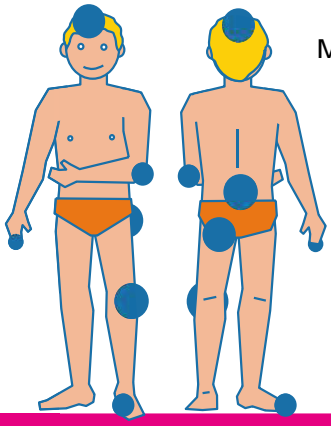
ŁUSZCZYCA

Praktyczne Porady dla Pacjenta na każdy dzień

dr n. med. Małgorzata Mazur
specjalista dermatolog i wenerolog



Diagnoza łuszczycy – co dalej?

Zapewne każdy z pacjentów, u których rozpoznano łuszczycę, chciałby uzyskać jak najwięcej informacji na temat choroby, zrozumieć jej charakter oraz poznać rokowanie. Mam nadzieję, że ta broszurka informacyjna, skierowana do pacjentów, pomoże im, w jak najprzystępniejszy sposób, uzyskać odpowiedzi na najczęściej stawiane pytania.

Praca z pacjentami chorymi na łuszczycę, pozwoliła mi poznać problemy, z którymi chorzy stykają się na co dzień. Mam nadzieję, że ta pozycja literaturowa okaże się pomocna w codziennym życiu chorych na łuszczycę.

dr n. med. Małgorzata Mazur

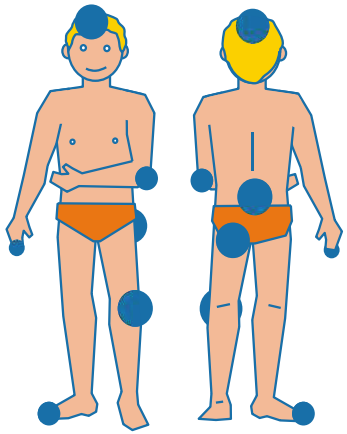
Czym jest łuszczyca?

Łuszczyca jest to **przewlekła, nawrotowa** choroba zapalna skóry, uwarunkowana genetycznie, dotycząca ok. **2–3% populacji**, przebiegająca z nadmierną proliferacją naskórka i zaburzeniami immunologicznymi, o charakterystycznej morfologii zmian (rumieniowo -grudkowe wykwity pokryte srebrzysto-szarą łuską).

Najbardziej charakterystyczną cechą łuszczycy, z którą choroba kojarzy się pacjentom i społeczeństwu, są widoczne srebrzystoszare łuski, pokrywające wyraźnie odgraniczone zmiany skórne, zlokalizowane w określonych miejscach na skórze gładkiej (najczęściej łokcie, kolana, okolica lędźwiowo-krzyżowa) i na owłosionej skórze głowy.

Te typowe zmiany skórne są częste, ale nie zawsze obecne.

Chcemy przedstawić Państwu kilka informacji na temat łuszczycy, jej przebiegu, postaci klinicznych, wpływu choroby na inne układy i narządy oraz przybliżyć aktualne możliwości leczenia.



psore (j. grecki) – łuska

Czynniki dziedziczne + czynniki wyzwalające + reakcje autoimmunologiczne = zwiększona proliferacja naskórka.

Choroba może pojawić się po raz pierwszy w każdym wieku.

Obraz kliniczny łuszczycy jest bardzo zmienny.

Kiedy pojawiła się łuszczyca?

Łuszczyca znana jest już **od czasów starożytnych.** Po raz pierwszy zmiany skórne opisywał **Hipokrates (460–377 r. p.n.e.)**, który użył terminu *„psore”*, co oznacza „świerzb, świąd”. Hipokrates zaliczył łuszczycę do chorób z grupy *lupoi*, które charakteryzowały się obecnością łuszczących się zmian skórnych.

Do grupy *lupoi* zaliczano również trąd, dlatego też łuszczyca przez długi okres czasu była utożsamiana z trądem.

1776 r. – *Joseph Jacob Plenck* jako pierwszy zalicza łuszczycę do chorób przebiegających z nadmiernym złuszczaniem.

1809 r. – *Roberta Willan* (uważany za twórcę współczesnej dermatologii brytyjskiej) opisuje łuszczycę, jako oddzielną jednostkę chorobową o nieznanej przyczynie.

1841 r. – *Ferdinand Hebra* używa określenia *„psoriasis”*, odróżniając łuszczycę od trądu, a jego opis kliniczny choroby obowiązuje do dnia dzisiejszego.

Duży wkład w wyjaśnienie przyczyny choroby miał ***Heinrich Koebner,*** który zauważył, ze zmiany skórne w łuszczycy pojawiają się częściej po infekcjach i urazach skóry. Określenie ***objawu Koebnera*** – czyli wysiewie zmian łuszczycowych w miejscu urazu, obowiązuje do dziś.

Przyczyna łuszczycy nie jest wciąż w pełni poznana.

Co powoduje łuszczycę?

Wiemy, że **predyspozycja genetyczna** odgrywa znaczną rolę, szczególnie, jeśli choroba pojawia się przed 40 rokiem życia. Ryzyko zachorowania na łuszczycę u dzieci zdrowych rodziców wynosi 1–2%, gdy choruje jeden rodzic – wzrasta do 10–20%, natomiast, gdy oboje rodzie chorują – ryzyko wzrasta aż do 50%.

Istnieją też inne czynniki, które odgrywają rolę w rozwoju choroby. Są to **nietypowe reakcje immunologiczne** oraz **zaburzenia rogowacenia skóry** – w łuszczycy obserwuje się 8-krotnie przyspieszone i nieprawidłowe złuszczanie naskórka.

Na uwagę zasługuje obserwowane w łuszczycy zjawisko zwiększonej **angiogenezy**, czyli występowania w obrębie zmian chorobowych poszerzonych, poskręcanych naczyń krwionośnych, w obrębie, których dodatkowo występuje zwiększona przepuszczalność, co objawia się nasilonym przechodzeniem komórek zapalnych z krwi do naskórka.

Najnowsze badania wskazują jednak na znaczącą rolę **mechanizmów immunologicznych** w etiopatogenezie łuszczycy. Za tym stanowiskiem przemawia obecność nacieków komórkowych, początkowo zlokalizowanych okołonaczyniowo, potem także w naskórku, złożonych głównie z limfocytów T oraz innych komórek zapalnych. Produkują one liczne substancje, które wywołują i nasilają stan zapalny, który jest bardzo istotny w rozwoju łuszczycy. **W oparciu o tę teorię łuszczycę niekiedy nazywa się chorobą aktywowanych limfocytów T.**

Według jednej z teorii kluczową rolę w etiopatogenezie łuszczycy pełni **czynnik martwicy nowotworów (TNF-α)**, który odpowiada za powstanie zmian zapalnych. Leki biologiczne, blokujące tę cząsteczkę, są z powodzeniem stosowane w terapii choroby (m.in. infliksimab, adalimumab, etanercept). Poza tą cytokiną zapalną wykazano znaczenie innych cząsteczek w rozwoju choroby, np. IL–12, 23, 17, których blokowanie jest również wykorzystywane w leczeniu ciężkich postaci choroby (np. ustekinumab – inhibitor IL12/23).

CZYNNIKI wewnątrzustrojowe	CZYNNIKI zewnętrzne
STOSOWANE LEKI Z INNYCH PRZYCZYN m.in.: - β–blokery, - sole litu, - leki przeciwmalaryczne, - niesteroidowe leki przeciwzapalne, glikokortykosteroidy, - substancje biologiczne, np. interferon.	FIZYCZNE uszkodzenie skóry poprzez, np.: - promieniowanie UV (oparzenia), - dermabrazję, - iniekcje, - zabiegi chirurgiczne, - szczepienia, - urazy, - ukąszenia, - tatuaże.
CZYNNIKI POKARMOWE: - wpływ diety, - alkoholu, papierosów.	CHEMICZNE np.: - oparzenia chemiczne, - źle tolerowane leki miejscowe.
CZYNNIKI PSYCHOGENNE: - stres.	INNE CHOROBY SKÓRY np.: - ospa wietrzna, - półpasiec, - trądzik, - kontaktowe zapalenie skóry.
CZYNNIKI HORMONALNE m.in.: - menopauza, - ciąża.	
INFEKCJE - bakteryjne – m.in.: (paciorkowce β–hemolizujące, gronkowce np. *Staphylococcus aureus,* inne – *Yersinia pseudotuberculosis, Mycobacterium tuberculosis),* - wirusowe – m.in. wirus HIV - grzybicze, - pasożytnicze – m.in. *Toxoplasma gondii.*	

TAB.1 Czynniki prowokujące wystąpienie łuszczycy.

Kto choruje na łuszczycę?

W Polsce choruje prawie milion osób. Ocenia się, że wśród wszystkich osób zgłaszających się po poradę do dermatologa, 6–8% cierpi na łuszczycę.

Najczęściej choroba występuje u rasy białej, w strefie umiarkowanej.

Największy odsetek chorych stwierdza się w krajach Europy Północnej – choruje 4,8% populacji norweskiej. Bardzo rzadko obserwuje się występowanie choroby u rasy czarnej, Japończyków i Chińczyków. U Eskimosów grenlandzkich jest schorzeniem praktycznie nieznanym.

Łuszczyca występuje jednakowo często u obu płci (choć u dzieci dwukrotnie częściej chorują dziewczynki). **W grupie osób młodych (poniżej 20 roku życia) częściej na łuszczycę zapada płeć żeńska.**

Kiedy rozpoczyna się choroba?

Choroba może pojawić się **w każdym wieku**, zarówno u noworodków, jak i u osób starszych. Jednak zapadalność na łuszczycę jest wyraźnie częstsza w dwóch grupach wiekowych. Pierwsza grupa to osoby młode (tzw. młodzi dorośli) między 18–22 rokiem życia, natomiast druga grupa to pacjenci starsi powyżej 50 roku życia.

U ok. 75% chorych choroba rozpoczyna się przed 40 rokiem życia.

