogą wyzwać ciężką postać łuszczycy krostkowej.
- **Stres** u około 1/3 pacjentów jest przyczyną ujawnienia się łuszczycy lub jej zaostrzenia. Współpraca z psychologiem i/lub stosowanie leków przeciwdepresyjnych ma korzystny wpływ na przebieg choroby.
- Wśród innych czynników wymienia się **palenie papierosów**, które nasila reakcję zapalną w skórze – najsilniejszy negatywny wpływ ma u kobiet z łuszczycą krostkową. Natomiast **nadużywanie alkoholu** powoduje częstsze nawroty choroby lub utrzymywanie się zmian skórnych (zwłaszcza w łuszczycy krostkowej rąk i stóp), zwiększa oporność na leczenie i liczbę działań ubocznych.

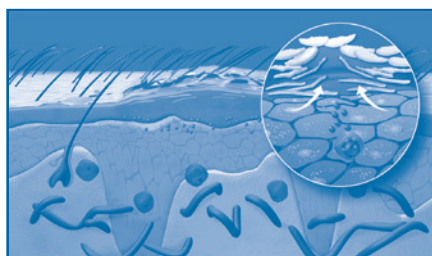
- **Zaburzenia metaboliczne**, głównie w obrębie gospodarki lipidowej, wyższe stężenia kwasu moczowego niekiedy są odpowiedzialne za pojawienie się łuszczycy. Jednocześnie zaobserwowano u pacjentów z łuszczycą zwiększoną zachorowalność na cukrzycę typu II.
- Nie istnieją wyraźne **zalecenia dietetyczne** dla pacjentów łuszczycowych, ale istnieją dowody na ustępowanie choroby po stosowaniu diety ubogobiałkowej, diety opartej na rybnym oleju, oliwie z oliwek i oleju kukurydzianym, związanej ze spożywaniem świeżych owoców i warzyw, a także poprawa stanu skóry po spadku masy ciała.

Jak wygląda łuszczyca?

Łuszczyca może mieć różne postaci kliniczne o zróżnicowanym umiejscowieniu. Typowym wykwitem są czerwone płasko-wyniosłe grudki ze złuszczeniem na powierzchni. Liczne drobne grudki, wielkości łebka od szpilki do 1-2 cm, są typowe dla wczesnych zmian chorobowych, często po przebytych infekcjach. Przy braku leczenia grudki zlewają się ze sobą w blaszki pokryte mocno przylegającymi srebrzystymi łuskami. Po zdrapaniu łusek uwidacznia się najpierw błyszcząca, jakby powleczona stearyną powierzchnia – tzw. objaw świecy stearynowej, a następnie punkcikowe krwawienie – tzw. objaw Auspitzja. Innym charakterystycznym dla łuszczycy objawem jest wysiew grudek w miejscu urazu mechanicznego – tzw. objaw Koebnera, który świadczy o aktywności procesu chorobowego. Zjawiska tego nie obserwuje się w zmianach ustępujących.



ZDROWA SKÓRA



SKÓRA Z ŁUSZCZYCĄ

Gdzie najczęściej pojawiają się zmiany łuszczycowe?

Umiejscowienie wykwitów łuszczycowych może być rozmaite, ale typowa lokalizacja dla łuszczycy pospolitej dotyczy skóry owłosionej skóry głowy, kolan, łokci i okolicy łędźwiowo-krzyżowej, a więc miejsc najbardziej narażonych na stałe, niezbyt silne urazy. W większości przypadków zmiany chorobowe mają układ symetryczny. Na skórze głowy, w wyniku nawykowego drapania są niesymetryczne i często występują poza linią włosów – na czole, karku, skroniach, i w okolicach przedusznych. Mimo nawet długotrwałego utrzymywania się zmian na skórze głowy nie dochodzi do uszkodzenia włosów, czy łysienia.

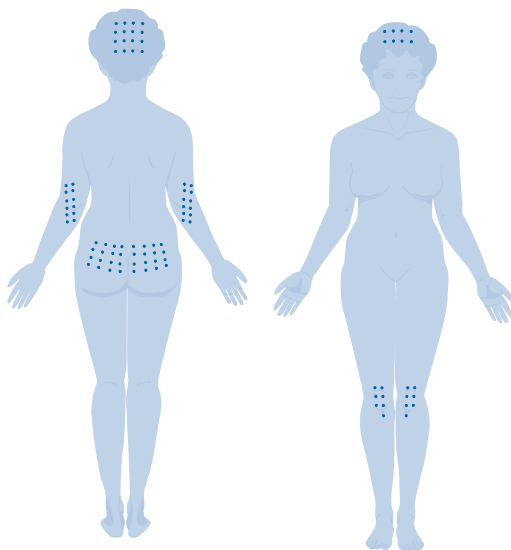
Przemijające wypadanie włosów w przebiegu choroby może być wynikiem drapania skóry przy towarzyszącym swędzeniu lub efektem nieumiejętnego usuwania łusek. Łuszczyca skóry owłosionej głowy może być jedynym objawem choroby lub towarzyszyć łuszczycy o innym umiejscowieniu. Łuszczyca zdarza się również w okolicy fałdów skórnych (pachy, pachwiny, szpara międzypośladkowa, czy okolica podsutkowa u kobiet) i wówczas przybiera charakter wysiękowy.

Bardzo często w łuszczycy procesem chorobowym objęte są **płytki paznokciowe**. Niekiedy zmiany paznokciowe są jedynym objawem choroby nawet przez wiele lat. Charakterystyczne dla łuszczycy na paznokciach są punkcikowe zagłębienia płytki – tzw. objaw naparstka, występujące pod płytką paznokciową grudki łuszczycowe – tzw. plamy olejowe, uniesienie wolnego brzegu płytki paznokciowej przez gromadzące się masy rogowce, pogrubienie płytki paznokciowej i onycholiza, czyli oddzielenie wolnego brzegu paznokcia od macierzy, powodujące białe lub żółte odbarwienia płytki.

Łuszczyca błon śluzowych jamy ustnej występuje sporadycznie, częściej u pacjentów z ostrą odmianą łuszczycy, przede wszystkim w uogólnionej łuszczycy krostkowej. Najczęstszym objawem jest tzw. język geograficzny charakteryzujący się różowymi lub czerwonymi wyraźnie odgraniczonymi ogniskami różnej wielkości, tworzącymi niekiedy festonowate figury. Innym objawem jest tzw. język mosznowy. Jest to głębokie pobrudowanie powierzchni języka z obecnością charakterystycznej bruzdy w linii środkowej, od której odchodzą boczne odgałęzienia.