W oparciu o czynniki genetyczne wyróżniono 2 typy łuszczycy:

- **typ I (ok. 75%) – o wczesnym początku choroby (tzw. młodzieńczy, dziedziczny)** – choroba pojawia się najczęściej przed 30 rokiem życia i cechuje się rodzinnym występowaniem, częstszymi nawrotami, cięższym przebiegiem.
- **typ II (ok. 25%) – o późnym początku choroby (tzw. sporadyczny, dorosłych)** – choroba pojawia się między 50–70 rokiem życia i cechuje się ujemnym wywiadem rodzinnym, stabilniejszym przebiegiem klinicznym, ograniczonymi zmianami skórnymi, częściej przebiega z zajęciem stawów i zniszczeniem paznokci.

Jaki jest przebieg choroby?

- **Choroba w ok. 2/3 przypadków ma przebieg łagodny**, natomiast u 1/3 chorych przybiera postać bardziej nasiloną.
- Łuszczyca pospolita może współistnieć z **łuszczycowym zapaleniem stawów**, co dotyczy ok. 5–30% chorych.

Rozpoznanie łuszczycy

- Nie ma pojedynczego testu ani badania umożliwiającego zdiagnozowanie łuszczycy. Najważniejszy jest obraz kliniczny z charakterystyczną lokalizacją i morfologią zmian chorobowych.
- Dodatkowo wskazany jest dokładny wywiad rodzinny, co do obecności chorób skóry w rodzinie oraz szczegółowe badanie przedmiotowe z oceną skóry i przydatków.
- Przy niejasnym obrazie klinicznym - pobiera się fragmentu skóry ze zmian chorobowych w celu dokładniejszej oceny pod mikroskopem (tzw. badanie histopatologiczne).

Obraz kliniczny i przebieg choroby

Łuszczyca pospolita *(Psoriasis vulgaris)* – najczęstsza postać łuszczycy.

- Lokalizacja zmian skórnych: łokcie, kolana, okolica krzyżowa, skóra owłosiona głowy.
- Charakterystyczne są blaszki łuszczycowe, pokryte srebrzysto – szarą łuską.
- W zależności od kształtu blaszek wyróżnia się kilka podtypów łuszczycy pospolitej, np. łuszczycę drobnogrudkową, obrączkowatą, geograficzną, linijną, itp.
- Zmiany chorobowe są wyraźnie odgraniczone od skóry zdrowej.

Ryc. 1 Blaszka łuszczycowa.

Zmiany paznokciowe w łuszczycy:

- **tzw. paznokcie naparstkowate** – drobne wgłębienia płytki paznokciowej,
- **tzw. plamy olejowe *(oil spot)*** – grudki łuszczycowe, przeświecające przez płytkę paznokciową, (pod postacią żółtobrunatnej plamy),
- **hiperkeratoza podpłytkowa i onycholiza** – pogrubienie, nadmierna kruchość płytek paznokciowych lub ich odwarstwienie od podłoża.

Zmiany chorobowe mogą dotyczyć pojedynczych płytek paznokciowych lub zajęte mogą być wszystkie paznokcie.

Ryc. 2. Naparstkowate wgłębienia płytki paznokciowej.

Czy łuszczyca zawsze się łuszczy?

Łuszczyca uogólniona *(Erythrodermia psoriatica)* – zlewne zapalenie skóry, do którego dochodzi samoistnie lub w wyniku zbyt agresywnego leczenia pacjenta. Ta postać charakteryzuje się ciężkim przebiegiem, z gorączką, złym samopoczuciem, dreszczami, powiększeniem węzłów chłonnych. Najczęściej wymaga hospitalizacji i intensywnego leczenia. Złuszczanie najczęściej jest mniej nasilone.

Łuszczyca odwrócona (wyprzeniowa) – w lokalizacjach wyprzeniowych, w których jest ciepło i wilgotno oraz występuje zwiększona możliwość ocierania (np. zagięcia łokciowe, kolanowe, okolice krocza, pach, fałdy brzuszne, okolice narządów płciowych, odbytu i skóra pod piersiami) może pojawić się stan zapalny, często sączący, z bardzo niewielkim złuszczaniem.

Łuszczyca krostkowa *(Psoriasis pustulosa)* – występuje rzadziej, **częściej spotykana jest u kobiet.** Początek choroby dotyczy najczęściej osób w późniejszym wieku i ma **silny związek z paleniem papierosów.** Charakterystycznym objawem są drobne wykwity krostkowe z treścią ropną, zlokalizowane na skórze zdrowej lub na podłożu rumieniowym. Treść wykwitów jest jałowa, nie ma natomiast związku z pierwotną infekcją bakteryjną. W zależności od postaci choroby zmiany mogą obejmować skórę całego ciała lub dotyczyć wyłącznie dłoni i stóp. Charakterystycznymi zmianami są wówczas krosty, którym towarzyszy mniej lub bardziej nasilone złuszczanie w zależności od postaci choroby.

Czy zmiany łuszczycowe mogą pojawić się w innych narządach?

Łuszczycowe zapalenie stawów (Psoriasis arthropathica) – ciężka odmiana łuszczycy, która może towarzyszyć zmianom skórnym. Choroba dotyczy 0,04–0,67% ogólnej populacji, a wśród chorych na łuszczycę dotyka ok. 6–42% pacjentów. Choroba zaliczana jest do **tzw. seronegatywnych spondyloartropatii,** które charakteryzują się ujemnymi odczynami serologicznymi na obecność czynnika reumatoidalnego (RF). **Początek choroby występuje najczęściej między 20 a 50** rokiem życia (wyjątkiem jest **tzw. postać młodzieńcza** rozwijająca się najczęściej między 9 a 12 rokiem życia). Najczęściej łuszczyca pospolita poprzedza wystąpienie dolegliwości bólowych stawów (ok. **68% przypadków**), jednak zmiany skórne mogą również pojawić się dopiero wiele lat po rozpoczęciu się choroby stawów, co ma miejsce w ok. 30% sytuacji klinicznych. **W obrazie klinicznym** choroby oprócz skórnych zmian łuszczycowych, występuje stan zapalny stawów – dolegliwości bólowe stawów, asymetryczne zapalenie, destrukcja stawów, zniekształcenia, niesprawność fizyczna, prowadząca nawet do inwalidztwa.

W przypadku łuszczycy stawowej nie obserwuje się istotnej korelacji między rozległością zmian skórnych a występowaniem zapalenia stawów. Bardzo często występują zmiany paznokciowe.

Ryc. 8. Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS).

Każdy pacjent może zadać sobie kilka pytań:

Czy mam objawy łuszczycowego zapalenia stawów?

- **Czy mam obrzęknięte, sztywne, bolesne stawy?**
- **Czy odczuwam ból np. w okolicy pięt lub odcinka lędźwiowego kręgosłupa?**
- **Czy odczuwam sztywność poranną trwającą powyżej 30 minut?**
- **Czy miałem kiedyś obrzęknięty palec, przypominający „kiełbaskę"?**
- **Czy występują u mnie zmiany dotyczące płytek paznokciowych?**

Jeśli odpowiedzi są twierdzące - należy skonsultować się z reumatologiem.

Jak zróżnicować nasilenie łuszczycy?

Choroba może mieć **bardzo różny przebieg** – u niektórych chorych stwierdza się kilka niewielkich ognisk (na łokciach, kolanach i skórze głowy), natomiast u innych możliwe jest zajęcie całej powierzchni skóry, wraz z paznokciami i dolegliwościami stawowymi.

Aby móc wybrać najlepszą opcję terapeutyczną ze wszystkich dostępnych rozwiązań, w zależności od różnego nasilenia stanu dermatologicznego, ustalono podział na „łagodne", „umiarkowane" i „ciężkie" postaci choroby.

Oznaczenie ciężkości choroby możliwe jest przy użyciu specjalnych, do tego opracowanych wskaźników (np. PASI – *Psoriasis Area Severity Index*; BSA – *Body Surface Area*).

Te i inne wskaźniki, oceniane będą w gabinetach dermatologicznych, przez lekarzy wyspecjalizowanych w leczeniu łuszczycy, aby dokładnie określić ciężkość choroby.

Dokładna ocena stanu skóry pacjenta umożliwia zalecenie odpowiedniej dla pacjenta terapii!

Ocena nasilenia łuszczycy

Nasilenie łuszczycy zależy nie tylko od **obrazu zmian skórnych**, ale również od **rozległości** zajęcia skóry pacjenta oraz od wpływu choroby na **jakość jego życia**.

1. **wskaźnik PASI (Psoriasis Area and Severity Index)** ocenia 3 elementy – rumień, grubość zmian skórnych, nasilenie złuszczania oraz powierzchnię skóry zajętej zmianami łuszczycowymi. Łuszczycę określa się jako umiarkowaną lub ciężką, jeżeli PASI wynosi ponad 10 punktów.

2. **wskaźnik BSA (Body Surface Area)** - procent powierzchni ciała zajętej zmianami łuszczycowymi (%). Jedna dłoń pacjenta przyłożona do skóry daje w przybliżeniu 1% powierzchni ciała. Łuszczycę uznaje się za umiarkowaną lub ciężką, jeżeli BSA wynosi ponad 10%.

3. **wskaźnik DLQI (Dermatology Life Quality Index)** - ocenia, jaki wpływ ma łuszczyca na życie codzienne pacjentów. Uważa się, że przy wyniku DLQI powyżej 10 punktów powinno się rozważać włączenie terapii układowej.

Zapytaj swojego lekarza o skale, dotyczące nasilenia łuszczycy – pełna ocena wskaże, jak twoja choroba powinna być traktowana (postać łagodna, umiarkowana, czy ciężka?)

Mity dotyczące łuszczycy

W społeczeństwie istnieją nieprawidłowe utarte poglądy na temat łuszczycy, które wynikają często z braku wiedzy na temat choroby. Edukacja pacjentów, ich rodzin, ale też wszystkich osób jest niezwykle istotna.

Ważne informacje:

- **Łuszczyca nie jest chorobą zakaźną i nie można się nią zarazić!**
- **Łuszczyca nie jest spowodowana nieprawidłową higieną!**
- **Łuszczyca nie jest chorobą całkowicie przemijającą!**

Jak łuszczyca się rozwija?