Odmianą, rzadko spotykaną lokalizacją wykwitów łuszczycowych, jest **okolica narządów płciowych**. Wykwity chorobowe mają charakter dobrze odgraniczonych, jasnych lub czerwonych, nie pokrytych łuską blaszek. Występuje we wszystkich grupach wiekowych i dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet. Przy takim umiejscowieniu zmian należy unikać ciasnych ubrań ocierających skórę, środków antykoncepcyjnych (prezerwatyw, substancji plemnikobójczych), podpasek, wkładek higienicznych czy szorstkiego papieru toaletowego. Łuszczyca zlokalizowana w okolicy narządów płciowych w sposób znaczący wpływa na jakość życia pacjenta, powoduje pogorszenie życia seksualnego z towarzyszącym zakłopotaniem, skrępowaniem, brakiem samoakceptacji, prowadząc dość często do zaburzeń obrazu własnego ciała, obniżenia nastroju i depresji. Należy

poinformować rodzinę i partnerów, że jest to choroba niezakaźna, nie jest przenoszona drogą płciową i przy systematycznym, intensywnym leczeniu może ustąpić. Bardzo ważna jest rozmowa i wsparcie emocjonalne partnera.



Typowa lokalizacja łuszczycy

Objawy ogólne mogące towarzyszyć łuszczycy

Zazwyczaj łuszczycy nie daje żadnych dolegliwości, ale w pewnej lokalizacji, bądź w przypadku niektórych postaci mogą występować objawy ogólne. Świąd skóry w łuszczycy zdarza się rzadko i głównie dotyczy zmian wysiewnych. Czasami, przy zmianach ostro zapalnych np. w szparze międzypośladkowej lub w ogniskach o dużym rogowaceniu np. na rękach i stopach, może występować miejscowa bolesność ognisk chorobowych. Bóle dotyczące stawów są częste w przebiegu łuszczycy stawowej. W zmianach chorobowych obejmujących całą powierzchnię skóry mogą występować stany podgorączkowe i odczynowe powiększenie węzłów chłonnych. Natomiast znaczne podwyższenie temperatury ciała ma miejsce w uogólnionych postaciach łuszczycy krostkowej.

Postaci łuszczycy

Istnieje wiele rodzajów łuszczycy. Klasyfikacja uwzględnia nasilenie procesu chorobowego, rozległość i charakter zmian chorobowych.

Łuszczyca zwyczajna – w zależności od wyglądu wykwitów rozróżnia się łuszczycę kroplistą, pieniążkową, obrączkową, geograficzną, liniową, zadawnioną, brudcową.

Łuszczyca krostkowa – w tym typie wykwity różnią się wyraźnie od charakterystycznych zmian łuszczycowych, są to krostki umiejscowione na skórze niezmięnionej lub na podłożu rumieniowym, zazwyczaj ograniczone do powierzchni dłoni i podeszw. Ten rodzaj częściej występuje u kobiet, zwykle w 5-6 dekadzie życia, może sprawiać trudności diagnostyczne, ponieważ w początkowym okresie wykazuje podobieństwo do grzybicy lub wyprysku potnicowego. Pewną odmianą łuszczycy krostkowej dłoni i stóp jest ciągłe krostkowe zapalenie kończyn. W tym przypadku krostki umiejscowione są w obrębie dystalnej części palców rąk i stóp, niekiedy również pod paznokciowo, prowadząc do bliznowacenia łożysk paznokci. Schorzenie daje duże dolegliwości bólowe.

Łuszczyca krostkowa rozsiana (obraczkowata / uogólniona – typ von Zumbush) jest obserwowana głównie u dorosłych, ale zdarza się również u dzieci w postaci zmian obrączkowatych. Choroba rozpoczyna się nagle wysiewami krost z towarzyszącym złym samopoczuciem, dreszczami i wyraźnie podwyższoną temperaturą ciała. W postaci uogólnionej może dochodzić do erytrodermii ze splezieniem całych fragmentów naskórka. Jest to najcięższa postać łuszczycy i wymaga intensywnego leczenia w warunkach szpitalnych.

Erytrodermia łuszczycowa – zlewne zmiany obejmują prawie całą powierzchnię skóry. Jest uważana za nasilenie procesu chorobowego.

Łuszczyca stawowa – występuje u 30 – 40% chorych z umiarkowaną bądź nasiloną łuszczycą zwykłą. Należy do seronegatywnych zapaleń stawów, u 80% chorych nie stwierdza się krążącego czynnika reumatoidalnego. W około 70% przypadków wykwity skórne poprzedzają ujawnienie się objawów stawowych średnio o 10 lat, w 11-15% objawy pojawiają się jednocześnie, a u 14-21% pacjentów uszkodzenie stawów wyprzedza typowe zmiany skórne o kilka lat. Wyróżnia się 5 rodzajów łuszczycy stawowej, które mogą ze sobą współistnieć.

- łuszczyca obejmująca dystalne stawy międzypaliczkowe
- symetryczne zapalenie wielostawowe
- asymetryczne zapalenie skąpostawowe
- łuszczycowe zwyrodnienie stawów międzykręgowych
- łuszczyca typu zniekształcającego, obejmująca dłonie i stopy

Bardzo ważną cechą różnicującą łuszczycowe zapalenie stawów od reumatoidalnego zapalenia stawów jest zapalenie przyczepów ścięgniastych mięśni z obrzękiem i bolesnością. Łuszczyca stawowa często jest poprzedzona wcześniejszym urazem narządu ruchu.

Specyfika łuszczycy u dzieci

Łuszczycyca u dzieci różni się nieco odmiennym obrazem klinicznym, który zmienia się wraz z dorastaniem dziecka. Dokładna częstość występowania łuszczycy w wieku dziecięcym nie jest znana. Obecnie uważa się, że stanowi ona 4% chorób skóry do 16 r.ż. Niekiedy łuszczycyca ujawnia się przed 2 r.ż. i jest to niekorzystny czynnik rokowujący – w przyszłości przebieg jest zazwyczaj ciężki, z częstymi nawrotami, z możliwością wystąpienia postaci erytrodermicznej, krostkowej czy stawowej. Łuszczycyca dziecięca jest zaliczana do typu I – zwykle występuje u innych członków rodziny.

Uważa się, że u dzieci łuszczycyca wyzwalana lub nasilana jest przez zakażenia, głównie bakteryjne, wirusowe lub robaczyce, a zmiany skórne pojawiają się około 10-20 dni po infekcji. Znaczącą rolę odgrywają również drobne urazy – skaleczenia, podrażnienia, otarcia naskórka, ukąszenia przez owady. Wówczas wykwity pojawiają się po około 2 tygodniach. Niekiedy zmiany chorobowe ujawniają się po szczepieniach. Poza tym u większości dzieci występuje wyraźna zależność zaostrzeń od przebytego stresu – po 2-4 tygodniach od zadziałania czynnika emocjonalnego dochodzi do wysiewu łuszczycy lub jej nasilenia.

Rozpoznanie łuszczycy u dzieci do 2 r.ż. może stwarzać duże trudności. Odmienna budowa i czynność skóry powoduje, że zmiany łuszczycowe są rumieniowo-obrzękowe, ścążące, z towarzyszącym świądem skóry i mogą być traktowane jako wyprysk.

Wygląd zmian łuszczycowych, umiejscowienie i dodatkowe objawy zależą od wieku dziecka. W okresie niemowlęcym i u małych dzieci najczęściej występuje łuszczycowe pieluszkowe zapalenie skóry. W wieku przedszkolnym i szkolnym zdarza się najczęściej poinfekcyjna postać drobnogrudkowa, chociaż mogą się ujawniać już wszystkie rodzaje łuszczycy. Dość często zmiany chorobowe są zlokalizowane na twarzy lub w obrębie narządów płciowych czy odbytu.