Po pierwszym wysiewie łuszczycy, zmiany chorobowe mogą pozostać widoczne przez całe życie pacjenta, jak również mogą ustąpić. Niestety jest to rzadkie, aby zmiany skórne pojawiły się tylko raz w życiu, a następnie całkowicie ustąpiły. Najczęściej objawy choroby powracają po kilku tygodniach lub miesiącach, lub jeszcze rzadziej – nawet po kilku latach.

Jeśli łuszczyca pojawia się w dzieciństwie,
to zwykle w późniejszych latach życia
jej przebieg jest cięższy,
w porównaniu do osób,
u których pojawia się w starszym wieku.

Dlatego też, gdy objawy choroby ustępują – bardziej właściwe użycie terminu **„remisja choroby”**, zamiast terminu „wyleczenie”. Lekarze często używają pojęcia „remisji choroby”, co oznacza ustąpienie jej objawów u chorego pacjenta.

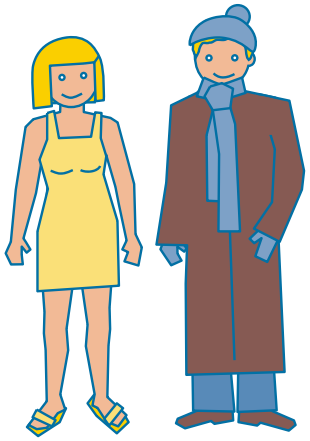
Niestety jak dotąd nie ma lekarstwa na łuszczycę, które całkowicie wyleczy z choroby, zarówno w zakresie konwencjonalnych, jak i alternatywnych metod leczenia, czy też nowych terapii biologicznych.

Leki potrafią wyciszyć, zredukować objawy choroby, doprowadzić do jej remisji, ale nie są w stanie całkowicie pacjenta uzdrowić.

Jaki wpływ mają pory roku i noszenie odzieży sezonowej na przebieg choroby?

Nie pal papierosów i nie spożywaj alkoholu!
Jeśli masz nadwagę – schudnij!
Jedz i żyj zdrowo!

Łuszczyca ma najczęściej tendencję do poprawy w okresach letnich, natomiast pogarszania się w okresie zimy. Nie jest to tylko zależne od wpływu słońca, sprzyja temu kilka innych czynników, m.in. rodzaj noszonej odzieży.



Najczęściej promieniowanie ultrafioletowe (UV) wpływa korzystnie na zmiany łuszczycowe, co ma zastosowanie też w leczeniu choroby. Jednakże, musimy pamiętać, że nie należy w sposób niekontrolowany korzystać ze słońca, gdyż w sytuacji oparzeń słonecznych może dojść do nasilenia choroby, co ma związek z uszkodzeniem naskórka.

Pacjent powinien zwracać uwagę na materiały, z których wykonane są noszone przez niego ubrania. Powinny być to miękkie tkaniny, które nie powodują pocierania skóry.

Również zmiany w „mikroklimacie powierzchni skóry”, spowodowane porami roku oraz rodzajem odzieży wydają się być ważne, ale nie są aktualnie w pełni poznane i zrozumiałe.

Jaki jest wpływ diety, alkoholu i palenia papierosów na łuszczycę?

Palenie papierosów oraz regularne spożywanie alkoholu może pogarszać przebieg łuszczycy.

Nie ustalono specjalnych diet dla chorych na łuszczycę. Wiadomo, iż **nienasycone kwasy tłuszczowe** mogą mieć korzystne działanie, ale stosowanie ich w dużych dawkach nie wykazało przekonywujących wyników.

Nadwaga wydaje się mieć negatywny wpływ na przebieg łuszczycy, natomiast dieta z ograniczeniem kalorii wydaje się mieć wpływ pozytywny.

Wszyscy pacjenci powinni zwracać uwagę na picie dużych ilości płynów.

Nie ma określonej diety na łuszczycę lub łuszczycowego zapalenia stawów. Eksperci sugerują zdrową, zbilansowaną dietę, która może obniżyć ryzyko wystąpienia chorób serca, cukrzycy i otyłości.

Pacjenci muszą mieć świadomość, iż zwiększony wskaźnik masy ciała (BMI) wiąże się z podwyższonym ryzykiem rozwoju łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów, jak również może prowadzić do nasilenia objawów choroby. Spadek masy ciała nie tylko łagodzi przebieg choroby, ale także wywiera korzystny wpływ na czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, zwiększone stężenie cholesterolu.

Należy spożywać:

- więcej owoców, warzyw, pełnoziarnistego pieczywa i chudego białka.

Należy unikać:

- przetworzonych produktów spożywczych,
- nasyconych tłuszczów tłuszczowych, czerwonego mięsa,
- niektóre badania sugerują również, że w diecie wskazane jest ograniczenie glutenu,
- ważne jest również ograniczenie spożycia alkoholu.

Produkty, które zmniejszają parametry stanu zapalnego, to:

- tłuste ryby morskie (sardynka, łosoś, makrela, śledź i tuńczyk)
- nasiona lnu i olej lniany, oliwa z oliwek, nasiona dyni, orzechy włoskie (roślinne źródła kwasów omega-3)
- świeże warzywa i owoce, w szczególności: marchew, dynia, szpinak, jarmuż i brokuły, jagody, mango, truskawki i figi

Duży udział w diecie warzyw i owoców zapewnia organizmowi dostrczanie związków o właściwościach przeciwutleniających (m.in. **witaminy C, A, E, ß-karotenu i flawonoidów**). Związki te zapobiegają niekorzystnym zmianom spowodowanym stresem oksydacyjnym, który odgrywa istotną rolę w patogenezie łuszczycy, prowadząc do powstawania wolnych rodników nasilających proces zapalny.

U pacjentów spożywających z dietą kwasy omega-3 stwierdzono mniejsze wartości wskaźnika oceny stopnia ciężkości łuszczycy PASI.

Często pacjenci z chorobami przewlekłymi poszukują alternatywnych sposobów leczenia w nadziei, że przyniosą one pożądany efekt. Niektórzy na przykład stosują dietę bezglutenową. Jednak dotychczas nie dowiedziono jednoznacznie skuteczności diety bezglutenowej w leczeniu łuszczycy. W niektórych analizach, zwrócono uwagę, że warto chorym na łuszczycę zaproponować dietę bezglutenową na okres 3 miesięcy.

Skonsultuj się z lekarzem przed wprowadzeniem jakichkolwiek zmian w diecie lub rozpoczęciu nowego sposobu odżywiania. Ważne, aby sposób żywienia przedyskutować z dietetykiem!

U osób palących tytoń, u których nikotyna wpływa na funkcjonowanie układu immunologicznego, wykazano zwiększone ryzyko łuszczycy.

Alkohol zwiększa produkcję cytokin prozapalnych, nasila produkcję wolnych rodników oraz stymuluje uwalnianie histaminy. Nadmierne spożycie alkoholu nasila zmiany skórne oraz pogarsza przebieg łuszczycy.

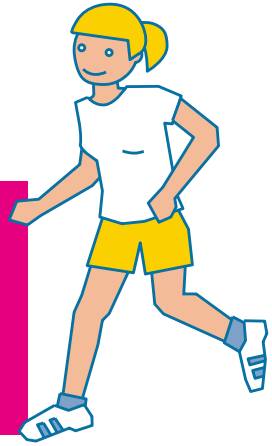
Jeśli po jego spożyciu obserwujesz zaostrzenie zmian łuszczycowych, powinieneś całkowicie wyeliminować go z diety!

WAŻNE!
Unikaj zatruć pokarmowych i stanów zapalnych, które przyczyniają się do nawrotu łuszczycy!

Czy aktywność fizyczna jest korzystna? Które rodzaje sportu są wskazane u chorych na łuszczycę?

Ćwiczenia są częścią zdrowego stylu życia.
Sport nie ma negatywnego wpływu na łuszczycę, a nawet obserwuje się pozytywny efekt dla pewnej grupy pacjentów. W pewnych okolicznościach jednak, np. podczas zranienia skóry, mogą pojawić się nowe zmiany łuszczycowe (zjawisko Köbnera).

Po takim otarciu, czy uszkodzeniu naskórka zmiany łuszczycowe pojawiają się najczęściej w ciągu 10–14 dni od urazu.



Sport jest korzystny,
ale należy unikać obrażeń!
Bez tarcia i bez zadrapań skóry.
UWAGA – gojenie ran może być upośledzone.

Generalnie – zdrowa dieta i styl życia są pomocne,
jak również pomagają zapobiegać chorobom układu krążenia.

Regularne ćwiczenia mogą pomóc w utrzymaniu dobrej kondycji z zachowaniem prawidłowej masy ciała, zmniejszeniem ryzyka chorób serca, zespołu metabolicznego, zmniejszeniem obciążenia stawów oraz złagodzeniem stresu emocjonalnego.

Ćwiczenia nie mogą być zbyt forsowane, wskazane są spacery, pływanie oraz ćwiczenia rozciągające (np. joga).

- **Najlepszym rozwiązaniem jest współpraca z fizykoterapeutą, który dostosuje listę ćwiczeń, najlepszych dla danego pacjenta.**
- **Porozmawiaj z lekarzem prowadzącym przed rozpoczęciem jakichkolwiek ćwiczeń!**

Łuszczyca a stan psychologiczny pacjentów. Jaki wpływ ma stres na łuszczycę?

Skóra i umysł są ze sobą ściśle powiązane.

Stres ma negatywny wpływ na przebieg łuszczycy
i nawet może wywołać wysiew zmian chorobowych.

Zmiany skórne mają bardzo różny wpływ na każdego pacjenta oraz na indywidualne poczucie własnej wartości. Niektórzy chorzy potrafią poradzić sobie z tą chorobą, podczas gdy inni znacznie cierpią z jej powodu.
Stres związany jest z brakiem akceptacji społecznej, dyskryminacją, ryzykiem utraty pracy, problemami finansowymi i obniżoną samooceną pacjentów nękanych przez wiele lat przewlekłą chorobą wypisaną na skórze.
Problem jest niezwykle istotny, ponieważ jak udowodniło wielu badaczy – to właśnie stres psychologiczny jest związany z wystąpieniem zmian chorobowych aż u **40–80%** chorych na łuszczycę.
Rodzi to swego rodzaju błędne koło, uniemożliwiające uzyskanie pełnej remisji bez wsparcia, a niekiedy leczenia psychologicznego pacjentów, nastawionego na poprawę radzenia sobie ze stresem.
Choroba zaburza relacje z innymi ludźmi, zarówno w sferze społecznej, rodzinnej, a także intymnej, a co istotne wpływa negatywnie również na funkcje seksualne (według jednego z badań – u 40,8% chorych choroba wpłynęła negatywnie na aktywność seksualną).

Łuszczyca znacząco wpływa na jakość życia pacjentów. Jest to porównywalne do chorób nowotworowych, chorób serca, cukrzycy, zapaleń stawów, czy depresji.

Powinno kłaść się nacisk na edukację społeczną, dotyczącą braku zakaźnego charakteru choroby!

Problem oceny wpływu łuszczycy na jakość życia pacjentów jest oceniany przy zastosowaniu specjalistycznych skal, m.in. ***Dermatology Life Quality Index*** **(DLQI).** Jest to kwestionariusz 10-pytaniowy, w którym pacjent odpowiada na pytania dotyczące codziennego funkcjonowania z ostatniego tygodnia. Jest szeroko stosowany w celu oceny wpływu też innych dermatoz, np. wyprysku, trądziku, atopowego zapalenia skóry, łysienia oraz łuszczycy na jakość życia chorych.

Skale jakości życia oceniają wpływ łuszczycy na codzienne funkcjonowanie pacjenta w aspekcie fizycznym, społecznym, psychologicznym i zawodowym.

Należy unikać sytuacji, które wywołują zdenerwowanie czy stres.

- **Każdy powinien znaleźć czas na chwile relaksu i odpoczynku.**
- **Warto robić rzeczy, które dają przyjemność i możliwość chwilowego zapomnienia o chorobie.**
- **Ważne są dobre relacje z przyjaciółmi, rodziną lub grupą wsparcia, z którymi można podzielić się swoimi rozterkami.**
- **Ważne jest, aby pacjenci potrafili poznać pierwsze objawy depresji, która czasami towarzyszy łuszczycy.**

Porozmawiaj ze swoim lekarzem, jeśli pojawiły się u ciebie objawy depresji!

Jak wpływają na łuszczycę zmiany hormonalne w okresie dojrzewania, ciąży, karmienia piersią, menopauzy, czy w okresie starzenia się organizmu?
Jaki wpływ na chorobę mają tabletki antykoncepcyjne?

Istnieją dwa szczyty zachorowania na łuszczycę – jeden u młodych dorosłych, a drugi w wieku ok. 55–60 lat. Może być to związane z wpływem hormonów na rozwój łuszczycy.

Jednak, ze względu na złożony charakter procesu chorobowego, obecnie wciąż nie jest w pełni wiadome, co pod względem hormonalnym ma wpływ korzystny, a co nie. To samo odnosi się do okresu ciąży, laktacji, menopauzy oraz stosowanych leków hormonalnych, w tym też tabletek antykoncepcyjnych.

Ok. 16% kobiet twierdzi, że łuszczyca pogarsza się w trakcie miesiączki.

Ok. 4% pacjentek zgłasza poprawę w trakcie miesiączki.

Łuszczyca najczęściej poprawia się w II połowie ciąży, ale u części pacjentek przebieg choroby jest gorszy w okresie ciąży.

Wykazano, iż łuszczyca ma gorszy przebieg u pacjentek, które stosują tabletki antykoncepcyjne i jednocześnie palą papierosy.

Sytuacje szczególne, a częste...

Ciąża i karmienie piersią.

Przed planowaniem zajścia w ciążę, warto porozmawiać ze swoim lekarzem o tym, jak radzić sobie z łuszczycą lub łuszczycowym zapaleniem stawów w tym szczególnym okresie.

U niektórych kobiet objawy poprawiają się w okresie ciąży, u innych objawy pogarszają się, stwarzając ryzyko dla prawidłowego przebiegu ciąży.

Może się to różnić u każdej osoby i dla każdej ciąży.

Porozmawiaj z lekarzem o możliwościach leczenia w czasie ciąży i karmienia.

Jaki wpływ maja inne choroby na przebieg łuszczycy?

Łuszczyca nie ma wpływu ochraniającego przed jakąkolwiek inną chorobą.

Niektóre choroby natomiast stwierdza się częściej w grupie chorych na łuszczycę – są to m.in.:

- zapalenie stawów (10–15 x częściej),
- choroba Leśniowskiego-Crohna (4x),
- choroby sercowo-naczyniowe (1,5 x),
- nadciśnienie i cukrzyca.

Atopowe zapalenie skóry oraz pokrzywka występują rzadziej u pacjentów z łuszczycą.

Dodatkowo inna choroba skóry może nasilać przebieg łuszczycy albo wpływać niekorzystnie na jej leczenie. U chorych na łuszczycę często stwierdza się **łojotokowe zapalenie skóry**, które często też stanowi problem w diagnostyce różnicowej, np. przy zajęciu skóry owłosionej głowy. Rozpoznanie tego współistnienia objawów klinicznych, jest niezwykle ważne, z uwagi na trudności i oporność stosowanego wówczas leczenia.

Infekcje skóry i atopowe zapalenie skóry występują rzadziej u chorych na łuszczycę.

Inne choroby skóry mogą być utrudniać leczenie łuszczycy.

Pogorszenie łuszczycy występuje w okresie miesiączki, a poprawa w czasie ciąży.

Które leki pogarszają łuszczycę?

Istnieją leki, stosowane z innych wskazań, które mogą spowodować, iż przebieg łuszczycy jest gorszy lub bardziej oporny.

Dlatego też leki takie powinny być u chorych na łuszczycę zastąpione lekami z innej grupy (jednak nie zawsze jest to możliwe).

W każdym przypadku ważne jest ustalenie, co jest dla pacjenta ważniejsze.

Łuszczyca, może pogorszyć się przy jednoczesnym stosowaniu **beta-blokerów** oraz **soli litu**.

Inne leki, które mają negatywny wpływ to: **inhibitory konwertazy angiotensyny, blokery kanału wapniowego, leki przeciwmalaryczne** oraz w rzadkich przypadkach **chinina** [TAB.1]

Poinformuj lekarza rodzinnego lub innego specjalistę, że chorujesz na łuszczycę.

Może będzie to miało wpływ na wybór przepisywanych przez lekarza leków.

Jakie inne czynniki wpływają na przebieg łuszczycy?

Już wiemy o negatywnych skutkach ostrego i przewlekłego stresu, a także podrażnień mechanicznych skóry. Oprócz tych czynników wyzwalających, istnieje kilka innych, np. **zakażenia i tzw. ogniska siejące**, np. zapalenie migdałków, zębów, nerek, pęcherzyka żółciowego lub każdy inny stan zapalny w organizmie chorego na łuszczycę.

Pamiętaj, aby regularnie odwiedzać stomatologa, laryngologa oraz ginekologa (kobiety) oraz leczyć wszystkie stany zapalne, które są w organizmie.

Jak rozpoznajemy łuszczycę?

Diagnoza choroby jest zwykle dokonywana na podstawie **badania fizykalnego i oceny stanu dermatologicznego**. Jeśli to nie wystarczy, może być pobrana mała próbka skóry (wycinek), w celu sprecyzowania diagnozy – oceniana jest wówczas pod mikroskopem **(badanie histopatologiczne)**.

Jeśli dolegliwości dotyczą stawów, należy wykonać dodatkowo badania laboratoryjne (z oceną m.in. czynnika reumatoidalnego, białka ostrej fazy – CRP) i obrazowe, np. RTG stawów, czy też nawet NMR oraz skierować pacjenta na konsultację reumatologiczną.

Współpraca dermatologa i reumatologa jest konieczna podczas leczenia pacjenta z łuszczycowym zapaleniem stawów.

Musisz regularnie odwiedzać obu specjalistów!

Jakie kryteria oceniają dermatolodzy przy wyborze sposobu leczenia łuszczycy?

Stałe, standardowe podejście do leczenia jest w przypadku łuszczycy bardzo złe.

Konieczne jest indywidualne podejście do każdego pacjenta chorego na łuszczycę.

Dokonanie wyboru, jakie leczenie powinno być zalecone w pierwszej kolejności powinno być przeprowadzone dopiero po analizie:

- historii choroby pacjenta,
- wcześniejszego leczenia,
- wieku, płci,
- rodzaju skóry,
- typu łuszczycy,
- współistnienia innych chorób,
- stresu,
- czynników środowiskowych,
- sytuacji życiowej pacjenta.

Następnie w zależności od powodzenia tej zaleconej terapii, podejmuje się decyzje, jak dalej pacjent powinien być leczony.

Nie należy liczyć na cud.
Tylko szarlatani składają obietnice bez potwierdzenia.

Pacjent musi zdawać sobie sprawę, że leczenie łuszczycy wymaga czasu, a często cierpliwość jest tym, czego potrzebujemy najbardziej w procesie leczniczym.

Która forma leczenia jest używana, w zależności od lokalizacji zmian łuszczycowych i ich nasilenia?

Wieloletnie doświadczenie kliniczne wskazuje na to, że określone terapie są zalecane dla niektórych typów łuszczycy oraz dla poszczególnych obszarów skóry.

Leczenie miejscowe powinno być używane tylko, gdy zmiany obejmują ograniczone obszary skóry.

Niektóre z terapii lokalnych działają dobrze nawet na bardziej rozległe zmiany skórne, ale taka terapia trwa dłużej i dlatego jest mniej praktyczna. Zaletą terapii zewnętrznych jest to, że leczone są tylko zmiany łuszczycowe, przez co negatywne skutki uboczne terapii są na ogół mniejsze niż w przypadku leków ogólnych.

Terapie ogólnoustrojowe (tabletki, zastrzyki) mają zastosowanie w ciężkich postaciach choroby.

Maści i kremy są stosowane w leczeniu zmian chorobowych zlokalizowanych na skórze gładkiej, natomiast produkty w postaci **płynów, zawiesin, szamponów,** czy **pianek** – są przeznaczone do leczenia obszarów owłosionych.