Leczenie miejscowe łuszczycy

W większości przypadków leczenie łuszczycy zwyczajnej o niewielkim lub średnim stopniu nasilenia polega na zastosowaniu terapii zewnętrznej. Należy pamiętać, że leczenie może być długie (od kilku do kilkunastu tygodni) i wymaga systematyczności. Powinno doprowadzić do całkowitego ustąpienia zmian. Najkorzystniejsze jest leczenie preparatami, które, przy poprzednim wysiewie łuszczycy, doprowadziły do całkowitego ustąpienia wykwitów, a jeżeli to leczenie nie przyniosło rezultatów, ważne jest ustalenie przyczyny niepowodzenia terapeutycznego. Mogło być ono spowodowane zbyt krótkotrwałym stosowaniem preparatów leczniczych, brakiem systematyczności, stosowaniem monoterapii czyli leczenia jednym preparatem lub nieodpowiednim doбором leku.

Każda łuszczycyca jest inna i wymaga indywidualnego postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego. Należy jak najlepiej poznać swoją chorobę i nauczyć się z nią żyć.

Leki zewnętrzne są dostępne w postaci lotionów, kremów lub maści. W zależności od lokalizacji choroby dobieramy odpowiedni preparat. Do zmian na tułowi najlepsza jest maść, na twarz i zmiany występujące w fałdach skórnych krem, a na skórę owłosioną głowy lotion, balsam lub szampon.

Sposób leczenia zależy też od czasu, jaki możemy poświęcić na smarowanie preparatami zewnętrznymi. Są pacjenci, dla których leczenie jeden raz dziennie jest dużym problemem. Są też tacy, którzy mogą sobie pozwolić na stosowanie leków nawet trzy razy dziennie, łącząc tą terapię z kąpielami leczniczymi. Efekty leczenia są wówczas lepsze, a czas terapii jest znacznie skrócony.

Leczenie przebiega dwuetapowo. W pierwszej kolejności należy usunąć nawarstwione łuski, które uniemożliwiają działanie lecznicze preparatów miejscowych. W tym celu stosuje się maści z kwasem salicylowym lub mocznikiem, dodatkowo można w terapii wykonywać kąpiele solankowe (3-4 kg soli na wannę). Jeżeli zmiany dotyczą też owłosionej skóry głowy zaleca się zastosowanie oliwki z kwasem salicylowym, a następnie zawinięcie głowy folią i ręcznikiem. Stosowanie tych preparatów nie jest przyjemne, ponieważ muszą one pozostawać na głowie co najmniej przez godzinę (albo nawet dłużej jeżeli istnieje taka możliwość).m Usuwanie łusek jest wówczas skuteczniejsze i pozwala uniknąć możliwych podczas mycia urazów skóry.

Maści złuszczone i oliwkę salicylową najlepiej zmywać ciepłą wodą z dodatkiem szarego mydła lub szamponów dziegciowych. Jeżeli ze skóry głowy trudno zmyć oliwkę, można przed kąpielą zastosować preparaty na podłożu alkoholowym. Należy pamiętać o podstawowej zasadzie: łusek nie wolno zdrapywać, spowoduje to bowiem po tygodniu lub dwóch wysiew nowych grudek łuszczykowych, w miejscu podrażnionym drapaniem!



Gdy w miejscu szarawych łusek pojawi się czerwona powierzchnia zmiany łuszczykowej, rozpoczynamy drugi etap leczenia. Polega on na zastosowaniu jednego z preparatów hamujących nadmierny podział komórek naskórka i/lub działających przeciwzapalnie.

Są to następujące substancje:

1. cygnolina
2. dziegcie
3. kortykosteroidy
4. pochodne witaminy D3
5. połączenie pochodnej witaminy D3 i kortykosteroidu
6. pochodne witaminy A

Dermatolodzy często zalecają stosowanie cygnoliny w tzw. terapii minutowej – taniej i dającej dobre rezultaty. Co powinno zachęcić do stosowania cygnoliny:

- jest skuteczna
- ma niewielkie działanie niepożądane
- jest tania.

Podstawowym działaniem niepożądanym cygnoliny jest powodowanie zaczerwienienia i pieczenia skóry zdrowej wokół zmiany łuszczykowej. Jednak umiejętne stosowanie preparatu może zminimalizować te objawy poprzez zastosowanie cygnoliny w małych stężeniach, łącząc ją z pastą cynkową. Przy niewielkiej ilości zmian o charakterze plackowatym można chronić zdrową skórę przez smarowanie pastą cynkową otoczenia wykwitów łuszczykowych. W przypadku intensywnego zaczerwienienia należy odstawić ten preparat na 2-3 dni i ponownie zastosować. Cygnolina powoduje także trwałe zabarwienie bielizny i pościeli na kolor fioletowy, dlatego najlepiej przeznaczyć do leczenia jedno ubranie i jedną zmianę pościeli. Innym działaniem niepożądanym są przebarwienia skóry po dłuższym stosowaniu cygnoliny. Znikają one po kilku lub kilkunastu dniach bez pozostawienia śladu (nie staraj się zmywać ich, szorując szczotką bądź gąbką- to może spowodować wysiew zmian łuszczykowych).

Uwaga: Nie należy stosować preparatów zawierających cygnolinę na zmiany wysiewne, podrażnione, erytrodermiczne, wysiękowe i w okolicę fałdów skórnych. Mogą one wywołać zaostrzenie procesu chorobowego.

Na czym polega terapia minutowa?

Każdy chory na łuszczycę powinien dobrze znać zasady tego leczenia – może je bowiem zastosować przy każdym nawrocie zmian chorobowych, nie niszcząc skóry i nie nadwyrężając zasobów finansowych. Terapia minutowa opiera się na fakcie, że cygnolina wchłania się w ogniska łuszczycowe (pozbawione łuski) 30-50 razy szybciej niż w skórę zdrową.

Terapia minutowa – wskazówki dla pacjenta

- Stosuj cygnolinę tylko na ogniska łuszczycowe.
- Zaczynaj od stosowania maści o niskim stężeniu i jeżeli nie wystąpi podrażnienie skóry, co 2-5 dni zwiększaj czas ekspozycji, a mniej więcej co 10 dni zwiększaj stężenie leku, zaczynając znowu od krótkiego czasu ekspozycji (10 minut). Stężenie cygnoliny należy dobierać indywidualnie (decyduje o tym lekarz) od 0,1% do 2%, czas ekspozycji od 10 minut do godziny, maksymalnie do 2 godzin. Cygnolina po około dwóch godzinach przestaje działać leczniczo i powoduje podrażnienie. Taka terapia trwa 20-30 dni.
- Po zaleconym czasie, zmyj cygnolinę wodą z dużą ilością mydła i zastosuj maści natłuszczające.
- Jeśli wystąpi podrażnienie skóry (zaczerwienienie, pieczenie), przerwij stosowanie cygnoliny aż do ustąpienia w/w objawów i używaj w tym czasie maści natłuszczających. Po ustąpieniu podrażnienia można ponowić leczenie, ale stosując niższe stężenia leku i krótszy czas ekspozycji.
- Co najmniej raz na tydzień potrzebna jest konsultacja lekarza prowadzącego, który zna przebieg Twojej choroby. Powinien on ustalić terapię minutową i zalecić indywidualny schemat leczenia.
- Cygnolina zabarwia tkaniny na kolor fioletowo-brązowy, dlatego najlepiej wykonywać zabieg w łazience i nie zakładać żadnego ubrania przez okres wskazany w schemacie lub zakładać odzież specjalnie do tego przeznaczoną.