Należy zwracać uwagę na podłoża stosowanych preparatów, gdyż np. podłoża alkoholowe wysuszają skórę, przyczyniając się czasem nawet do pogorszenia jej stanu. Dlatego też roztwory wodne i od niedawna stosowane pianki oraz szampony są bardziej korzystne.

Leczenie miejscowe – dla ograniczonej postaci łuszczycy.

Leczenie systemowe – dla ciężkiej postaci choroby.

Maści i kremy – do skóry ciała.

Szampony, płyny, emulsje, lotiony, pianki – do owłosionej skóry głowy.

Nie ma stałych schematów, które są najlepsze w określonym momencie choroby.

Niniejsza broszura zawiera krótki przegląd niektórych zasad terapii, dzięki czemu pacjenci będą mogli omówić plan leczenia z prowadzącym dermatologiem.

Leczenie łuszczycy

Główne cele leczenia łuszczycy:

- skuteczne i bezpieczne ustępowanie zmian skórnych,
- redukcja objawów choroby i jak najdłuższe utrzymywanie remisji,
- poprawa jakości życia chorych,
- utrzymanie zdolności chorych do pracy zawodowej,
- prewencja wystąpienia chorób towarzyszących,
- dodatkowo przy łuszczycowym zapaleniu stawów - zmniejszenie obrzęku i dolegliwości bólowych stawów oraz zapobieganie trwałym ich uszkodzeniom.

Co każdy pacjent wiedzieć powinien.

- **Każdy pacjent, chorujący na łuszczycę, musi zrozumieć, iż jest to choroba przewlekła.**
- **Zalecone leczenie i zmiany w stylu życia mają na celu złagodzenie objawów choroby.**
- **Nie wszystkie metody terapii są tak samo skuteczne dla wszystkich pacjentów.**
- **Potrzeby terapii mogą się zmieniać w czasie.**

Każdy pacjent indywidualnie powinien zadać sobie kilka pytań i omówić to ze swoim lekarzem dermatologiem:

- **Co jest dla mnie celem leczenia?**
- **Czy ten cel jest realny do osiągnięcia?**
- **Kiedy chcę go osiągnąć?**
- **Czy rozumiem korzyści i ryzyko możliwych terapii?**

Jak dotąd ciągle nie ma idealnego leku działającego przyczynowo na łuszczycę. Dostępna jest szeroka gama preparatów do leczenia miejscowego, ogólnego, a także pacjenci mogą korzystać z leczenia zabiegowego, głównie fototerapii. Metody te umożliwiają kontrolowanie przebiegu choroby, czasowo zmniejszając, a nawet eliminując jej objawy.

Wiek XXI to tzw. nowa era leczenia łuszczycy, związana z wprowadzeniem terapii biologicznej, która daje pacjentom nadzieję na lepsze opanowanie schorzenia.

Każdy pacjent chorujący na łuszczycę wymaga traktowania w sposób indywidualny.

W leczeniu łuszczycy zastosowanie ma wiele preparatów zarówno do terapii miejscowej, jak i ogólnej.

Leczenie zewnętrzne

Pierwszym etapem w leczeniu łuszczycy jest usunięcie łuski z powierzchni zmian skórnych. W tym celu stosuje się specjalnie do tego przeznaczone preparaty.

Nie wolno drapać, ścierać, czy odrywać łusek z powierzchni zmian skórnych.

Usunięcie łusek jest szczególnie ważne dla późniejszej terapii miejscowej, ponieważ substancje czynne mogą wówczas lepiej wnikać w zmiany skórne – co za tym idzie – być bardziej skuteczne.

Zaleca się również pielęgnację skóry odpowiednimi preparatami – emolientami – które łagodzą podrażnienie, zaczerwienienie i swędzenie wywołane suchością skóry.

Pierwszy krok leczenia: usunięcie łuski.
Zaleca się założenie na skórę głowy czepka kąpielowego na 1/2–2 godziny po posmarowaniu preparatem z kwasem salicylowym – pomaga to dodatkowo usunąć łuski z powierzchni zmian.

Preparaty, stosowane na skórę głowy, oddziałują na nią jedynie przez pewien określony okres czasu (najczęściej od kilku minut do 2 godzin lub przez całą noc) – w zależności od produktu. Następnie są zmywane odpowiednimi specjalistycznymi szamponami. W mniej poważnych przypadkach wykorzystuje się działanie lecznicze stosowanych szamponów, które generalnie są łatwiejsze w użyciu od innych produktów.

- **Preparaty kwasu salicylowego** (najczęściej stężenia 2–5–10%) – stosowane w początkowym okresie leczenia w celu usunięcia łusek z powierzchni zmian chorobowych. Inne substancje o tym działaniu to np. **mocznik** (3–12 %), **kwas glikolowy** (2–5%).
- **Pochodne ditranolu (antralina, cygnolina)** – skuteczne preparaty do redukcji zmian łuszczycowych, stosowane w **tzw. terapii minutowej** (nakłada się na zmiany chorobowe na kilka – kilkadziesiąt minut, rozpoczynając od najniższych stężeń leczniczych). Cygnolina była z powodzeniem stosowana w terapii łuszczycy już od 1916 roku. Jednak preparat ma swoje działania niepożądane – podczas stosowania farbuje materiały, pościel, odzież i tworzywa sztuczne, a co najważniejsze może powodować poważne podrażnienia skóry (nawet po 1–2 dniach stosowania). Dlatego też początkowo preparaty były stosowane jedynie podczas leczenia szpitalnego. Sytuacja zmieniła się, gdy wprowadzono terapie krótkoterminowe lub minutowe, podczas których stężenie i czas trwania aplikacji leku zwiększane są stopniowo podczas planu terapeutycznego. **Pacjenci, którzy poznają zasady stosowania cygnoliny mogą leczyć się sami w domu.**
- **Glikokortykosteroidy** – poprawiają objawy łuszczycy znacznie szybciej niż inne metody leczenia, z uwagi na silne działanie przeciwzapalne. **Jednym z kortykosteroidów jest propionian klobetazolu.** Jest skuteczny w leczeniu łuszczycy i może być wygodnie stosowany na skórę głowy. Po zakończeniu leczenia preparaty steroidowe te są często przepisywane do utrzymania efektów leczenia (np. podczas terapii weekendo-

wych) i / lub do całkowitego ustąpienia zmian łuszczycowych. Glikokortykosteroidy miejscowe są stosowane w leczeniu:
- przerywanym,
- naprzemiennym z innymi lekami miejscowymi,
- okluzyjnym – w przypadkach zmian przerosłych typu łuszczycy zadawnionej.

- **Pochodne witaminy D3** – wykorzystywane w łuszczycy z uwagi na ich działanie antyproliferacyjne, immunomodulujące i przeciwzapalne. **Leki są skuteczne w bardzo małych dawkach, ale poprawa ustępowania zmian łuszczycowych jest powolna.** Produkty te są zatem często stosowane w połączeniu z lekami o szybszym działaniu (np. miejscowymi kortykosteroidami). Preparaty te stosuje się przez okres ok. 6–8 tygodni, według zasad określanych przez producenta – na ograniczonych powierzchniach, z uwagi na ryzyko wystąpienia hiperkalcemii.
- **Tazaroten** – jest jedynym retinoidem (**pochodną witaminy A**), do leczenia łuszczycy, który stosuje się miejscowo w postaci żelu. Jego efekt często musi być wzmocniony poprzez połączenie go z innymi lekami. (np. glikokortykosteroidami). Nie wolno stosować preparatu w okresie ciąży lub podczas karmienia piersią. Uwaga na działanie drażniące!
- **Dziegcie** – pochodne smoły węglowej w stężeniu od 2 do 5 % były często stosowane w przeszłości. Preparaty te miały nieprzyjemny zapach. Z uwagi na możliwe działania rakotwórcze, nie są aktualnie zalecane do leczenia zewnętrznego. **Aktualnie dostępne są jedynie szampony z zawartością dziegci, które są wykorzystywane z powodzeniem w leczeniu zmian na skórze głowy.**

Szybki efekt terapii można uzyskać miejscowymi kortykosteroidami.

Propionian klobetazolu jest wygodnym i skutecznym preparatem do leczenia łuszczycy skóry głowy.

Witamina D3 działa powoli. Nie należy używać jej do leczenia > 30% powierzchni ciała.

Ditranol jest starą, bardzo skuteczną metodą leczenia, ale jest niewygodny w użyciu.

Fototerapia, opalanie, promieniowanie laserowe, zabiegi spa i terapia klimatyczna

Helioterapia (naturalne opalanie) jest korzystna w leczeniu łuszczycy. Jednakże, z uwagi na działania niepożądane promieniowania słonecznego i ryzyko wywołania zmian skórnych (w tym nowotworów skóry), nie należy go nadużywać.

Powszechnie w leczeniu łuszczycy stosuje się sztuczne źródła promieniowania. Oznacza to, że pacjent jest narażony wówczas jedynie na zakres długości fali i dawkę promieniowania, które ma optymalny wpływ na łuszczycę. Zmniejsza to ryzyko podrażnień i w przyszłości zachorowania na nowotwory skóry. Mechanizm działania fototerapii nie został do końca wyjaśniony.

Typy fototerapii, które mają zastosowanie w łuszczycy:
- **fototerapia UVB** (wąski zakres UVB o długości fali 311 nm – tzw. *narrow – band UVB*, szeroki zakres UVB – tzw. *broad – band UVB* 280–320 nm, selektywna fototerapia UVB – tzw. *SUP*) [16, 121].
- **fotochemioterapia** – tzw. PUVA (przed naświetlaniem przyjmuje się lek z grupy psolarenów, które uwrażliwiają na promieniowanie UV, a następnie naświetla promieniowaniem UVA o długości fali 320–400 nm).

Fototerapia UVB w leczeniu szpitalnym stosowana jest 5 razy w tygodniu, w trybie ambulatoryjnym 3x w tygodniu. Podczas fototerapii UVB należy pamiętać o ochronie oczu (okulary), osłonie zewnętrznych narządów płciowych u mężczyzn oraz o odpowiedniej pielęgnacji leczonej skóry, która nie może być sucha – zaleca się stosowanie emolientów.