Preparaty dziegciowe

Dawniej stanowiły jeden z podstawowych miejscowo działających środków dermatologicznych. Ze względu na przykry zapach i trudny do usunięcia barwnik są obecnie znacznie mniej popularne. W większości nowoczesnych preparatów dziegciowych te niekorzystne właściwości zostały ograniczone do minimum. Dziegcie są lekami drugiego rzutu. Stosuje się je, gdy kuracja cygnoliną jest źle tolerowana przez pacjenta. Mają dość słabe działanie przeciwłuszczycowe i chętnie są kojarzone w leczeniu z preparatami sterydowymi i naświetlaniem promieniami UV. Do gotowych preparatów zaliczamy Delatar i Cociois (trudności w dostępności w aptekach).

Przy łuszczycy skóry owłosionej głowy szczególnie korzystne działanie mają leki dziegciowe w postaci szamponów.

Kortykosteroidy

Preparaty zawierające kortykosteroidy stosowane są w łuszczycy od dawna. Lekarze i pacjenci przyjęli tę grupę leków entuzjastycznie – były skuteczne, wygodne w użyciu, dawały szybką poprawę. Kortykosteroidy w terapii miejscowej są lekami o działaniu przeciwzapalnym, zmniejszającym stan zapalny i świąd. Niestety okazało się, że nieprawidłowe i długotrwałe stosowanie tych maści, bez kontroli lekarskiej niesie ze sobą szereg skutków ubocznych: zaniki skóry, rozstępy, przebarwienia i odbarwienia skóry, wtórne nadkażenia bakteryjne i wirusowe, a w przypadku łuszczycy szybkie nawroty, często o cechach trudnej do leczenia łuszczycy krostkowej. W efekcie więc, dochodzi do powstania lekooporności. Ponadto stosowane przewlekłe, na dużą powierzchnię wchłaniają się do krwiobiegu i mają wówczas działanie ogólne, które może być niebezpieczne dla zdrowia (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zaburzenia hormonalne, uszkodzenia układu kostnego). Niektórzy pacjenci obawiają się leczenia preparatami kortykosteroidowymi ze względu na istniejący pogląd o wywoływanych przez nie znaczących efektach ubocznych. Dotyczy to preparatów starszej generacji, aplikowanych niewłaściwie przez dłuższy okres. Obecnie dostępne są leki o ulepszonej budowie chemicznej, które zapewniają dużą siłę działania przy minimalnym ryzyku efektów ubocznych. Należy podkreślić, iż stosując je, można uzyskać bardzo dobry efekt leczenia łuszczycy, pod warunkiem jednak, że są przepisane przez lekarza (w zależności od wieku pacjenta i lokalizacji zmian chorobowych) i stosowane zgodnie z obecnie zalecanym, nowoczesnym sposobem dawkowania preparatów steroidowych. Do leczenia zmian łuszczycowych w obrębie owłosionej skóry głowy jest obecnie dostępny w aptekach silny miejscowy kortykosteroid w postaci szamponu – Clobex.

Wskazówki dotyczące leczenia miejscowego preparatami kortykosteroidowymi:

- Należy stosować nowoczesne preparaty sterydowe. Nie są one tanie, ale w końcu skórę ma się jedną na całe życie.
- Preparaty sterydowe różnią się siłą działania. Te najmocniejsze można stosować krótko (7-10 dni), jeden raz dziennie, a po uzyskaniu poprawy preparat należy zmienić na słabiej działający, który również stosujemy raz dziennie, natłuszczając w tym czasie skórę maścią obojętną. Druga metoda to pulsacyjne leczenie mocnym preparatem sterydowym w okresach zaostrzeń choroby, na zmianę z maścią sterydową o słabszej sile działania lub z substancjami obojętnymi, zwanymi potocznie bazami. Czas terapii musi być ograniczony. Decyduje o tym lekarz.
- Nie wolno aplikować mocnych maści sterydowych na skórę twarzy. Może nastąpić powikłanie w postaci pojawienia się grudek i krost oraz uszkodzenia delikatnych naczyń. Słabsze preparaty sterydowe o nowoczesnych podłożach mogą być zastosowane w terapii, ale przez krótki okres i pod ścisłą kontrolą lekarza.
- Nie wolno stosować silnych preparatów sterydowych w zgięciach stawowych (pachwiny, pachy), w obrębie fałdów skóry oraz w okolicach narządów płciowych, gdzie ze względu na specyficzne warunki i znacznie większe wchłanianie może dojść do zakażenia bakteryjnego lub grzybiczego. W tej lokalizacji można używać słabych maści sterydowych, najlepiej z dodatkiem antybiotyku lub preparatu grzybobójczego.
- Szczególną ostrożność należy zachować stosując sterydoterapię u dzieci, kobiet ciężarnych i matek karmiących.
- Przy długotrwałym stosowaniu preparatów sterydowych może dojść do zjawiska tachyfilaksji, tzn. wygasania wrażliwości na stosowany lek.

Siła działania maści sterydowych w podziale na grupy od najmocniejszych do najłagodniejszych z uwzględnieniem preparatów najczęściej stosowanych w Polsce:

- I grupa – Clobederm maść, krem; Dermovate maść, krem; Diprolene maść, krem
- II grupa – Diprosone maść; Elocom maść
- III grupa – Advantan krem; Cutivate maść; Diprosone krem
- IV grupa – Elocom krem, lotio; Flucinar maść; Polcortolon maść
- V grupa – Cutivate krem; Flucinar krem; Laticort maść, krem; Locoid krem; Lorinden maść
- VI grupa – Flucinar żel; Laticort lotio; Locoid lotio; Lorinden krem; Polcortolon krem
- VII grupa – Dexapolcort aerozol; Hydrocortison krem; Mecortolon krem