PUVA – terapia natomiast wymaga kwalifikacji pacjenta – należy wykonać podstawowe **badania laboratoryjne krwi** z oceną czynności wątroby, a także przeprowadzić **konsultację okulistyczną,** w celu wykluczenia przeciwwskazań do leczenia. Należy pamiętać o stosowaniu okularów przeciwsłonecznych przez cały okres leczenia. Psoraleny można stosować w dawkach doustnych: 8–metoksypsoralen (8–MOP) lub 5–metoksypsoralen (5–MOP), a także metodą zewnętrzną w postaci: ***PUVA – bath*** (kąpiel na 10–20 minut bezpośrednio przed naświetlaniem lub ***PUVA – soak*** (tzw. namaczanie) w łuszczycy ograniczonej do dłoni i stóp. Podczas PUVA – terapii mogą wystąpić działania niepożądane:
ostre – nudności, wymioty, złe samopoczucie, bezsenność, oparzenia,
odległe – przyspieszone starzenie skóry, wzrost ryzyka nowotworów skóry (głównie raka kolczystokomórkowego).

Lasery nie są cudowną bronią przeciwko łuszczycy. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że lasery mogą być alternatywą dla innych metod leczenia. Jednak jest jeszcze zbyt wcześnie, aby móc porównać ich działanie z innymi metodami leczenia.

Zabiegi spa oraz terapia klimatyczna mogą korzystnie wpłynąć na zmiany skórne, również poprzez redukcję stresu podczas odpoczynku. **Zabiegi w rejonie Morza Martwego są szczególnie skuteczne.** Leczenie nad Morzem Martwym umożliwia osiągnięcie do 80% poprawy stanu skóry aż u 88% pacjentów, a remisje po takim 4–6 tygodniowym leczeniu sięgają nawet do 6 miesięcy, natomiast nawroty choroby są łagodniejsze. Jednakże istnieją również ośrodki sanatoryjne w kraju, których wyniki terapii są korzystne. Wśród zabiegów fizykoterapeutycznych zastosowanie mają *helioterapia i balneoterapia,* które łączą korzystny wpływ promieniowania słonecznego i kąpieli w wodzie morskiej lub naturalnych wodach mineralnych (np. **siarczkowo-siarkowodorowych**, czy też ***solankowych***).

KĄPIELE SOLANKOWE – w temperaturze 36–38˚C przez 10–15 minut, przy 4–6% stężeniu soli.

KĄPIELE SIARCZKOWO-SIARKOWODOROWE w temperaturze 35–37 ˚C przez 10–15 minut, wykonywane co drugi dzień, w seriach ok. 15 kąpieli.

U pacjentów chorych na łuszczycowe zapalenie stawów stosuje się dodatkowo zabiegi kinezyterapeutyczne (ćwiczenia usprawniające), fizjoterapeutyczne oraz psychoterapeutyczne (prowadzące do relaksacji mięśniowo-psychicznej), m.in.

- *termoterapię* (zarówno *ciepłolecznictwo* – np. zabiegi parafinowe, naświetlanie promieniowaniem podczerwonym (IR), jak i *krioterapię miejscową i ogólną* z wykorzystaniem par ciekłego azotu),
- *biostymulację laserową,*
- *ultradźwięki,*
- *elektroterapię (jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne),*
- *magnetoterapię – impulsowe pole magnetyczne*
- *masaż klasyczny mięśni.*

Najlepiej jest porozmawiać z lekarzem o tym, które zabiegi spa mają sens.

Słońce

- W większości przypadków słońce działa korzystnie.
- U niektórych chorych promienie słoneczne mogą jednak zaostrzać łuszczycę.
- Groźne może być oparzenie słoneczne, które może indukować wysiew grudek łuszczycowych (objaw Koebnera).

Leczenie ogólne w łuszczycy stosuje się w przypadku:
- nasilonych zmian chorobowych,
- ciężkiego przebiegu choroby,
- w sytuacji braku efektów terapii miejscowej.

Leczenie ogólne

Leczenie ogólnoustrojowe oznacza połknięcie tabletek lub wstrzykiwanie leków, które oddziałują na cały organizm w bardzo różny sposób.

Łuszczyca jest ostatecznie postrzegana jako choroba autoimmunologiczna, dlatego w leczeniu stosuje się leki osłabiające układ odpornościowy.

Efekt leczenia pojawia się często dopiero po kilku tygodniach terapii, a leczenie trwa zazwyczaj kilka miesięcy. Trzeba mieć świadomość , że negatywne skutki terapii mogą być większe niż przy stosowaniu jedynie leczenia miejscowego. Dlatego ważne jest, aby mieć wykonywane częste kontrolne badania krwi w celu monitorowania leczenia i dostosowania dawki, szczególnie, jeśli zaobserwuje się działania niepożądane (np. zaburzoną czynność wątroby lub nerek).

Lekarz powinien omówić z pacjentem zasady prowadzonej terapii, przedstawić plan leczenia oraz wybrać optymalną metodę.

- **Retinoidy (np arytrecyna)** – syntetyczne pochodne witaminy A, które normalizują proces rogowacenia naskórka. **Zalecane są w leczeniu: łuszczycy krostkowej, ciężkich postaci łuszczycy zwykłej, erytrodermii łuszczycowej oraz łuszczycy stawowej.** Początek działania leku jest powolny. Leczenie musi być prowadzone pod kontrolą lekarza z uwagi na ryzyko działań niepożądanych. Podczas terapii często obserwuje się suchość warg, błon śluzowych, świąd, złuszczanie naskórka dłoni i stóp, kruchość płytek paznokciowych, wypadanie włosów, wzrost poziomu aminotransferaz wątrobowych, bilirubiny, glukozy, cholesterolu i trójglicerydów. **Bardzo istotnym działaniem niepożądanym retinoidów jest ich teratogenność**, dlatego leki te są bezwzględnie przeciwwskazane u kobiet w ciąży, natomiast u kobiet w wieku rozrodczym przed włączeniem leczenia należy wykluczyć ciążę oraz stosować skuteczną antykoncepcję w trakcie leczenia i jeszcze 2 lata po zakończeniu terapii.

Pamiętaj – retinoidy są teratogenne!
Uszkadzają płód w łonie matki!

- **Metotreksat (MTX)** – zalecany jest w ciężkich postaciach łuszczycy pospolitej, najczęściej jednak w sytuacji rozpoznania łuszczycy stawowej. Metotreksat jest stosowany od 1958 do ogólnoustrojowego leczenia łuszczycy. Jest antagonistą kwasu foliowego, redukuje nasiloną proliferację keratynocytów. Poza tym działa przeciwzapalnie poprzez wpływ na profil cytokin, limfocytów T i granulocytów wielojądrzastych. Jednoczesne stosowanie kwasu foliowego ochrania przed wystąpieniem działań niepożądanych MTX. Nudności, zmęczenie, bóle głowy i bóle żołądkowo-jelitowe zwykle tylko częściej pojawiają się na początku terapii. Podczas leczenia musimy pamiętać, iż inne leki oraz alkohol mogą nasilić działania niepożądane.

Preparat przyjmuje się raz w tygodniu doustnie lub podskórnie w postaci iniekcji. Z uwagi na możliwe liczne działania niepożądane podczas leczenia należy monitorować czynność wątroby, nerek, morfologię krwi oraz stosować skuteczną antykoncepcję. Pacjent przed rozpoczęciem leczenia powinien mieć wykonane kontrolne badania kwalifikujące, aby sprawdzić, czy możliwa jest u niego terapia MTX.

Pamiętaj – Metotreksat stosuje się 1 raz w tygodniu.
Nie pomyl się w przyjmowaniu leku!

- **Cyklosporyna A (CsA)** – preparat obniża reakcje obronne organizmu m.in. poprzez hamowanie działania limfocytów T oraz produkcji cytokin prozapalnych. Jest stosowana w medycynie transplantacyjnej, aby zapobiec odrzuceniu przeszczepu. Działanie leku jest wykorzystywane w wielu innych chorobach autoimmunologicznych, m.in. w łuszczycy, jednak wówczas dużo niższe dawki są wystarczające. **Podczas leczenia może pojawić się pogorszenie czynności nerek oraz nadciśnienie tętnicze (dlatego te parametry muszą być regularnie kontrolowane).** W krótkim okresie stosowania leku mogą pojawić się infekcje o cięższym przebiegu, a w dłuższej perspektywie istnieje ryzyko rozwoju nowotworów. Po zakończeniu leczenia u chorych często obserwuje się szybkie nawroty zmian chorobowych. Podczas leczenia należy monitorować czynność nerek, morfologię krwi, próby wątrobowe oraz wartości ciśnienia tętniczego. Wskazania do przerwania leczenia: wystąpienie i utrzymywanie się podwyższonego poziomu kreatyniny pow. 30% wartości wyjściowej, a także wystąpienie nadciśnienia tętniczego nie poddającego się leczeniu. Pacjent przed rozpoczęciem leczenia powinien mieć wykonane kontrolne badania kwalifikujące, aby sprawdzić, czy możliwa jest u niego terapia cyklosporyną.

LEKI BIOLOGICZNE W ŁUSZCZYCY

To najnowsza grupa leków stosowanych w leczeniu średnio ciężkiej i ciężkiej łuszczycy, w sytuacji gdy inne metody leczenia nie były skuteczne lub możliwe do stosowania.

Są to białka, pochodzące z żywych komórek lub tworzone z zastosowaniem metod rekombinacji genetycznej DNA, które mają zdolność naśladowania funkcji naturalnych białek organizmu. Leki te

w łuszczycy mają ukierunkowane działanie na wybiórcze obniżenie odpowiedzi immunologicznej, tzn. leki blokujące TNF-alfa obniżają działanie tej cytokiny, ustekinumab hamuje działanie IL-12 i IL-23, natomiast np. secukinumab hamuje IL-17.