**Sterydy były, są i będą stosowane w leczeniu łuszczycy.
Nie należy się ich bać, ale trzeba stosować je z rozważą.**

Pochodne witaminy D3

Są nowoczesną grupą leków znajdującą zastosowanie w miejscowej terapii łuszczycy ograniczonej. Pierwszy analog witaminy D3 został wprowadzony do leczenia w latach osiemdziesiątych i jest jednym z najczęściej stosowanych środków leczniczych. Obecnie dostępne są dwa analogi: kalcipotriol (Daivonex) oraz takalcitol (Curatoderm). Normalizują one procesy rogowacenia naskórka i mają modulujący wpływ na funkcję limfocytów. Skuteczność tych preparatów jest porównywalna do skuteczności miejscowych kortykosteroidów, a zwiększyć siłę działania można poprzez zastosowanie opatrunku okluzyjnego lub stosując kalcipotriol rano, a silnie działające kortykosteroidy wieczorem. Obecnie mamy na rynku preparat, łączący ze sobą kalcipotriol z silnie działającym kortykosteroidem, który stosowany raz dziennie pozwala uzyskać lepsze efekty (informacja poniżej). Inną metodą jest zastosowanie preparatów kortykosteroidowych przez krótki okres czasu do 10 dni (ażeby spowodować szybką remisję), a następnie, w celu utrzymania poprawy, stosowanie kalcipotriolu lub jego skojarzenia z łagodnie działającą maścią kortykosteroidową. Takie sposoby leczenia dają możliwość zastosowanie tej terapii większości chorym, ponieważ zarówno kalcipotriol jak i takalcitol są dość drogie. Analogi witaminy D3 (np. kalcipotriol) są dostępne w Polsce w postaci maści, kremu lub roztworu. Są wygodne w stosowaniu: bezwonne, bezbarwne i nie brudzą odzieży. Stosowane według zaleceń lekarza są bezpieczne i wolne od ryzyka wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym stosowaniem leków sterydowych. U większości pacjentów powodują remisję choroby.

Połączenie pochodnej witaminy D3 i kortykosteroidu

Daivobet jest pierwszym i jedynym preparatem łączącym w sobie pochodną witaminy D3 – kalcioptriol i silny kortykosteroid (betametazon). Obie substancje aktywne w różny sposób regulują procesy zachodzące podczas powstawania zmian łuszczycowych. Jednoczesne zastosowanie dwóch mechanizmów działania pozwala uzyskać lepsze efekty terapeutyczne. Preparat powinien być nakładany raz dziennie i zapewnia szybki efekt oraz wysoką skuteczność. Większość pacjentów uzyskuje satysfakcjonującą poprawę już po czterech tygodniach leczenia. Odnotowuje się niewiele działań niepożądanych. W długotrwałych badaniach klinicznych preparat oceniono jako dobrze tolerowany. Ilość działań niepożądanych była podobna do tej, jaką obserwuje się po stosowaniu samego kalcioptriolu, z tą różnicą, że znacznie rzadziej występowały podrażnienia skóry. Terapia zalecana jest pacjentom z łagodną, umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy, zajmującą nie więcej niż 30 % powierzchni ciała. Daivobet dostępny jest w postaci maści. Wkrótce pojawi się nowa postać tego leku – żel dedykowany do leczenia zmian łuszczycowych zlokalizowanych na skórze owłosionej głowy.

Fototerapia łuszczycy

Zbawienny wpływ słońca na skórę jest znany od zawsze. Helioterapia jest najstarszą i nadal popularną metodą leczenia. Wykorzystano ten fakt do leczenia łuszczycy stosując naświetlania promieniami UVA i UVB, emitowanymi przez sztuczne źródło światła. Obecnie w zabiegach światłolecznictwa wykorzystujemy promieniowanie: UVB szerokie spektrum – 290-320 nm, UVB 311 nm, UVA szerokie spektrum – 320-400 nm. Najbardziej efektywną fototerapią jest promieniowanie UVB wąskim pasmem 311 nm. Stosujemy także fototerapię selektywną, wykorzystując naświetlania promieniami UVA i UVB (300-350 nm) oraz fotochemioterapię, czyli PUVA (naświetlanie UVA, z równoczesnym podawaniem ogólnym preparatów światłoczułych – psoralenów).

Fototerapia jest skuteczną i wygodną metodą leczenia łuszczycy zwyczajnej. Można ją łączyć z innymi metodami leczenia – cygnoliną, dziegciami, pochodnymi witaminy D3 oraz retinoidami podawanymi ogólnie. Naświetlanie przeprowadza się zazwyczaj co drugi dzień, a dawkę promieniowania ustala lekarz, oceniając typ skóry pacjenta i wykonując przed leczeniem próbę rumieniową. Najczęściej do uzyskania remisji wystarcza 16-20 naświetlań. Głównym powikłaniem przy naświetlaniach UVB są krótkotrwałe odczyny rumieniowe. Potencjalne ryzyko rozwoju nowotworów skóry jest znikome.

Kto powinien unikać tej metody leczenia?

- osoby z tzw. łuszczycą wtórną, czyli nasilającą się pod wpływem promieni słonecznych,
- osoby z innymi schorzeniami skóry prowokowanymi przez promienie słoneczne (np. toczeń rumieniowaty),
- osoby z dużą ilością znamion barwnikowych (ze względu na ryzyko wystąpienia czerniaka złośliwego, pojedyncze znamiona barwnikowe należy przed naświetlaniem osłonić preparatami fotoprotekcyjnymi),
- osoby z przewlekłymi ciężkimi schorzeniami układu krążenia, nerek, wątroby

Fotochemioterapia

Polega na ogólnym lub miejscowym stosowaniu preparatów światłouczulających z grupy psoralenów z następowym naświetlaniem promieniami ultrafioletowymi UVA.

Ta metoda leczenia, zaliczana do leczenia systemowego, jest uważana za najbezpieczniejszą formę terapii łuszczycy uogólnionej. Powszechnie uważana jest za metodę z wyboru, jeżeli leczenie miejscowe nie wystarcza do uzyskania remisji. Początkowe dawki UVA powinny być ustalone po wykonaniu próby świetlnej. Naświetlania przeprowadza się w odstępach 2-3 dniowych, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo przewlekłego uszkodzenia skóry i jej przyspieszonego starzenia się.

Przed leczeniem należy wykonać badanie enzymów wątrobowych, ewentualnie test ciążowy oraz badanie okulistyczne. W trakcie leczenia wykonujemy kontrolne badanie enzymów wątrobowych, a u kobiet zalecamy antykoncepcję.

Psoraleny zażywa się zwykle na 1-2 godziny przed naświetlaniem, zazwyczaj wraz z lekkim posiłkiem (lek jest wówczas lepiej tolerowany i absorbowany). Najczęściej obserwowanymi objawami ubocznymi są nudności, bóle brzucha i wymioty.

Przeciwwskazaniami do leczenia PUVA są:

- istniejąca lub planowana ciąża,
- zaćma,
- ciężkie uszkodzenie nerek lub wątroby,
- współistniejące schorzenia neurologiczne (padaczka),
- wiek poniżej 5 lat,
- przebyty nowotwór skóry,
- wcześniejsze leczenie promieniami jonizującymi,
- równoległe leczenie lekami immunosupresyjnymi,
- nadwrażliwość na psoraleny.

Osoby źle tolerujące psoraleny mogą być zakwalifikowane do leczenia fototerapią wąskozakresową.

Pamiętaj: Właściwie prowadzona fototerapia jest dobrą, wygodną i bezpieczną formą leczenia łuszczycy. Należy jednak pamiętać, że podobnie jak kąpiel słoneczna, naświetlanie powoduje wysuszenie i przedwczesne starzenie się skóry. Można temu częściowo zapobiec stosując, w okresie remisji dobre preparaty kosmetyczne.

Leczenie łuszczycy w okresie ciąży

Okres ciąży jest dla kobiety wyjątkowy, zarówno pod względem psychicznym, jak i zachodzących w jej organizmie przemian hormonalnych oraz immunologicznych, związanych z rozwojem płodu. Nie można jednoznacznie wypowiedzieć się o wpływie ciąży na przebieg łuszczycy. U części pacjentek występuje poprawa stanu skóry i zmniejszenie dolegliwości stawowych, u niektórych nie stwierdza się żadnych zmian w przebiegu choroby, natomiast niekiedy występuje uogólniona łuszczycza krostkowa. W tym czasie podjęte leczenie musi być przede wszystkim bezpieczne dla dziecka. Rozpoczęcie terapii zmian łuszczycowych jest uzależnione od nasilenia choroby oraz od okresu ciąży. W ciężkich przypadkach dopuszczalne jest leczenie ogólne pewnymi kortykosteroidami, ale po 12 tygodniu ciąży. Możliwe jest również leczenie uogólnionej łuszczycy naświetlaniami promieniami UVB. W przypadku zmian ograniczonych dozwolone jest miejscowe stosowanie słabych lub średnio silnych kortykosteroidów oraz pochodnych witaminy D3. W nieograniczonych ilościach we wszystkich postaciach łuszczycy i niezależnie od okresu ciąży można stosować emolienty.

Leczenie systemowe łuszczycy

Szczegółowe opisywanie metod stosowanych w leczeniu ogólnym łuszczycy przekracza zakres i cel tego poradnika. Leczenie takie przeprowadza się, gdy wyżej wymienione metody terapeutyczne nie są wystarczająco skuteczne. Lekarz powinien podjąć decyzję, czy wystarczy leczenie ambulatoryjne, czy też chory powinien być hospitalizowany. Powodem rozpoczęcia leczenia ogólnego jest brak poprawy po leczeniu miejscowym i fototerapii, wykorzystanie maksymalnej dawki promieniowania UV, uogólniona łuszczyca krostkowa, erytrodermia łuszczycowa, łuszczyca stawowa, łuszczyca uniemożliwiająca podjęcie określonej pracy i powodująca niekorzystny wpływ na jakość życia. Wskazaniem do leczenia ogólnego łuszczycy pospolitej są zmiany zajmujące co najmniej 25% powierzchni ciała.

Obecnie stosowanymi preparatami w leczeniu ogólnym łuszczycy są:

- retinoidy (Neotigason)
- metotreksat
- hydroksymocznik
- cyclosporyna A
- leki biologiczne
- estry kwasu fumarowego (Fumaderm) – lek nie jest zarejestrowany w Polsce

W niektórych przypadkach łuszczycy stosuje się antybiotyki (szczególnie jeżeli wysiewna postać łuszczycy związana jest z istniejącym wewnątrzustrojowym ogniskiem zakaźnym lub przebytą infekcją).

Należy pamiętać, że stosowanie leczenia ogólnego musi być prowadzone pod ścisłą kontrolą dermatologa i wymaga wykonywania okresowo badań laboratoryjnych ze względu na możliwość wystąpienia działań niepożądanych.

Leki biologiczne

W ciągu ostatnich lat poznanie immunologicznego podłoża łuszczycy, w której podstawową rolę odgrywają limfocyty T, doprowadziło do poszukiwania innego leczenia, które miałoby na celu działanie w kierunku tych limfocytów oraz reakcji wywoływanych przez ich aktywność. Stworzono nową grupę leków nazwanych lekami biologicznymi, które po latach badań zostały zakwalifikowane do leczenia łuszczycy, ponieważ udowodniono ich skuteczność kliniczną.

Leki biologiczne działają bezpośrednio na zjawiska, które prowadzą do pojawienia się choroby.

Mechanizm działania leków biologicznych jest wysoce specyficzny w porównaniu z dostępnymi do tej pory preparatami np.: cyklosporyną, metotreksatem, PUVA-terapią. Poprzez szereg badań z ich udziałem wykazano bardzo dobrą tolerancję, dużą skuteczność i bezpieczeństwo oraz minimalne ryzyko toksyczności. Uważa się, że leki biologiczne pozbawione są szeregu działań niepożądanych, jakie mogą wystąpić w przypadku stosowania innych metod systemowego leczenia. Najczęstsze działania niepożądane polegały na pojawieniu się odczynu zapalnego w miejscu iniekcji. Przy przewlekłym leczeniu istnieje ryzyko infekcji i rozwoju nowotworu złośliwego na skutek długiego działania immunosupresyjnego

W chwili obecnej zatwierdzone są do leczenia trzy grupy leków biologicznych:

- rekombinowane ludzkie cytokiny
- przeciwciała monoklonalne
- białka fuzyjne

Działanie tych leków polega na dokładnym umieszczeniu w samym środku celu (miejsca, gdzie rozpoczyna się proces chorobowy) „pocisku” niszczącego w sposób bardzo specyficzny i precyzyjny (omijając zdrowe komórki uczestniczące w procesie odpornościowym) komórki nieprawidłowe.

Ze względu na brak toksyczności w stosunku do narządów wewnętrznych, takich jak wątroba czy nerki, leczenie tego typu preparatami może być prowadzone przez dłuższy okres czasu.

Wydaje się, że nadszedł dobry czas dla dermatologów, którzy mogą dla pacjentów z łuszczycą trudno poddającą się leczeniu, zaproponować terapię nie tylko skuteczną, ale także bezpieczną.

Co kwalifikuje pacjenta do leczenia szpitalnego?

- Ciężka postać łuszczycy (krostkowa, erytrodermiczna, stawowa).
- Rozległe zmiany łuszczycowe, obejmujące ponad 25% powierzchni ciała.
- Powikłania po leczeniu ambulatoryjnym, uniemożliwiające dalsze leczenie w domu.
- Współistnienie chorób ogólnoustrojowych, które powinny być leczone w warunkach szpitalnych (cukrzyca, choroby serca, nadciśnienie, zapalenie stawów).
- Przypadki łuszczycy, w których po 4-tygodniowym leczeniu ambulatoryjnym nie ma poprawy.
- Łuszczyca ograniczająca codzienną aktywność chorego lub negatywnie wpływająca na jego psychikę.

Profilaktyka łuszczycy i pielęgnacja skóry w okresie choroby

Jeżeli dzięki skutecznemu leczeniu udało się nam uzyskać remisję choroby, należy dalszym postępowaniem sprawić, aby trwała ona jak najdłużej. Trzeba w tym miejscu powiedzieć jasno, że jest to dość specyficzny rodzaj profilaktyki. Pojęcie to oznacza użycie wszystkich możliwych środków w celu uniknięcia choroby. Tymczasem łuszczycę ma się w genach przez całe życie i dotychczas nie poznano wszystkich czynników „budzących” łuszczycowe geny i wyzwalających chorobę. W naszym ujęciu profilaktyka ma nieco inne znaczenie. Należy zadać sobie pytanie: co robić, aby stan bezobjawowy uzyskany po leczeniu podtrzymać jak najdłużej?