Problemem z tymi lekami, wiąże się z kilkoma czynnikami - mianowicie: leki te zwiększają ryzyko infekcji, są niezwykle kosztowne i muszą być podawane drogą iniekcji lub infuzji. Przed włączeniem do terapii pacjent musi przejść szer badań kwalifikujących go do leczenia biologicznego, np. RTG klatki piersiowej, Quantiferon TB Gold test, morfologię krwi, OB, badanie moczu, ASO, ALT, AST, poziom bilirubiny, poziom kreatyniny, białko ostrej fazy (CRP), przeciwciała przeciwjądrowe ANA, wykluczenie czynnych ognisk utajonego zakażenia, wykluczenie defektu immunologicznego i choroby nowotworowej.

Leczenie biologiczne, w ramach programów terapeutycznych, prowadzone jest w specjalistycznych ośrodkach leczenia łuszczycy w Polsce.

Preparaty biologiczne mogą mieść różne działania niepożądane, m.in. objawy grypopodobne, reakcje w miejscu iniekcji, reakcje związane z wlewem dożylnym (infliximab), infekcje oportunistyczne (np. listerioza, histoplazmoza), sepsa, uaktywnienie ognisk gruźliczych, wzrost zachorowania na chłoniaki, rozwój lub pogorszenie choroby demielinizacyjnej, a także zwiększone ryzyko rozwoju chorób z autoagresji. Działania niepożądane występują stosunkowo rzadko. Należy jednak zachować rozwagę w ich stosowaniu, ponieważ leki te wprowadzone zostały stosunkowo niedawno, dlatego też nie są znane odległe w czasie następstwa ich stosowania. Dawkowanie leków jest różne i przebiega w ściśle określonych schematach w zależności od preparatu. Istotną zaletą terapii biologicznej jest również to, że leki nie muszą być podawane codziennie.

Leki biologiczne dostępne w Polsce i stosowane w łuszczycy to:

Adalimumab – to monoklonalne przeciwciało przeciw czynnikowi martwicy nowotworów alfa (TNF-a) o działaniu przeciwzapalnym do podawania podskórnego. Lek stosowany jest w leczeniu łuszczycy, łuszczycowego zapalenia stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów i choroby Crohna.

Infliksymab – to chimeryczne, ludzko-mysie przeciwciało przeciw TNF-a o działaniu przeciwzapalnym, do podawania dożylnego. Jest stosowany w podobnych wskazaniach co adalimumab.

Etanercept – to białko powstałe na drodze rekombinacji receptora dla ludzkiego TNF-a o działaniu przeciwzapalnym do podawania podskórnego. Etanercept jest zarejestrowany do stosowania u dzieci powyżej 6 roku życia. Lek stosowany jest w leczeniu łuszczycy, łuszczycowego zapalenia stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) i zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK).

Ustekinumab – to przeciwciało monoklonalne hamujące aktywność dwóch cytokin prozapalnych – interleukiny 12 i 23 o działaniu przeciwzapalnym, do podawania podskórnego. Lek stosowany jest w leczeniu łuszczycy, łuszczycowego zapalenia stawów i choroby Crohna.

Sekukinumab – to ludzkie przeciwciało monoklonalne hamujące aktywność interleukiny 17A (IL-17A) o działaniu przeciwzapalnym, do podawania podskórnego. Lek stosowany jest w leczeniu łuszczycy, łuszczycowego zapalenia stawów i zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK).

Iksekizumab – to humanizowane, rekombinowane przeciwciało monoklonalne przeciw IL-17A o działaniu przeciwzapalnym, do stosowania podskórnego. Lek stosowany jest w leczeniu łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów.

Informacje o programach lekowych, stosowanych w leczeniu umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, można znaleźć na stronie https://www.gov.pl/zdrowie/programy-lekowe .

Informacje o placówkach realizujących program w poszczególnych województwach można znaleźć m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Dodatkowe metody leczenia

- **Włączenie antybiotykoterapii** w przypadku łuszczycy wysiewnej, związanej z infekcją.
- **Dieta** – oparta na nienasyconych kwasach tłuszczowych (olej rybi, oliwa z oliwek), warzywach, owocach, z unikaniem tłuszczów zwierzęcych, nadmiernej podaży białka, ostrych przypraw, czy używek – np. alkoholu.
- **Leczenie sanatoryjne** – zalecane w celu podtrzymania efektów terapii.
- **Rehabilitacja w łuszczycy stawowej.**

Prawidłowa pielęgnacja skóry

U pacjentów chorych na łuszczycę obserwuje się nieprawidłowo przebiegający proces rogowacenia - przyspieszony jest proces przejścia komórek naskórka z warstwy podstawnej do rogowej, co powoduje pojawienie się widocznych na skórze łusek.

Bardzo istotna jest odpowiednia pielęgnacja skóry, zarówno w trakcie nasilenia choroby, jak i w okresach bezobjawowych. Należy pamiętać o odpowiednim nawilżeniu skóry, stosując na co dzień tzw. emolienty. Emolienty często zmniejszają też uczucie swędzenia wywołane suchością skóry, co jest bardzo istotne w codziennym życiu chorych na łuszczycę.

Wybierz profesjonalną linię dermokosmetyków i stosuj je na co dzień!

Zalecenia *National Psoriasis Foundation* dla chorych na łuszczycę.

- Zakaz palenia papierosów.
- Ograniczenie spożywania alkoholu.
- Redukcja masy ciała, osiągnięcie BMI < 25 kg/m2.
- Redukcja poziomu cholesterolu
- Aktywność fizyczna min. 3 x w tyg. min po 30 minut
- Profilaktyka depresji
- Redukcja stresu
- Regularny udział w programach profilaktycznych (p/nowotworowych)
- Informowanie lekarza o jakichkolwiek objawach mogących sugerować rozwój nowotworu.

Profilaktyka

Należy ograniczyć do minimum możliwość wystąpienia urazów mechanicznych (np. otarć naskórka, tatuaży, akupunktury, ukąszeń) i termicznych (np. oparzenia, odmrożenia).

Ciąża i karmienie piersią.

- Eliminacja czynników wyzwalających.
- Terapia ognisk siejących.
- Zapobieganie infekcjom.
- Unikanie leków zaostrzających.
- Unikanie stresów.
- Prawidłowa pielęgnacja skóry.

Ważną rolę w zapobieganiu nawrotom łuszczycy odgrywa PROFILAKTYKA!

Pacjenci powinni unikać przeziębień, zakażeń wirusowych, stresów, spożywania alkoholu oraz palenia papierosów.

Psychoterapia

W leczeniu chorych na łuszczycę, niezwykle ważne jest, by nie ograniczać się jedynie do ściśle medycznego podejścia do pacjentów. Bardzo istotne jest, aby wspierać chorych pod względem psychologicznym lub wskazywać im ośrodki, gdzie taką pomoc uzyskają.

Podsumowanie

Opisane powyżej metody terapii mogą być łączone ze sobą albo w tym samym czasie lub następować po sobie w kolejnym cyklu leczenia. Łączenie i zmiany terapii są korzystne, gdyż obniża się przez to ryzyko negatywnych skutków leczenia pojedynczymi metodami oraz umożliwia to zmniejszenie dawki stosowanego leku. Wiadome jest, iż stosowanie kwasu salicylowego jest zawsze połączone z innymi lekami. Często do leczenia miejscowego wykorzystywane są preparaty złożone, które zawierają więcej niż jeden czynny składnik, np. kortykosteroidy są łączone z innymi substancjami, np. kwasem salicylowym, antybiotykami, lekami przeciwgrzybiczymi.

Pamiętaj, terapia skojarzona daje najczęściej lepsze efekty.

Poprzez zmianę terapii można zmniejszyć długoterminowe skutki uboczne, które pojawić się mogą przy długim stosowaniu jednej metody leczenia.

Co jeszcze można zrobić dla pacjenta chorego na łuszczycę?

Najważniejszą kwestią dla pacjenta jest to, aby nauczył się akceptować łuszczycę, jako chorobę przewlekłą i przyzwyczaił się do faktu, że jest chory.

Zrównoważony styl życia, zdrowa dieta, redukcja masy ciała i obniżenie stresu mogą wspierać medyczne metody terapii.

Kogo można poprosić o pomoc i poradę?

Pierwszą osobą, z którą pacjent powinien porozmawiać jest oczywiście prowadzący dermatolog, który powinien znać wszystkie aspekty łuszczycy i może również poradzić, do którego specjalisty chory powinien udać się, gdy dołączą się inne dolegliwości.

Lekarz powinien ustalić z pacjentem schemat i rodzaj zalecanego leczenia oraz zdecydować, czy leczenie klimatyczne ma sens dla danego chorego.

Trzeba sobie zdawać sprawę, że **łuszczyca jest wielkim problemem nie tylko medycznym i społecznym, ale także ekonomicznym**. Pacjenci wymagają przewlekłego leczenia, często wielokrotnych hospitalizacji, absencji w pracy zawodowej, a niejednokrotnie świadczeń rentowych. Dlatego też koszty leczenia pacjentów z łuszczycą są bardzo wysokie.

Łuszczyca owłosionej skóry głowy

Łuszczycę skóry owłosionej głowy stwierdza się u ok. **50–80%** pacjentów z łuszczycą pospolitą i często jest to pierwsza okolica ciała, którą choroba zajmuje. Łuszczyca w tej lokalizacji może przebiegać jako pojedyncze lub mnogie ogniska chorobowe, może też zajmować całą owłosioną skórę głowy, a także przechodzić na czoło, kark i okolicę małżowin usznych.

Zmiany chorobowe w tej lokalizacji często swędzą.

Sama choroba nie powoduje wypadania włosów, jednak nasilone drapanie, wtórne nadkażenie, agresywne leczenie oraz stres, mogą nasilać wypadanie włosów.

Łuszczyca skóry głowy w istotny sposób obniża jakość życia pacjentów – zmiany skórne są widoczne i trudne do ukrycia.

Przy nieskuteczności powyższych terapii, można włączyć leczenie systemowe.

Z uwagi na szeroki wybór substancji, które można zastosować w terapii miejscowej oraz często niezadowalającą odpowiedź na leczenie, terapia łuszczycy skóry owłosionej bywa wyzwaniem dla lekarza oraz utrapieniem dla pacjenta.