A zatem:

- Eliminować powszechnie znane czynniki mogące wyzwać proces łuszczycowy.
- Wyleczyć wszystkie ogniska zakaźne: chore zęby, przewlekłe zapalenia zatok, zapalenie pęcherzyka żółciowego, a u kobiet zapalenie przydatków.
- Zapobiegać w miarę możliwości ostrym chorobom infekcyjnym, a w razie zachorowania energicznie i skutecznie je leczyć.
- Unikać przyjmowania leków – prowokatorów łuszczycy.
- Unikać stresu. Tu niejeden czytelnik się uśmiechnie i zapyta: jak to jest możliwe w dzisiejszym świecie? Są z całą pewnością przykre zdarzenia, których nie sposób uniknąć. Jednak wiele jest sytuacji codziennych, które przy odrobinie dystansu do siebie i świata wcale nie muszą być przyczynami zdenerwowania i niepokoju. Jeśli uważasz, że nie radzisz sobie, nie zawahaj się zasięgnąć rady psychologa lub psychiatry. Za zasadne uważa się, w przypadkach, gdzie zdiagnozowano stres jako czynnik wyzwalający – jego usuwanie bądź ograniczanie. Często doświadczeni lekarze kojarzą leczenie farmakologiczne ze wsparciem psychologicznym. Różne są techniki psychoterapeutyczne: psychoterapia grupowa, indywidualna, medytacje, metody relaksacyjne itp. Należy także szukać kontaktu ze stowarzyszeniami chorych na łuszczycę a nawet z innymi chorymi ażeby opowiedzieć o swojej chorobie i swoich problemach..
- Właściwie pielęgnować skórę w okresie remisji. Twoja skóra jest trochę inna i różni się od skóry zdrowego człowieka. Na wszystkie drażniące, uszkadzające bodźce może reagować wysiewem zmian łuszczycowych. Ponadto, zwłaszcza po leczeniu, często jest nadmiernie wysuszona.

Co należy robić w takim przypadku?

Do kąpieli stosować preparaty natłuszczające, np. z olejem sojowym (gotowe preparaty do nabycia w aptekach), oraz co pewien czas (1-2 razy w tygodniu) kąpiele z dodatkiem soli (3-4 kg na wannę). Kąpiele solankowe mogą być stosowane naprzemiennie z maską siarczkową z Buska Zdroju dostępną w aptekach, zarówno w profilaktyce jak i leczeniu aktywnych zmian łuszczycowych.

Dieta łuszczykowa

Zasady prawidłowego odżywiania są chyba obecnie wszystkim znane. Należy jednak nadmienić, iż w okresie aktywnych zmian łuszczykowych trzeba wprowadzić pewne ograniczenia dietetyczne. Związane jest to nie tylko z wpływem diety na skórę, ale także z faktem, iż łuszczyca w swojej istocie jest chorobą ogólnoustrojową. Badania wykazały, że nawet u osób nie mających żadnych dolegliwości, a chorujących na łuszczycę, w okresie aktywnej choroby istnieje stan zapalny błony śluzowej żołądka. Ponadto u wielu chorych występują zaburzenia gospodarki tłuszczowej o profilu miażdżycorodnym – osoby chore na łuszczycę są niestety bardziej podatne na miażdżycę. Wynikają z tego dwa wnioski: w okresie zaostrzenia choroby dieta powinna być lekkostrawna, bez ostrych przypraw, alkoholu, kawy, natomiast przez całe życie należy unikać tłuszczów zwierzęcych, wieprzowiny i produktów zawierających cholesterol. Godne polecenia są natomiast ryby.



TAK



NIE

Stowarzyszenie Chorych na łuszczycę w Lublinie powstało i oficjalnie zostało zarejestrowane w Polsce w 1993 roku. Działalność swoją opiera na założeniach statutowych. Celem powołania tej organizacji było współdziałanie ze służbą zdrowia w zakresie szerzenia wiedzy o przyczynach i przebiegu choroby, o współczesnych metodach leczenia, zwłaszcza w warunkach domowych, współpraca ze stowarzyszeniami, których założeniem jest praca na rzecz ludzi chorych, a przede wszystkim integracja ludzi potrzebujących pomocy. Pod koniec 1993 roku rozpoczęliśmy cykliczne spotkania członków i sympatyków Stowarzyszenia, na których lekarze dermatolodzy wygłaszają prelekcje na tematy związane z łuszczycą. Wymieniamy własne doświadczenia poprzez omawianie swoich przypadków choroby i leczenia. Staramy się by nasi członkowie i sympatycy mieli pełne informacje na nurtujące ich pytania i problemy. Uczymy się po prostu żyć z łuszczycą, zwłaszcza, że w grupie jest to łatwiejsze niż w samotności. Na nasze spotkania zapraszamy przedstawicieli firm produkujących leki na łuszczycę, którzy omawiają i prezentują skuteczności oferowanych preparatów. Niektóre z firm wspomagały Stowarzyszenie finansowo. Zapraszamy i nawiązujemy kontakt z lekarzami różnych specjalności. Inną formą niesienia pomocy chorym są spotkania radiowe i telewizyjne, na których członkowie Zarządu mówią o celowości działania i formach pracy Stowarzyszenia. Mówimy o tolerancji i jej braku w naszym społeczeństwie. Tłumaczymy, że choroba nasza nie jest zakaźna, że należy do rodzaju schorzeń kosmetycznych, niegroźnych dla otoczenia. Otrzymujemy bardzo dużo listów z całego kraju, od osób dotkniętych chorobą z prośbą o pomoc i radę w leczeniu łuszczycy. Dzięki naszej akcji medialnej i wytężonej pracy spowodowaliśmy, że powstało szereg oddziałów Stowarzyszenia na terenie całego kraju. Jednym z pierwszych był oddział w Koninie, który ma zasięg działania na województwo wielkopolskie. Kolejne oddziały to Rzeszów, Białystok, Kielce, Olsztyn, Wrocław oraz ostatnio w Radomiu. Inną formą działalności Stowarzyszenia było zorganizowanie kilku turnusów sanatoryjnych w Nałęczowie dla członków stowarzyszenia i jego sympatyków. Od kwietnia tego roku funkcjonuje nasz telefon zaufania. W każdą środę tygodnia od godziny 15 do 17, dyżurują pod nr telefonu 081-532 91 90 lekarze dermatolodzy i psycholog, odpowiadając na pytania pacjentów z całej Polski.

Ambicją Stowarzyszenia Chorych na łuszczycę w Lublinie było zaistnienie na forum międzynarodowym i nawiązanie kontaktu z innymi państwami, w których funkcjonują podobne organizacje. Udało się to dzięki informacjom o istnieniu Stowarzyszenia zamieszczonych na stronie internetowej jednego ze sponsorów- firmy Schering AG. W czerwcu 2001 roku zaproszono przedstawiciela Zarządu Głównego Stowarzyszenia Chorych na łuszczycę w Lublinie na spotkanie plenerowe do Rzymu. Organizatorem sesji była Europejska Federacja Chorych na łuszczycę EUPOSO z siedzibą w Helsinkach. Delegatem z Polski był prezes Zarządu Głównego SCHnŁ w Lublinie. Celem zjazdu federacji był wybór władz EUPOSO, zmiany w statucie i przyjęcie nowych członków.

Teraz kilka informacji o EUROPESO. Federacja ta zrzesza 18 państw członkowskich z Unii Europejskiej. Powstała w 1988 roku w Rotterdamie. Krajami założycielskimi były: Belgia, Francja, Wielka Brytania, Niemcy i Holandia. Jednym z punktów programu było przyjęcie w poczet członków federacji państw spoza Unii Europejskiej. Do grona EUROPESO przyjęto jednogłośnie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę z Polski. Obecność prezesa na tym spotkaniu spowodowała nawiązanie kontaktów z innymi towarzystwami zagranicznymi oraz wymianę doświadczeń, mającą na celu pogłębienie wiedzy na temat leczenia łuszczycy i działalności organizacji społecznych tego rodzaju.

Stowarzyszenie nasze otrzymało główną nagrodę w prestiżowym konkursie organizowanym przez EUROPESO, a fundowaną przez farmaceutyczny koncern Biogen. Celem tego konkursu było przedstawienie nowości w leczeniu, a docelowo poprawienie poziomu życia chorych dotkniętych łuszczycą. Projekt, w którym proponujemy połączenie jednoczesnego leczenia dermatologicznego z psychoterapią został wybrany spośród dziewięciu innych, przedstawionych przez Stowarzyszenia z Wielkiej Brytanii, Szwecji, Danii, Włoch, Islandii, Finlandii, Belgii, Niemiec i Francji. Dzięki pozyskiwanym funduszom, przeprowadziliśmy szereg spotkań mających charakter psychologiczno-terapeutyczny dla wszystkich chętnych z naszego regionu.

W listopadzie 2007 roku przedstawiciel naszego Stowarzyszenia wziął udział w kolejnym spotkaniu sprawozdawczo-wyborczym EUROPESO. Dzięki temu mamy swojego przedstawiciela w nowo powołanym Komitecie ds. Opracowania projektu dotyczącego promowania wiedzy i badań na temat łuszczycy, ze szczególnym uwzględnieniem jakości życia i potrzeb pacjentów. Projekt ten będzie przedstawiony władzom Unii Europejskiej. Kolejny nasz przedstawiciel został wybrany do Komitetu ds. Stowarzyszeń w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, który powstał by wspomagać w sposób szczególny Stowarzyszenia w tych krajach.

Ważną decyzją podjętą na tym spotkaniu była decyzja o wspieraniu przez EUROPESO otwarcia Europejskiego Centrum Terapii Łuszczycy w Nicei. Od października 2007 roku Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę w Lublinie jest w szeregach organizacji o nazwie World Psoriasis Day (WPD). Dzięki zabiegom WPD dzień 29 października ogłoszony został światowym Dniem Chorych na Łuszczycę, do którego obchodów włączyło się nasze Stowarzyszenie. Przetłumaczyliśmy na język polski i podpisaliśmy petycję on-line, która została przekazana Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) by zwrócić uwagę światowej opinii publicznej na problem łuszczycy.

Opiekun medyczny
Dr n. med. Adam Borzęcki

Prezes Stowarzyszenia
Janusz Jagiełło

Zapraszamy do współpracy !!!!!

Kontakt z nami:

Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę Zarząd Główny w Lublinie

ul. Młyńska 14A
20-406 Lublin
tel. +48 81 523 90 90
e-mail: janusz1968@o2.pl
www.luszczycalublin.republika.pl

Pomorskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „FALA NADZIEI”

ul. Powstańców Warszawskich 1-2
80-152 Gdańsk
tel. +48 58 302 30 31 wew. 401
www.falanadziei.pl

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Psoriasis”

ul. Mąkowska 8
85-560 Bydgoszcz
tel. + 48 501 138 477 (biuro Stowarzyszenia - Ela Kujawka)
www.stowarzyszenie.luszczycyca.org.pl

Wielkopolskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Wychdź z cienia”

ul. Kuźnicza 10/6
60-241 Poznań
tel. +48 61 821 22 52
e-mail: luszczyca@op.pl
www.wyjdzzcienia.pl

Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Łuszczycę

ul. Legnicka 65
54-206 Wrocław
Beata Lenart – Prezes Stowarzyszenia
tel. + 48 661 805 567
e-mail: beatalenart1@op.pl
www.sektor3.wroclaw.pl

Więcej informacji na temat jak sobie radzić z łuszczycą znajdziesz na stronie:
www.psorinfo.pl

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a document template. There is no text or other markings on the page.

Miara Czubka Palca

Klucz do prawidłowego stosowania leków miejscowych



MCP to prosta, jednostkowa miara, informująca Cię ile kremu lub maści należy nałożyć na ognisko tłuszczycowe.

Oznacza ona dokładnie ilość kremu lub maści wyciśniętą z tubki na odcinku od czubka palca wskazującego do pierwszego zgięcia (patrz zdjęcie obok).

Jedna miara czubka palca odpowiada ilości równej 0,5g leku i wystarcza na pokrycie powierzchni odpowiadającej dwóm dłoniom dorosłej osoby.

O czym informuje nas MCP?

Dla zmian tłuszczycowych odpowiadających powierzchni dwóch dłoni:

15 g maści lub kremu = 30 aplikacji = 30* lub 15** dni terapii

20 g maści lub kremu = 40 aplikacji = 40* lub 20** dni terapii

30 g maści lub kremu = 60 aplikacji = 60* lub 30** dni terapii



* Dla preparatu zalecanego raz dziennie

** Dla preparatu zalecanego dwa razy dziennie

Powierzchnia skóry chorobowo zmienionej	Przeliczenie na powierzchnię dłoni	Dawka MCP
Dłoń i palce (przód i tył)	Ok. 2 dłonie dorosłego	1 MCP
Klatka piersiowa i brzuch	Ok. 14 dłoni dorosłego	7 MCP
Płecy i pośladki	Ok. 14 dłoni dorosłego	7 MCP
Twarz i szyja	Ok. 5 dłoni dorosłego	2,5 MCP
Ręka i dłoń	Ok. 8 dłoni dorosłego	4 MCP
Noga i stopa	Ok. 16 dłoni dorosłego	8 MCP



Jak się
czujesz
z łuszczycą?

Społeczne piętno związane z chorobą jest jednym z największych wyzwań dla pacjentów z łuszczycą.

Wstyd z powodu zmian na skórze uczynił z nich prawdziwych mistrzów w ukrywaniu własnego ciała.

Stosując właściwą terapię można szybko i skutecznie leczyć objawy choroby.

Łuszczycą jest chorobą przewlekłą i to, jak sobie z nią radzisz, ma wpływ na całe Twoje życie.

Poczuj się
lepiej
z łuszczycą

www.psorinfo.com



ul. Królowej Marysienki 13/11, 02-954 Warszawa
tel. (22) 550 60 34, fax (22) 550 60 35