Leczenie zewnętrzne:

- **szampony** z dodatkiem kwasu salicylowego, dziegciu, ichtiolu, glikokortykosteroidu (gks), cynku, selenu lub ketokonazolu, piroktonu olaminy, celastrolu lub cyklopiroksolaminy
- **substancje keratolityczne** (np. kwas salicylowy, mocznik)
- **glikokortykosteroidy** (w postaci płynu, lotionu, emulsji, szamponu, pianki), **pozostają lekami pierwszego rzutu**. Z uwagi na możliwość wystąpienia działań niepożądanych, powinny być jednak stosowane krótko w terapii przerywanej, naprzemiennie z emolientami, pod kontrola dermatologa.
- **preparaty łączone** zawierające w składzie **miejscowe glikokortykosteroidy i kwas salicylowy** (łatwiejsza aplikacja oraz zmniejszenie ryzyka działań niepożądanych)
- **pochodne witaminy D3 w połączeniu z glikokortykosteroidami** (działają przeciwzapalnie i normalizują procesy rogowacenia naskórka).
- **inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus)** mają zastosowanie w leczeniu zmian łuszczycowych zlokalizowanych w okolicach wrażliwych, gdzie nie jest zalecane stosowanie preparatów glikokortykosteroidowych. Przy zmianach na skórze owłosionej głowy stosuje się je na czole i pograniczu skóry gładkiej i owłosionej.

W przypadku nasilonej łuszczycy skóry owłosionej głowy lub braku poprawy w wyniku stosowania leków zewnętrznych można zastosować fototerapię UVB (grzebieniem) lub laser excimerowy (308 nm).

Specjalne wskazówki dla chorych ze zmianami łuszczycowymi owłosionej skóry głowy

- **Nie bój się stosować bardzo skutecznych preparatów glikokortykosteroidowych!** Jeżeli lekarz przepisał je dla Ciebie, to znaczy, że w twojej sytuacji będą właściwe i pomocne. Pamiętaj jednak, iż mają one być używane tylko przez **krótki czas** – maksymalnie kilka tygodni.Przy uzyskaniu poprawy ogranicza się ich stosowanie, podtrzymując efekty preparatami o łagodniejszym działaniu.
- **Unikaj dodatkowego podrażnienia skóry głowy,** m.in. poprzez suszenia bardzo gorącą suszarką do włosów.
- **Umieść lustra naprzeciwko siebie, tak, abyś mógł również zobaczyć tył głowy.**
- **Bądź ostrożny przy wyborze preparatów do pielęgnacji włosów oraz produktów czyszczących do włosów** (np. szampony i produkty do stylizacji) i upewnij się, że nie będą podrażniać i nadmiernie wysuszać skóry głowy.
- **Pamiętaj, że trwała czy zabiegi farbowania są szkodliwe dla skóry głowy** i mogą spowodować wysiew zmian łuszczycowych. Jednakże, jeżeli przebieg łuszczycy jest stabilny, zabiegi te czasami są dobrze tolerowane.
- **Omów z fryzjerem problem skóry głowy w łuszczycy.** Wybierz fryzjera, który zna ten problem. Możesz również znaleźć wskazówki na stronach internetowych, np. **www.dermafriendly.pl**
- **Nie zapomnij, aby kontynuować odpowiednią pielęgnację skóry głowy,** nawet jeśli zmiany skórne ustępują. Najlepiej wybrać łagodne lub specjalistyczne do łuszczycy szampony i preparaty pielęgnacyjne.
- **Jeśli chcesz ukryć zmiany łuszczycowe, przykryj głowę kapeluszem, czapką lub chustką.** Ale nie noś ich przez cały czas, gdyż może to spowodować dodatkowe swędzenie lub podrażnienie skóry głowy.
- **Nie noś ciemnych ubrań oraz wykonanych z takich materiałów, na których lepiej widać łuski.**

Praktyczne wskazówki na co dzień dla pacjenta chorego na łuszczycę

- Jeżeli skóra swędzi – pamiętaj, aby jak najmniej się drapać.
- Stosuj kremy łagodzące swędzenie wywołane suchością skóry. Drapanie może pogarszać zmiany skórne w przebiegu łuszczycy.
- Zadbaj o swoją skórę, nawet jeśli jest w dobrej kondycji – odpowiednia pielęgnacja jest konieczna.
- Staraj się unikać stresu. Relaks i nauka radzenia sobie ze stresem są bardzo istotne.
- Zapytaj lekarza, jakie leki przepisywane w przypadku innych schorzeń, mogą pogarszać łuszczycę.
- Kiedy ludzie mówią o łuszczycy lub pytają o nią, to zwykle dlatego, że po prostu nie wiedzą nic na ten temat. Powiedz im, że łuszczyca może być dziedziczna (więc nie jest to twoja wina) i nie jest zaraźliwa, ale niestety jest to choroba przewlekła, a obecnie nie ma jeszcze na nią lekarstwa.
- Pamiętaj, nie jesteś sam! Korzystaj z pomocy innych osób. Porozmawiaj z innymi osobami dotkniętymi łuszczycą. Czasami ma to dobry wpływ, kiedy porozmawia się o wspólnych problemach lub wie, że inni ludzie przeżywają to samo co ty.
- Dowiedz się, czy edukacja pacjenta chorego na łuszczycę jest możliwa na miejscu Twojego zamieszkania (np. w gabinecie specjalistycznym lub w klinice uniwersyteckiej).

dr n. med. Małgorzata Mazur

Specjalista dermatolog i wenerolog, lekarz medycyny estetycznej

Gabinet Dermatologii Leczniczej w Poznaniu

www.mmdermatolog.pl

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Od początku swojej pracy zawodowej dr Mazur rozwijała swoje pasje z zakresu dermatologii i wenerologii, pracując na z Oddziale Chorób Skóry Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, w Zakładzie Mikologii i Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w Gabinecie Leczenia Łuszczycy oraz realizując liczne staże i kursy w zakresie dermatologii dorosłych i dzieci w klinikach krajowych i zagranicznych. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskała w 2009 roku z zagadnień dotyczących łuszczycy. Jest autorką i współautorką ponad 80 prac naukowych z zakresu dermatologii i wenerologii (artykułów specjalistycznych, doniesień zjazdowych na konferencjach krajowych i międzynarodowych), a także rozdziałów do podręczników (Dermatologia dla kosmetologów, Leksykon Dermatologiczny, Leczenie biologiczne w dermatologii, gastroenterologii i reumatologii, Dermatologia. Poradnik Lekarza Praktyka). Jednocześnie, poza pracą kliniczną, dr Mazur jest wieloletnim nauczycielem akademickim oraz promotorem prac licencjackim i magisterskich. Posiada szerokie doświadczenie w pracy z chorymi na łuszczycę, zarówno w terapii miejscowej, ogólnej oraz w stosowaniu leków biologicznych. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. W codziennej praktyce klinicznej dr Mazur zajmuje się leczeniem chorób skóry, zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci.

Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę

Warto zapisać się do stowarzyszeń chorych, które są powołane w rożnych województwach w Polsce.

Strony internetowe związane z łuszczycą:
www.psoriasis-netz.de/; www.psoriasis-selbsthilfe.org/;
www.psoriasis-forum-berlin.de/; www.psoriasis-kids.de/
www.pso-und-haut.de
www.psoriasis-bund.de
www.spvg.ch/default.htm
www.pso-austria.at.tt/
www.europso.org/
www.psoriasis.org/home/
www.ifpa-pso.org/t1.aspx
www.uni-duesseldorf.de
www.psoriasis-bund.de/PSO_Magazin.36.0.html
www.psoaktuell.com/
www.mayoclinic.com/health/psoriasis/DS00193
www.amicusfundacja.org/

Informacje w tej ulotce informacyjnej są oparte na danych literaturowych oraz praktyce dermatologa, który posiada wieloletnie doświadczenie w leczeniu pacjentów z łuszczycą.

NOTATKI

NOTATKI

PFDC/229/2020

KOMPLEMENTARNA PIELĘGNACJA DLA SKÓRY SKŁONNEJ DO ŁUSZCZYCY

KERTYOL P.S.O.

Szampon normalizujący

OWŁOSIONA SKÓRA GŁOWY

SKŁAD: Celastrol, Vederine™, Ichtiol, Kwas salicylowy

- Wspomaga eliminację łusek suchych.
- Łagodzi swędzenie*.

SPOSÓB UŻYCIA:

Faza intensywna: 3 razy w tygodniu przez 4 tygodnie.
Faza podtrzymująca: 1 raz w tygodniu, na przemian z łagodnym szamponem.

125 ml 100 ml

KERTYOL P.S.O.

Koncentrat do stosowania miejscowego

Złuszczanie naskórka. CIAŁO I SKÓRA GŁOWY

SKŁAD: Celastrol, Vederine™, Ichtiol, Kwas glikolowy, Polidokanol

- Wspomaga eliminację łusek.
- Łagodzi uczucie swędzenia*

SPOSÓB UŻYCIA:

Ciało: 1-2 razy dziennie przez 4 tygodnie.
Skóra głowy: stosować wieczorem, pozostawić na całą noc. Rano umyć głowę szamponem dermatologicznym. Stosować raz dziennie przez 4 tygodnie. Może być stosowany samodzielnie lub jako uzupełnienie specjalistycznej kuracji dermatologicznej.

*Związane z suchością skóry.

Dystrybutor:
Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o.
ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa
tel.: 22 559 63 60, fax: 22 559 63 88
serwis.konsumencki@pierre-fabre.com

www.ducray.com/pl-pl
facebook.com/Ducray-Polska

Pierre Fabre Dermo-Cosmétique

DEXERYL

DEXERYL

emolient krem

wyrób medyczny

poj. 50 g, 250 g, 500 g

DEXERYL Shower

krem myjący pod prysznic

dermokosmetyk

poj. 200 ml, 500 ml

- 25 LAT DOŚWIADCZENIA W LECZENIU SUCHEJ SKÓRY
- TYLKO 13 SKŁADNIKÓW
- DLA WSZYSTKICH GRUP WIEKOWYCH
- DLA WSZYSTKICH RODZAJÓW SUCHOŚCI SKÓRY

Pierre Fabre DERMATOLOGIE | WIEDZA O SKÓRZE JEST W NASZYM DNA

Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o.
ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa