
40 let
DRUŠTVO PSORIATIKOV SLOVENIJE
PSORIAZA
LUSKAVICA

Izdaja:
Društvo psoriatikov Slovenije

Urednik:
Kristina Koler Jagarinec, mag. graf. inž.

Recenzent:
prim. mag. Pij Bogomir Marko, dr. med.

Sedež uredništva:
Engelsova ulica 6
2000 Maribor

Oblikovanje in tisk:
Kristina Koler Jagarinec, mag. graf. inž.
Atelje 64 d.o.o.

Lektura:
Lingea, prevajanje, tolmačenje in izobraževanje

Naklada:
2500 izvodov

Naslovnica:
Moč skupnosti - jcomp / Freepik

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.517(082)

PSORIAZA, luskavica / [urednik Kristina Koler Jagarinec].
- Maribor : Društvo psoriatikov Slovenije, 2019

ISBN 978-961-92597-1-9
1. Koler Jagarinec, Kristina
COBISS.SI-ID 302907136

PSORIAZA
LUSKAVICA

Društvo psoriatikov Slovenije
Maribor 2019

KAZALO

08 LUSKAVICA: KAKŠNA BOLEZEN JE TO IN KAKO JO OVREDNOTIMO?

14 GENETSKA DOVZETNOST IN IMUNOPATOGENEZA PSORIAZE

20 LOKALNO ZDRAVLJENJE LUSKAVICE

32 ZDRAVLJENJE LUSKAVICE Z NARAVNIMI IN UMETNIMI ULTRAVIJOLIČNIMI ŽARKI

38 ZDRAVLJENJE LUSKAVICE S SISTEMSKIMI ZDRAVILI

44 LUSKAVICA IN POMEMBNE PRILAGODITVE ŽIVLJENJSKEGA SLOGA BOLNIKA ZA BOLJŠE OBVLADOVANJE BOLEZNI

52 PSORIAZA IN NOSEČNOST

60 LUSKAVICA PRI OTROCIH

64 INVERZNA LUSKAVICA IN LUSKAVICA GENITALNEGA PREDELA

70 LUSKAVICI PRIDRUŽENE BOLEZNI

74 PSORIAZA NOHTOV

76 LUSKAVIČNI ARTRITIS

88 FIZIOTERAPIJA PRI BOLNIKU S PSORIATIČNIM ARTRITISOM

92 KAJ LAHKO BOLNIK S PSORIATIČNIM ARTRITISOM PRIČAKUJE OD DELOVNEGA TERAPEVTA?

98 ZDRAVSTVENO NEGOVALNA PODPORA BOLNIKU Z LUSKAVICO

102 DEPRESIJA IN TESNOBA PRI KRONIČNIH BOLEZNIH

106 VPLIV ŽIVLJENJSKEGA SLOGA NA LUSKAVICO

116 ŽIVLJENJSKI SLOG IN LUSKAVICA

122 KLIMATSKO ZDRAVLJENJE LUSKAVICE OB MRTVEM MORJU

124 ZGODOVINA DRUŠTVA PSORIATIKOV SLOVENIJE

144 NEKOČ IN DANES

AVTORJI

prim. mag. Pij Bogomir Marko, dr. med.
asist. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med.
prim. dr. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica, specialistka dermatovenerologije
Martina Lipič, dr. med.
asist. Vesna Breznik, dr. med., spec.dermatovenerologije
asist. dr. Katarina Trčko, dr. med.
prim. mag. Ana Benedečič, dr. med., specialistka dermatovenerologije
asist. Aleksandra Bergant-Suhadolčan, dr. med., spec. derm.
Irena Peteln, dr. med., specialistka dermatovenerologije
asist. dr. Maruška Marovt, dr. med.
Nataša Koser-Kolar, dr. med.
doc. dr. Iztok Holc, dr. med.
Maja Fatur, dipl. fiziot.
Barbka Huzjan, dipl. delovna terapevtka
Zdenka Špindler, dipl. med. ses.
Matic Munc, univ. dipl. psih.
Darja Ambrožič, dr. med., AFP prehranski svetovalec
Nina Pahor, dipl. kult., Predsedstvo Društva psoriatikov Slovenije
Fani Močnik

PREDGOVOR

Ob 40. obletnici delovanja Društva psoriatikov Slovenije smo se na pobudo upravnega odbora odločili za izdajo knjižnega besedila, namenjenega bolnikom s psoriazo, njihovim svojcem in vsem ostalim, ki jih ta bolezen zaznamuje na njihovi osebni in poklicni poti. Namen knjige je pojasniti nova spoznanja o vzrokih za nastanek luskavice in možnostih sodobnega zdravljenja. V knjigi so predstavljene tudi najpogostejše psoriazi pridružene bolezni, njene posebnosti pri otrocih in vpliv življenjskega sloga na to bolezen.

Upamo, da bo pričujoča knjiga omogočila bolnikom s psoriazo lažje razumevanje bolezni in boljše sodelovanje pri njenem zdravljenju ter jim pomagala pri odločitvah ne samo za zdrav življenjski slog, temveč da bodo bolezen sprejeli in se z njo naučili živeti.

Maribor, oktober 2019 Pij Bogomir Marko

01

LUSKAVICA: KAKŠNA BOLEZEN JE TO IN KAKO JO OVREDNOTIMO?

Avtor:

asist. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med.

Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani



Luskavica (lat. psoriasis) je kronična imunsko pogojena vnetna bolezen, ki prizadene okrog 1–3 % splošnega prebivalstva. Prvi jo je leta 1808 opisal angleški dermatolog Robert Willan. Za njo pogosteje obolevajo ljudje, ki živijo npr. v severnem delu Evrope in ZDA nasproti južnemu, predvsem zaradi znanega ugodnega vpliva UV-žarkov na luskavico. Pri tej bolezni je v ospredju vnetje ter pospešena delitev celic zgornje plasti kože – povrhnjice, kar se klinično kaže z značilnimi belo-sivimi luskami na ostro omejenih zadebeljenih, vnetnih ploščah (plakih), ki se lahko pojavijo kjer koli po telesu. Poleg kože lahko bolezen prizadene tudi kožne priveske kot so nohti, kar se pojavi pri 10–30 % bolnikov z luskavico. Poznamo tudi tako imenovan psoriatični artritis, saj luskavica pri 25–30 % pacientov lahko prizadene tudi sklepe. Bolezen navadno vztraja celo življenje. Novejša spoznanja kažejo, da so pacienti z luskavico v primerjavi s splošno populacijo bolj nagnjeni k zbolevanju za drugimi boleznimi, kot so kardiovaskularne bolezni z aterosklerozo, sladkorna bolezen, debelost in metabolni sindrom ter z njim povezana nealkoholna maščobna degeneracija jeter, depresija, imunsko pogojene vnetne bolezni in rakave bolezni. Ob tem socialna izolacija, ki je posledica luskavice, lahko še dodatno prispeva k povečanemu tveganju za naštete pridružene bolezni ter hkrati negativno vpliva na kakovost življenja bolnika.

Luskavica je multifaktorsko pogojena bolezen, kar pomeni, da na njeno pojavnost vplivajo številni dejavniki. Med drugimi eno pomembnejših vlog igra genski zapis, o katerem je več zapisanega v enem naslednjih poglavij

knjige. Luskavico pa lahko izzove ali poslabša tudi več drugih dejavnikov. Pogosto opažamo poslabšanja ali izbruh bolezni ob okužbah (npr. streptokokna angina, HIV) ali ob uživanju nekaterih vrst zdravil (določeni antihipertenzivi in antimalariki). Znano je, da se luskavica poslabša ob psihičnem ali fizičnem stresu, na njeno pojavnost in razširjenost pa negativno vplivata tudi kajenje in prekomerno uživanje alkohola. Nekateri pacienti (za razliko od večine) opažajo poslabšanje bolezni ob izpostavitvi UV-žarkom, zaradi poškodbe kože pa se na poškodovanem mestu lahko sproži vnetni odgovor in tako zaradi t.i. Koebnerjevega fenomena lahko pričakujemo pojav novih za luskavico značilnih sprememb.

Postavitev diagnoze in pogled pod mikroskop

Luskavica je bolezen, diagnozo katere po navadi postavimo na podlagi tipične klinične slike, zato sta odvzem koščka kože in histološka preiskava (pregled tkiva pod mikroskopom) za postavitev diagnoze le redko potrebna, navadno le v nejasnih primerih. Histološka slika luskavice ima svoje značilnosti, na podlagi katerih jo histopatolog lahko loči od drugih kožnih obolenj; med drugimi so to zadebeljena povrhnjica, po slovenskem dermatologu in akademiku poimenovane Kogojeve pustule, ki jih lahko vidimo v zgornjem delu povrhnjice, medtem ko so v usnjici prisotne razširjene in vijugaste drobne žile, tako v povrhnjici kot tudi usnjici pa vidimo številne namnožene vnetne celice.

Vrste luskavice glede na starost zbolevanja in klinično sliko

Luskavica se prvič lahko pojavi v katerem koli starostnem obdobju, a večina primerov se prične v obdobju adolescence ali v peti dekadi življenja, zato glede na starost prvega pojava bolezni ločimo dva tipa bolezni: tip 1, za katerega je značilen pojav bolezni pred 40. letom starosti in pri katerem imajo bolniki pogosto vsaj enega od sorodnikov, ki ima prav tako znano luskavico (kar pomeni pozitivno družinsko anamnezo glede luskavice), in tip 2, kjer bolniki navadno zbolijo po 40. letu starosti in ni prisotne večje verjetnosti, da bi družinski člani zboleli za luskavico. Sorojenci pacientov, ki so zgodaj zboleli za luskavico, imajo tako večjo verjetnost, da zbolijo za luskavico kot tisti, katerih sorodniki so zboleli kasneje v življenju. Nekatere študije nakazujejo tudi to, da bolniki, ki zbolijo prej, zbolijo za hujšo obliko bolezni.

Poznamo več vrst luskavice, med katerimi je najpogostejša vulgarna luskavica oz. luskavica v plakih (psoriasis vulgaris), saj predstavlja kar 80 % vseh primerov bolezni. Mesta, kjer se po navadi kažejo vnetne plošče, so navadno razporejena simetrično. Največkrat so prizadeti komolci (pri 70 % bolnikov), kolena (pri 50 %), lasišče (pri 35 %) in ledveno področje (pri 15 %).

Poleg vulgarne oblike luskavice pogosteje srečamo tudi bolnike s palmoplantarno

pustulozno obliko luskavice, katerim se vnetna, luščeča koža s pojavljanjem gnojnih podkožnih bunčic kaže po dlaneh in/ali podplatih ter gutatno oz. kapljično obliko, ki je značilna predvsem za mlajše bolnike in kjer bolezen navadno sledi streptokokni okužbi, kot je angina. Pri tej zadnji obliki se pojavljajo drobne vnetne in luščeče spremembe po celem telesu, ki po uspešni terapiji okužbe v nekaj mesecih praviloma tudi spontano izzvenijo. Oblika luskavice, ki jo pogosto srečamo pri bolnikih z drugimi oblikami bolezni pa je t.i. inverzna luskavica, kjer so prizadeti pretežno pregibi velikih sklepov in področje okrog spolovila in anusa. Redko naletimo na bolnike z razširjeno pustulozno luskavico ali eritrodermično luskavico, za katero je značilna rdeča in zadebeljena koža praktično celega telesa. Med hujše oblike luskavice štejemo tudi artropatsko luskavico (psoriasis arthropatica), za katero so poleg sprememb na koži, ki so lahko bodisi zelo izražene bodisi minimalne ali celo odsotne, značilne spremembe na sklepih. Pojavi se pri do 40 % bolnikov z luskavico, predvsem pri tistih s hujšimi oblikami z dolgotrajnejšim potekom bolezni in pri tistih, ki imajo nohtno prizadetost v sklopu luskavice. Prizadeti so predvsem mali sklepi rok in stopal (tipičen je odebeljen posamezen prst, t.i. daktilitis), bolezen pa lahko povzroči težave tudi v sklepih hrbtenice ter večjih sklepih udov.

Metode ocenjevanja stopnje aktivnosti luskavice

V klinični praksi se je razvilo več različnih metod ocenjevanja stopnje aktivnosti luskavice. Obstaja več različnih vprašalnikov za oceno stopnje bolezni, med katerimi je najpogosteje uporabljan PASI (angl. Psoriasis Area and Severity Index), prav tako pa lahko ocenjujemo bolezen le na podlagi odstotka prizadetosti kože telesa, poimenovanem BSA (angl. Body Surface Area).

PASI v svojem izračunu upošteva rdečino oz. izraženost vnetja, debelino plakov ter luščenje. Vsak od teh treh znakov bolezni je ocenjen s stopnjami od 0 do 4 ter pomnožen s prilagojenim faktorjem prizadetosti površine kože (od 0 do 6). Človeško telo je za potrebe izračuna PASI »razdeljeno« na 4 dele: glavo, roke, trup in noge, pri čemer za vsak del ocenimo odstotek prizadetosti kože ter izraženost zgoraj navedenih znakov bolezni, nato pa po znani formuli izračunamo končno vrednost PASI.

Izračunane vrednosti se gibljejo med 0 (ni kožne oblike bolezni) in 72 (najvišja ocena, pri zelo razširjeni hudi obliki, kot je npr. eritrodermična luskavica). Indeks PASI uporabljamo tudi pri oceni uspešnosti sistemskega (predvsem biološkega) zdravljenja luskavice, kjer po evropskih smernicah velja, da je izboljšanje indeksa PASI za vsaj 75 od izhodiščnega glavni cilj zdravljenja, ki ga želimo doseči.

Poleg zgoraj opisanih načinov ocenjevanja stopnje bolezni je postala v zadnjih letih zelo pomembna tudi ocena kakovosti življenja bolnikov z luskavico s pomočjo indeksa DLQI (angl. Dermatology Life Quallity Index), ki jo lahko

ovrednotimo s pomočjo enotnega vprašalnika. Bolnik odgovarja na 10 različnih vprašanj, odgovori pa so vezani na vpliv luskavice na bolnikova občutja in simptome (npr. način oblačenja, proti čas, športne aktivnosti, delovne ali šolske obveznosti ter druge vsakodnevne aktivnosti) ter se nanašajo na vpliv bolezni na bolnika v zadnjem tednu pred podajanjem odgovorov. Vrednosti DLQI se gibljejo med 0 in 30 in nam povedo, kako močno luskavica vpliva na kakovost bolnikovega življenja. Če je seštevek 0–1, bolezen nima vpliva na bolnikovo življenje, ob DLQI 2–5 je vpliv majhen, pri DLQI 6–10 je vpliv zmeren, če je DLQI ocenjen na 11–20, je vpliv bolezni velik in ob DLQI nad 20 je vpliv luskavice na življenje bolnika ocenjen kot izredno velik. Tako lahko tudi pri vrednostih DLQI nad 10 govorimo o zmerni do hudi obliki luskavice in jo, tudi če BSA ali PASI ne dosežeta visokih vrednosti, temu primerno tudi zdravimo.

Kdaj je luskavica blaga in kdaj zmerna do huda?

Luskavico delimo glede na to, kako veliko področje telesa prizadene, na: blago, zmerno ali hudo. Za blago obliko je značilna prizadetost 10 % ali manj telesne površine (BSA) in PASI manjši ali enak 10 in DLQI manjši ali enak 10. Zmerna do huda luskavica pa je določena, ko je BSA več kot 10 ali PASI več kot 10 in DLQI več kot 10. V posebnih primerih, ko luskavica prizadene določena področja telesa, kot so lasišče, obraz, dlani, podplati ter področje okrog spolovila, perianalno ali nohte, je ne glede na prizadetost manjšega področja telesa luskavica lahko obravnavana in zdravljena kot zmerna do huda. V takih primerih je luskavica ocenjena za zmerno do hudo predvsem zaradi višje vrednosti DLQI.

Viri:

1. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. Arch. Dermatol. 2005, 141: 1537–1541.
2. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004. J. Am. Acad. Dermatol. 2009, 60: 218–224.
3. Nestle FO, Kaplan DH, Barker JN. Psoriasis. N. Engl. J. Med. 2009, 361: 496–509.
4. Willian R. On cutaneous diseases. J. Johnson, St. Paul's Churchyard, London, 1808.
5. Palfreeman AC, McNamee KE, McCann FE. New developments in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: a focus on apremilast. Drug Des. Devel. Ther. 2013, 7: 201–210.
6. Durham LE, Taams LS, Kirkham BW. Psoriatic arthritis. Br. J. Hosp. Med. (Lond.) 2016, 77: C102–C108.
7. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive and is associated with widespread treatment dissatisfaction. J. Invest. Dermatol. 2004, 9 (Symp. Proc.), 136–139.
8. Basko-Plluska JL, Petronic-Rosic V. Psoriasis: epidemiology, natural history and differential diagnosis. Targets Ther. 2012, 2: 67–76.
9. Prussick R, Prussick L, Nussbaum D. Nonalcoholic fatty liver disease and psoriasis. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2015, 8: 43–45.
10. Vasili EVM, Burazeri G, Hysa K, Cano E, Bezati B. Psoriasis and Diabetes, Inflammatory Diseases – Immunopathology, Clinical and Pharmacological Bases. xxx, 2012.
11. Weigle N, McBane S. Psoriasis. Am. Fam. Phys. 2013, 87: 626–633.
12. Arzenšek J, Miljković J. Eritematoskvamozne kožne bolezni. In: Kansky A et al. Kožne in spolne bolezni. 3., dopolnjena izdaja. Medicinska fakulteta Maribor; Medicinska fakulteta Ljubljana, Združenje slovenskih dermatovenerologov, 2017; 21: 267–76.
13. Nograles KE, Davidovici B, Krueger JG. New Insights in the Immunologic Basis of Psoriasis. Semin. Cutan. Med. Surg. 2010, 29: 3–9.
14. Bowcock AM. Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. J. Am. Acad. Dermatol. 2003, 49: 851–856.
15. Elder JT, Nair RP, Henseler T et al. The genetics of psoriasis 2001: the odyssey continues. Arch. Dermatol. 2001, 137: 1447–1454.
16. Prignano F, Ruffo G, Ricceri F, Pescitelli L, Lotti T. A global approach to psoriatic patients through PASI score and Skindex-29. G. Ital. Dermatol. Venereol. 2011, 146: 47–52.
17. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. Dermatologica 1978, 157: 238–244.
18. Reich K, Mrowietz U. Treatment goals in psoriasis. J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2007, 5: 566–574.
19. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths CE, Nast A, et al. Definition of treatment goals for moderate to sever psoriasis: a European consensus. Arch. Dermatol. Res. 2011, 303: 1–10.
20. Mrowietz U, de Jong EM, Kragballe K, Langley R, Nast A, Puig L, Reich K, Schmitt J, Warren RB. A consensus report on appropriate treatment optimization and transitioning in the management of moderate-to-severe plaque psoriasis. JEADV 2014, 28: 438–453.
21. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. Clin. Exp. Dermatol. 1994, 19: 210–216.
22. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA et al. Translating the science of quality of life into practice: what do dermatology life quality index scores mean? J. Invest. Dermatol. 2005, 125: 659–664.
23. Nast A, Jacobs A, Rosumeck S, Werner RN. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. Update 2015. EDF in cooperation with EADV and IPC. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2015, 29: e1-e22. doi: 10.1111/jdv.13353

02

GENETSKA DOVZETNOST IN IMUNOPATOGENEZA PSORIAZE

Avtor:

prim. mag. Pij Bogomir Marko, dr. med.

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor

Uvod

Psoriaza je imunsko pogojena vnetna bolezen kože, za katero je značilen kroničen potek z občasnimi spontanimi, različno dolgimi obdobji izboljšanja klinične slike.

Bolezen je pogosta in prizadene od 1 do 3 % prebivalcev. Na prevalenco psoriaze vplivajo številni dejavniki, izmed katerih sta med pomembnejšima zemljepisno področje in uporabljena metoda epidemiološke raziskave. Najvišja prevalenca psoriaze v Evropi je značilna za severnoevropske države in znaša v povprečju 2 %, med njimi imajo najvišjo Danska (2,9 %) in Ferski otoki (2,8 %). Za Slovenijo zaenkrat ni na voljo uradnih podatkov o prevalenci psoriaze, ocenjujemo pa, da je prevalenca bolezni podobna prevalenci za Hrvaško (1,6 %).

Psoriaza se lahko prvič pojavi v katerem koli življenjskem obdobju, najpogosteje med 20. in 40. letom starosti. Pojavnost in klinične značilnosti bolezni ne kažejo bistvenih razlik med spoloma.

Zaradi pogostih pridruženih bolezni in stanj, ki spremljajo značilne kožne spremembe, psoriazo v skladu z novimi spoznanji uvrščamo med sistemske imunsko pogojene vnetne bolezni. Na razvoj in vzdrževanje imunsko pogojenih vnetnih bolezni, kamor sodi tudi psoriaza, vplivajo številni do sedaj še ne povsem znani dejavniki. Med najpomembnejše znane dejavnike za nastanek in vztrajanje psoriaze prištevamo genetske dejavnike in dejavnike okolja (mikrobi, zdravila, mehanske poškodbe kože, kajenje, alkohol, stres).

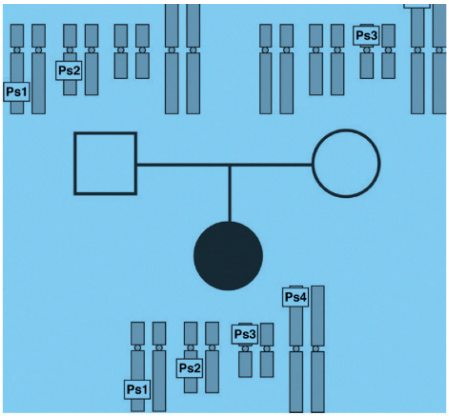
Genetska dovzetnost za psoriazo

Pomen dednih dejavnikov za nastanek psoriaze dokazujejo dejstva, da se bolezen pogosteje pojavlja v družinah z že kakšnim bolnikom s psoriazo. 71 % bolnikov s psoriazo, ki se je prvič pojavila v otroškem obdobju, ima pozitivno družinsko anamnezo za psoriazo. Raziskave, opravljene pri dvojčkih, potrjujejo pomen dednih dejavnikov za razvoj psoriaze, saj je skladnost prisotnosti psoriaze pri enojajčnih dvojčkih 35–73 %; tveganje za nastanek psoriaze je pri enojajčnih dvojčkih trikrat večje kot pri dvojajčnih dvojčkih. Sočasno dejstvo, da vsi enojajčni dvojčki ne zbolijo, čeprav si delijo enake gene, priča, da so poleg podedovane nagnjenosti k razvoju bolezni pomembni tudi dejavniki okolja, ki lahko pozitivno ali negativno vplivajo na nastanek in vztrajanje bolezni. Raziskave, opravljene na večjih skupinah prebivalcev znotraj določenega območja, kažejo na 41 % tveganje za razvoj psoriaze pri posamezniku v primeru, da imata oba starša psoriazo. V primeru, da ima eden od staršev psoriazo, je tveganje za nastanek bolezni 14 %, v primeru prisotnosti psoriaze med ostalimi bližnjimi sorodniki pa je tveganje za razvoj bolezni 6 %, kar je trikrat več od 2 % splošnega tveganja za razvoj bolezni pri osebah, katerih bližnji sorodniki nimajo psoriaze.

Genetske raziskave v preteklosti so odkrile najmanj deset statistično značilnih področij na različnih kromosomih, ki so povezana z večjim tveganjem za nastanek psoriaze (PSORS 1–10). Najpomembnejši genetski vpliv na pojavnost psoriaze imajo geni HLA, ki nosijo zapis za molekule HLA. Geni HLA so del poglavitnega histokompatibilnega kompleksa (MHC), kompleksa z več kot 200 geni, ki določajo skladnost tkiv in so razvrščeni v dolgem neprekinjenem odseku DNA na kromosomu 6. Geni HLA so organizirani v regijah, ki kodirajo tri razrede molekul, to so geni HLA razreda I, II in III. Glede na današnje znanje so za razvoj psoriaze najpomembnejši geni HLA razreda I. Molekule razreda I so prisotne na površini vseh celic z jedrom in z njihovo pomočjo imunski sistem loči lastne in tuje celice. Širše področje genov na kromosomu 6, ki pripada regiji HLA I in je povezano z več kot za 50 % večjim tveganjem za razvoj psoriaze, imenujemo področje večje dovzetnosti za psoriazo (PSORS 1). Znotraj PSORS 1 se nahaja področje HLA-C, ki v primeru prisotnosti alela HLA-Cw6 za 10 do 20-krat poveča tveganje za razvoj psoriaze pri posamezniku, nosilcu omenjenega alela.

Na osnovi raziskav genotip-fenotip v povezavi s prisotnostjo alela HLA-Cw6 so bile ugotovljene pomembne razlike med bolniki s psoriazo in prisotnostjo ali odsotnostjo alela HLA-Cw6. Pri bolnikih HLA-Cw6+ se je bolezen pogosteje izrazila v obliki kapljične psoriaze, pri bolnikih HLA-Cw6- pogosteje v obliki palmoplantarne pustulozne psoriaze, psoriatičnega artritisa in psoriaze nohtov. V primerih psoriaze v ploščah so imeli bolniki HLA-Cw6+ prizadeto večjo površino kože in kožne spremembe pogosteje lokalizirane na koži zgornjih in spodnjih udov ter na trupu. Bolniki HLA-Cw6+ so imeli pogosteje hudo obliko psoriaze in višjo incidenco Koebnerjevega fenomena. Prav tako je bilo opaziti pogostejšo delno ali celo popolno remisijo psoriaze v času nosečnosti pri bolnicah HLA-Cw6+. Prisotnost HLA-Cw6+ je bila pogostejša pri bolnikih, ki so zboleli za psoriazo pred 40. letom starosti, pri bolnikih, ki so imeli pozitivno družinsko anamnezo psoriaze, ter bolnikih, pri katerih je prišlo do hitrejše regresije psoriaze ob izpostavljanju UV-žarkom. Pri bolnikih HLA-Cw6+ s srednje hudo in hudo obliko psoriaze, ki so bili zdravljeni z biološkima zdraviloma efalizumab in ustekinumab, je bila ugotovljena statistično pomembna razlika v izboljšanju klinične slike v primerjavi z bolniki HLA-Cw6-. Določanje prisotnosti HLA-Cw6 pri bolnikih s psoriazo bi lahko v prihodnosti pomembno vplivalo na načrtovanje sistemskega zdravljenja psoriaze.

Kljub jasnim dokazom o izjemno pomembni vlogi HLA-Cw6, ki predstavlja poglavitni bolezenski alel pri psoriazi, pa le okrog 10 % nosilcev HLA-Cw6 razvije psoriazo. Na osnovi omenjenega spoznanja lahko pri dedovanju psoriaze še nadalje upoštevamo poligenski model dedovanja, ki v ospredje postavlja poglavitno vlogo HLA-Cw6, ob tem pa je za razvoj bolezni potrebno izražanje



Slika 1: Poligenski model dedovanja psoriaze. Za nastanek bolezni se morajo pri bolniku izraziti vsi za bolezen značilni aleli. V danem primeru je bolnik s psoriazo (črni krog) podedoval po eno kopijo dveh različnih za psoriazo dovzetnih alelov od očeta in prav tako dveh različnih za psoriazo dovzetnih alelov od matere. Oba starša sta brez kliničnih znakov psoriaze. (Povzeto po Gudjonsson s sod. Arch Dermatol. 2001;137:1447-54.)

dodatnih genov v področju MHC in/ali izven njega (slika 1). Dodaten pomemben vpliv na izražanje bolezni predstavljajo dejavniki okolja, ki so sposobni aktivirati dodatne za psoriazo tvegane genske polimorfizme in povečati dovzetnost za nastanek in vzdrževanje psoriaze.

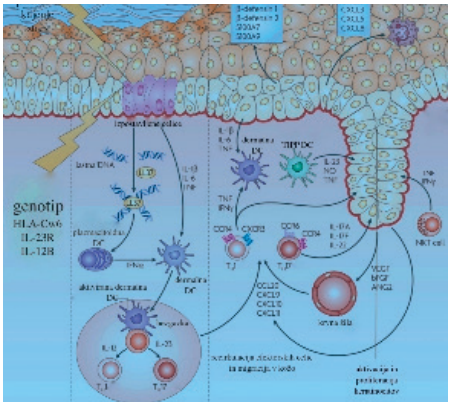
Imunopatogeneza psoriaze

Kljub velikemu številu predlaganih mehanizmov za nastanek in vzdrževanje psoriaze, je natančen patogenetski model bolezni še vedno nepojasnjen. Psoriaza je multifaktorska bolezen, ki se klinično izrazi ob genetski predispoziciji in sočasnem vplivu dejavnikov okolja. Najpomembnejši znani dejavniki okolja, ki lahko ob ustrezni genetski predispoziciji sprožijo bolezen, so mikrobi, zdravila, mehanske poškodbe kože, kajenje, alkohol in stres. Omenjeni dejavniki okolja, najverjetneje pa tudi drugi še neugotovljeni zunanji in notranji dejavniki sprožijo aktiviranje in migracijo dermalnih dendritičnih celic (DDC) v področne bezgavke. V DDC področnih bezgavk se tujki (antigeni) predelajo v obliko, ki je primerna za antigensko predstavitev limfocitom T – celicam pomagalkam. Predelava in predstavitev antigenov poteka s pomočjo molekul MHC, ki antigene prenašajo iz notranjosti celic na celično membrano, kjer jih lahko prepoznajo limfociti T.

Visoka pogostost prisotnosti alela HLA-Cw6 pri bolnikih s psoriazo kaže na možnost povezave genetske dovzetnosti in dejavnikov okolja pri nastanku psoriaze. HLA-Cw6 lahko v omenjeni povezavi sproži specifični imunski odziv s predstavitvijo predelanega antigena antigenskim receptorjem celic T pomagalk. HLA-Cw6 lahko sproži tudi nespecifični imunski odziv z aktiviranjem celic naravnih ubijalk (NK), ki se lahko povežejo z molekulami HLA-Cw6 s pomočjo imunoglobulinom podobnih receptorjev na površini celic NK.

Po učinkoviti predstavitvi antigena celicam T pomagalkam, DDC pričnejo s

tvorbo citokinov IL-23 in IL-12. Za nastanek in razmnoževanje celic Th17 je odločilen IL-23. Pomnožene efektorske celice Th17 in Th1 zapustijo področne bezgavke in migrirajo v kožo. Celice Th17 so najbolj aktivne celice v koži bolnikov s psoriazo in tvorijo citokine: IL-17, IL-21 in IL-22. Aktivirane celice Th17 s svojimi citokini vzdržujejo kožno vnetje, značilno za psoriazo, inhibirajo diferenciacijo ter pospešujejo migracijo in razmnoževanje keratinocitov (slika 2).



Slika 2: Imunopatogeneza psoriaze. Razvoj psoriatične kožne spremembe od začetnega signala do značilne klinične slike. (Povzeto po Nestle FO s sod. Nat Rev Immunol. 2009:9(10):679-91.)

IL17 dodatno močno aktivira nevtrofilce in epitelijske celice, ki sodelujejo pri protimikrobnem in protiglivičnem imunskem odzivu v sluznicah in koži. Zaradi omenjenega bi lahko ponovitve akutnih ali prisotnost kroničnih bakterijskih okužb dodatno spodbudile limfocite Th17 k tvorbi citokinov IL-17, IL-21 in IL-22, s čimer bi lahko pojasnili občasne izbruhe in/ali vztrajanje bolezni ter opredelitev psoriaze kot kronične bolezni.

Zaključek

Nastanek in vztrajanje psoriaze pri posamezniku je posledica različnih vzrokov, od genetske dovzetnosti za to bolezen do vplivov okolja. Za natančnejšo opredelitev genetskih dejavnikov in dejavnikov okolja ter povezav med njimi, ki so odgovorne za nastanek in vzdrževanje ene izmed najpogostejših bolezni kože, bo potrebno opraviti dodatne razširjene epidemiološke, genetske in klinične raziskave. Načrtovanje novejših raziskav na področju psoriaze mora biti usmerjeno v natančnejšo opredelitev vpliva genetske dovzetnosti na nastanek in razvoj bolezni, klinično obliko psoriaze, odgovor na različne sprožilne dejavnike iz okolja, pogostost in oblike pridruženih bolezni ter na učinkovitost zdravljenja. Prav podatki farmakogenetskih raziskav nam bodo v veliko pomoč pri individualni obravnavi bolnikov s psoriazo, saj nam bodo omogočili načrtovanje zdravljenja, ki bo še bolj učinkovito in varno.

Viri:

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. Clinics in Dermatology 2007;25:535 46.
2. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. Journal of Autoimmunity 2010;34:314-21.
3. Nestle FO, Di Meglio P, Qin JZ, Nickoloff BJ. Skin immune sentinels in health and disease. Nat Rev Immunol 2009;9(10):679-91.
4. Puig L, Julia A, Marsal S. The patogenesis and Genetics of psoriasis. Actas dermosifiliogr. 2014;105(6):535-45.
5. Hebert HL, Ali FR, Bowes J, Griffiths CEM, Barton A, Warren RB. Genetic susceptibility to psoriasis and psoriatic arthritis:implications for therapy. British Journal of Dermatology; 2012;166:474-82.
6. Gudjonsson JE, Karason A, Antonsdottir AA et al. HLA-Cw6-positive and HLA-Cw6-negative patients with psoriasis vulgaris have distinct clinical features. Journal of Investigative Dermatology 2002;118:362-5.
7. Talamonti M, Botti E, Galluzzo M, Teoli M, Spallone G, Bavetta M et al. Pharmacogenetics of psoriasis: HLA-Cw6 but not LCE3B/3C deletion nor TNFAIP polymorphism predisposes to clinical response to interleukin 12/23 blocker ustekinumab. British Journal of Dermatology 2013;169:458-63.

03

LOKALNO ZDRAVLJENJE LUSKAVICE

Avtor:

prim. dr. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica, specialistka dermatovenerologije

Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana



Uvod

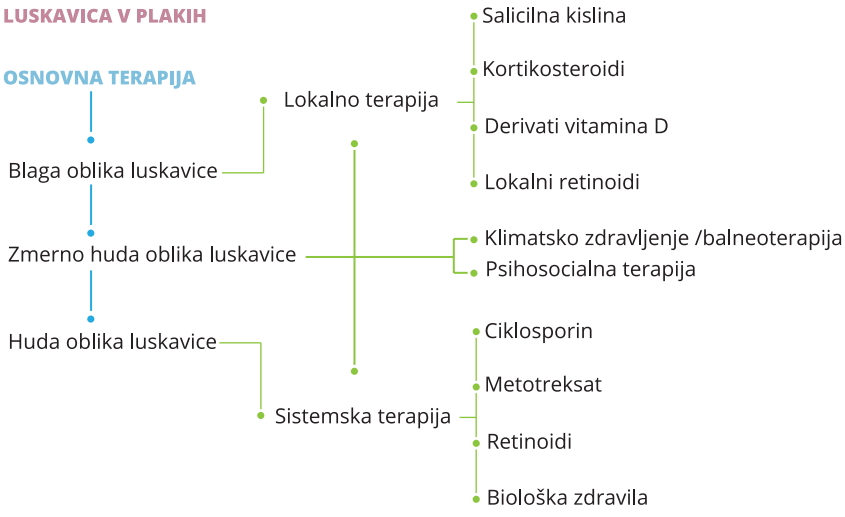
Luskavica, ki je kronična, vnetna, imunsko pogojena kožna bolezen, ima zaradi tipičnih kožnih sprememb močan vpliv na slabšo kvaliteto vsakdanjega življenja bolnikov v domačem okolju, vpliva na izbiro šolanja in poklicno življenje.
Približno 2–3% ljudi v Evropski populaciji zboli zanjo, pogosto (75%) v mlajši odrasli dobi (pred 40. letom starosti) (1). Glede na razširjenost sprememb po koži razdelimo luskavico v blago, zmerno hudo in hudo obliko luskavice (1). Tako s sistemskim kot lokalnim zdravljenjem želimo doseči varno, učinkovito in dolgoročno kontrolirano obvladovanje bolezni. Bolnikom z blažjo obliko luskavice zadovoljivo blaži bolezen že lokalno zdravljenje, teh je med 75-80%, 17-20% bolnikov pa zboli za zmerno do hudo obliko luskavice in poleg lokalnega zdravljenja potrebujejo tudi fototerapijo ali sistemsko zdravljenje. Zaradi stalne stimulacije vnetnih T-celic, ki so del imunskega odgovora organizma, je v koži pospešena, prekomerna rast zgornjih plasti kože (epidermisa), v koži pa potekajo tudi zapleteni vnetni procesi. Lokalno zdravljenje delno zavre te spremembe in omili težave bolnikov.

Lokalno zdravljenje luskavice

Zdravljenje bolnikov z luskavico mora biti prilagojeno vsakemu bolniku posebej (1, 2). Način zdravljenja izberemo glede na lokalizacijo sprememb, resnost bolezni (odvisno od razširjenosti in tipa sprememb), časa trajanja sprememb (akutne/kronične), pomembnih pridruženih bolezni, odgovora bolnika na

predhodna zdravljenja in nenazadnje glede na stroške in primernosti za bolnika (ugodno za bolnika, ne/zadovoljstvo, pričakovanja, možnosti lokalnega zdravljenja, poklic, vpliva na kvaliteto življenja). Lokalno zdravljenje s svojimi učinki omogoča zmanjšanje simptomov, lahko pomembno vpliva na zmanjšanje potrebne doze sistemske terapije in izboljša kvaliteto življenja bolnikov, še posebno, če ga kombiniramo in rotiramo. Učinkovitost lokalnih pripravkov je odvisna od lastnosti kože (npr. njene vlažnosti, temperature, starosti bolnika in anatomskega mesta, kamor nanašamo pripravek), od vrste sprememb, ki jih zdravimo in od fizikalno-kemičnih lastnosti pripravka (njegove oblike, npr. mazilo, krema, gel, …) ter načina oziroma režima, kako ga nanašamo na kožo (optimalno absorpcijo večine lokalnih pripravkov za lokalno terapijo kože dosežemo z nanosom na vlažno kožo takoj po kopanju ali pa s pomočjo okluzije). Pri otrocih in starejših snovi običajno mnogo bolje in hitreje prehajajo skozi kožo, ki je pri njih tanjša. Pripravki za lokalno zdravljenje so v obliki krem, vazelina in mazil za neporasle dele telesa, losjonov, olj in gelov ter šamponov za porasle dele telesa oziroma lasišče (1,2). Lokalno zdravljenje luskavice pride v poštev pri blagi obliki luskavice kot monoterapija, pri zmerni in hudi obliki luskavice, kjer so kožne spremembe na veliki telesni površini, pa ga dodamo eni od vrst sistemske terapije ali kot dodatek k fototerapiji (Slika 1) (1, 2). Pri bolnikih z luskavico v plakih je na plakih vrhnja plast debelejša, zato lokalni pripravki težje prehajajo v kožo. Spremembe na dlaneh, podplatih in obrazu zaradi močnega vpliva na kvaliteto bolnikovega življenja, kljub temu, da obsegajo manjše površine telesa, zdravimo agresivneje.

Slika 1: Izbira vrste zdravljenja luskavice.



Lokalne učinkovine za zdravljenje luskavice so:

- salicilna kislina,
- kortikosterodi,
- analogi vitamina D,
- retinoidi,
- katran,
- inhibitorji kalcineurina,
- antralin.

Salicilna kislina

Salicilna kislina je podobno kot druge kisline (mlečna) ali kot dimetikon, keratolitik. Uporabljamo jo za odluščenje debelih lusk, ki nastanejo na psoriatičnih plakih, na koži trupa, okončin, v lasišču oziroma na dlaneh in podplatih. Mnogokrat predstavlja uporaba pripravkov s salicilno kislino prvo od diferentnejših, tj. bolj usmerjenih lokalnih terapij, saj druge zdravilne učinkovine lahko delujejo oziroma prodrejo v kožo do vnetnih celic na psoriatičnih žariščih šele po odstranitvi debelih lusk in oblog (1). Največkrat uporabljamo 5% kislino v obliki kreme ali jo dodajamo v olja v 10% - 20% koncentraciji za odluščenje lusk v lasišču, v obliki kreme pa na zadebeljeno kožo dlani in še pogosteje na podplatih. Bolniki jo nanašajo enkrat na dan. Le na dlaneh in podplatih se ob trdovratnih luskah odločamo za nanos pod okluzijo-PVC folijo, ki še okrepi učinek delovanja. V razpoke na dlaneh in podplatih pred nanosom pripravkov s kislino pogosto nanašamo antibiotična mazila, delno, da preprečimo pekoč občutek, delno pa za preprečevanje okužb. Za trdovratne spremembe v lasišču pogosto uporabljamo t. i. oljno kapo, kjer na debele luske najprej nanesemo olje s salicilno kislino, nato pa lasišče pokrijemo s prelikano tkanino (1). Dolgotrajni, preveliki nanosi salicilne kisline, posebno pri otrocih ali starejših bolnikih s slabšo ledvično funkcijo, lahko povzročajo salicilizem, t.j. motnjo delovanja ledvic in spremembe na živčevju. Salicilne kisline pri otrocih mlajših od 2 let, ne uporabljamo. V starosti od 3-6 let 1-3 dni uporabljamo le 1,5%-2% salicilno kislino, vendar na površine manjše kot je 10% BSA. V starosti od 7-14 let uporabljamo 2%-3% salicilno kislino za 1-3 dni na površini manjši od 20% BSA. Med 14.-18. letom starosti pa prav tako za 1-3 dni na enako veliki površini uporabljamo le do 5% salicilno kislino (3).

Kortikosteroidi

Mehanizem delovanja kortikosteroidov pri bolnikih z luskavico še ni popolnoma pojasnjen. S svojim protivnetnim, protiproliferativnim in imunosupresivnim delovanjem kortikosteroidni pripravki vodijo do regresije bolezni (4).

Njihova učinkovitost je poleg podlage, v katero so inkorporirani, odvisna tudi koncentracije in od potentnosti (moči delovanja, glede na vazokonstrikcijo, ki jo povzročajo), mesta in načina nanosa ter sprememb, na katere jih nanašamo (skozi debele luske, je absorpcija počasnejša; hitreje se absorbirajo skozi vneto, kot skozi zdravo kožo, hitreje skozi odluščeno kožo oziroma na mestih, kjer je le-ta stanjšana, npr. absorpcija na podplatih in dlaneh, kjer je koža debelejša, bo med 0,14%-0,83%, v lasišču 3,5%, na spolovilu pa 42% (5). Glede na potentnost kortikosteroide razdelimo v 7 oziroma 4 skupine (Tabela 1) (6, 7).

Lokalni kortikosteroidni pripravki so v obliki gelov, krem, mazil, tekočin, lahko v kombinaciji s salicilno kislino ali lokalnim antibiotikom (7). Za debelejše plake po koži okončin in trupa najpogosteje predpisujemo močno potentne kortikosteroide kot sta 0,05% klobetazol propionat in 0,05% betametazon. Za uporabo na lasišču svetujemo 0,05% klobetazol propionat, v obliki šampona, pene ali spreja ali v kombinaciji z oljnim pripravkom. Enako terapijo priporočamo tudi za zdravljenje sprememb v sluhovodih. Na intertriginozne predele in obraz nanašamo le steroide z blagim učinkom v obliki krem, redkeje mazil, kot je na primer 1%, redkeje 2,5% hidrokortizon. Na nohte nanašamo močna steroidna mazila (krajši čas, npr. teden dni, lahko tudi pod okluzijo). Za pustulozno obliko luskavice na dlaneh in podplatih uporabljamo visoko potentne steroide lokalno v kombinaciji s fototerapijo ali v kombinaciji z analogi vitamina D. Uporaba kortikosteroidov je pri generalizirani pustulozni obliki luskavice manj primerna zaradi velike površine prizadete kože. Kadar se v tem primeru odločimo za njihovo uporabo, jih po navadi kombiniramo z lokalnimi analogi vitamina D ali lokalnimi pripravki s tacrolimusom. Pri otrocih z generalizirano anularno pustulozno psoriazo ob sistemski terapiji lokalne kortikosteroide kombiniramo s hladnimi obkladki ali s kopelmi. Pri lokalizirani pustulozni obliki psoriaze na posameznih prstih, so lokalni kortikosteroidni pripravki (halobetazol, klobetazol) prva izbira terapije, lahko v kombinaciji s kalcipotriolom. Kortikosteroidni pripravki se ob izbruhu bolezni nanašajo dvakrat dnevno, vse dokler so plaki debelejši (8). Nato pa se nanašajo enkrat na dan zvečer do normalizacije oziroma stanjšanja kože. Močno potentne steroide uporabljamo največ dva do štiri tedne. Nato preidemo na steroide z blažjim lokalnim delovanjem oziroma potentne steroide redčimo v 30% ali 50% pripravke (1). Razredčene pripravke uporabljamo za nanos na večje površine telesa, da se izognemo neželenim učinkom in tveganju, da se organizem »privadi« na steroide (tahifilaksija). V ta namen jih tudi kombiniramo z drugimi lokalnimi pripravki ali indiferentnimi pripravki enkrat do dvakrat na dan. Na predelih telesa, kjer je koža že naravno debelejša (npr. komolci, dlani, podplati; redkeje na hrbtu) ali na debelejših, trdovratnih plakih lahko kortikosteroide do izluščenja plakov nanašamo tudi od pod okluzijo. Če bolnik kortikosteroide

Tabela 1: Razdelitev lokalnih kortikosteroidov

Skupina	Ameriška klasifikacija	Pripravek	Skupina	Britanska klasifikacija
Skupina 1	Lokalni steroidi z zelo močnim delovanjem	Betametazon dipropionat Klobetazol propionat Diflukortolon valerat Flucinonid Flurandrenolid Halobetazol propionat	Skupina 1	Lokalni steroidi z zelo močnim delovanjem
Skupina 2	Lokalni steroidi z močnim delovanjem	Amcinonid Betametazon dipropionat Klobetazol dipropionat Dezoksimetazon Diflorazon diacetat Flucinonid Halcinonid Halobetazol propionat	Skupina 2	Lokalni steroidi z močnim delovanjem
Skupina 3	Lokalni steroidi z močnim do srednje močnim delovanjem	Amcinonid Betametazon dipropionat Betametazon valerat Dezoksimetazon Diflorazon diacetat Diflukortolon valerat Fluocinonid Flutikazon propionat Mometazon furoat Triamcinolon acetonid		
Skupina 4	Lokalni steroidi s srednje močnim delovanjem	Betametazon dipropionat Klokortolon pivalat Fluocinolon acetonid Flurandrenolid Hidrokortizon valerat Mometazon furoat Triamcinolon acetonid	Skupina 3	Lokalni steroidi s srednje močnim delovanjem
Skupina 5	Lokalni steroidi s srednje močnim do blagim delovanjem	Betametazon dipropionat Betametazon valerat Desonid Fluocinolon acetonid Flurandrenolid Flutikazon propionat Hidrokortizon butirat Hidrokortizon probutat Hidrokortizon valerat Prednikarbat Triamcinolon acetonid		
Skupina 6	Lokalni steroidi z blagim delovanjem	Alklometazon dipropionat Betametazon valerat Desonid Flucinolon acetonid Triamcinolon acetonid		
Skupina 7	Lokalni steroidi z zelo blagim delovanjem	Hidrokortizon Hidrokortizon acetat	Skupina 4	Lokalni steroidi z blagim delovanjem

lokalno uporablja dalj časa, jih ukinjamo postopno, saj ima ob ukinitvi bolnik lahko še tedne neprijetne pekoče občutke, bolečine in večji občutek srbenja, ter občasno pojave vročine in rdečine, posebno če jih je uporabljal na obrazu ali perigenitalno (1). Kortikosteroidi imajo neželen učinke, če jih bolnik redno uporablja na večjih površinah telesa ali na predelih, kjer je koža tanka in zaradi tega sistemska absorpcija hitrejša, daljše časovno obdobje (več mesecev ali celo let). Tudi pri otrocih, kjer je koža tanka, jih previdno uporabljamo zaradi možne večje sistemske absorpcije. Potrebno je opozoriti tudi, da imajo otroci manjšo telesno površino v primerjavi z odraslimi, zato še hitreje lahko pride do sistemske absorpcije. Zato se pri dojenčkih svetuje uporaba le petine doze, ki je priporočena za odrasle, pri malih otrocih dve petini, pri adolescentih pa tri petine priporočene odrasle doze na enoto površine (9). Za preprečitev neželenih sistemskih učinkov se zato pri otrocih in starejših bolnikih ter na predelih tanjše kože (obraz, posebno predel okrog oči ter intertriginozni predeli) in na predelih okrog spolovila svetuje uporaba le blagih steroidov iz skupin 4 do 7 krajši čas (običajno do dveh tednov), na trdovratne plake na trupu in okončinah pa lahko krajši čas nanašamo steroide iz skupin 2 do 4 (Tabela 1) dva tedna. Da ne bi prihajalo do stranskih učinkov pri otrocih svetujemo celo uporabo steroidov vsak drug dan. Kot proaktivno zdravljenje se pri malih bolnikih priporoča uporaba steroidov enkrat do dvakrat na teden, s čimer se prepreči ponovne izbruhe bolezni, po izboljšanju stanja (3). Za preprečitev stranskih učinkov na plod se pri nosečnicah svetuje uporaba zmerno močnih do blagih lokalnih kortikosteroidnih pripravkov. Doječe mame pa naj ne nanašajo kortikosteroidnih pripravkov na prsne bradavice neposredno pred dojenjem. Lokalni kortikosteroidni pripravki imajo lahko ob dolgotrajni, nekontrolirani uporabi lokalne neželene učinke kot so: razširjene žilice–teleangiektazije, motnje v pigmentaciji kože, tanjšanje-atrofijo kože, strije, poraščenost, purporo, akneiformne spremembe, perioralni dermatitis in rozaceo. Sistemski neželeni učinki lokalni kortikosteroidov so v današnjem času zelo redki, saj se ob neodzivnosti na lokalno zdravljenje prej in hitreje odločimo za eno od vrst sistemske terapije in le krajši čas uporabljamo zelo močne steroidne pripravke. Najpogostejši sistemski neželeni učinek je zaviranje delovanja nadledvične žleze, redkejša neželjena učinka sta hiperglikemija in katarakta (ob nanosu okrog oči).

Derivati vitamina D

Med lokalne analoge vitamina D prištevamo kalcipotriene (kalcipotriol, kalcitriol) in takalcitol. S svojim imunomodulatornim efektom delujejo na keratinocite tako, da inhibirajo njihovo proliferacijo in stimulirajo njihovo diferenciacijo (10). Derivate vitamina D redko uporabljamo kot monoterapijo, pogosteje jih kombiniramo s kortikosteroidi, na način, da se vsak pripravek

nanaša enkrat na dan v začetku bolezni, ko je ta hujša, kasneje pa bolnik uporablja le enega. Z večjo zanesljivostjo pa derivate vitamina D uporabljamo na predelih, kjer steroidna mazila predpisujemo z zadržki, kot so pazduhe, dimlje, pregibi rok in obraz. Primerni so tudi za nanos na psoriatično spremenjene nohte. Kot monoterapijo se lahko uporabljajo pri lokalizirani pustulozni psoriazi na posameznih prstih. Kalcipotriol je mogoče uporabiti v obliki gela, kreme, mazila in raztopine, je pa tudi v kombinaciji z betametazon dipropionatom (11, 12). Derivate vitamina D bolniki nanašajo dvakrat na dan. Derivate vitamina D uporabljamo pri otrocih, ki so starejši od 6.let. Pri njih jih pogosto kombiniramo s steroidi na način 5 dnevne terapije z analogi vitamina D, sledi dvodnevni nanos kortikosteroidov. Derivati vitamina D so pogosta vzdrževalna terapija, ki ob redni, kontrolirani uporabi preprečuje hujše izbruhe bolezni. Tedenska količina pripravkov je omejena na 100 g oziroma 60 ml. Tudi teh pripravkov ne uporabljamo na obrazu, saj pogosto dražijo kožo, je pa kalcitriol manj iritativen kot kalcipotrien (13). Sočasna uporaba salicilne kisline jih lahko inaktivira, ne smemo pa pozabiti, da so tudi posamezni steroidni pripravki lahko kisli (12).
Pri dolgotrajnem zdravljenju so svetovane kontrole kalcija v krvi (14). Ob uporabi v kombinaciji s steroidi pa je ob dolgotrajni uporabi potrebno pomisliti tudi na neželene učinke steroidov.

Retinoidi

Tazaroten je lokalni retinoid (derivat vitamina A) novejših generacij. V obliki gela ga bolniki nanašajo enkrat na dan na psoriatične plake. 0,1% krema oziroma gel sta učinkovitejša od 0,05% koncentracij, vendar bolj dražita kožo, zato pogosteje tazaroten uporabljamo v kombinaciji s pripravki vitamina D ali s steroidi (12, 15).

Katran

Katran ima s svojim delovanjem na posebne receptorje antiinflamatorni in antiproliferativni učinek na psoriatičnih spremembah na koži (12, 16, 17). Katrani se nahajajo v šamponih, kremah, losionih, mazilih in oljih v 1%-5% koncentraciji. Na trupu jih običajno uporabljamo 1x dnevno zvečer, saj imajo lahko neprijeten vonj ter obarvajo oblačila. Šampon mora za doseganje učinkov učinkovati vsaj 5-10 minut, šele nato ga speremo (12, 17). Učinkovitejša kot monoterapija s katranom je zdravljenje v kombinaciji z lokalnimi kortikosteroidnimi pripravki. Pri otrocih katranove preparate redkeje uporabljamo zaradi iritacije kože (3).

Kalcineurin inhibitorji

Kalcineurin inhibitorje (0,1% ali 0,03% takrolimus mazilo in 1% pimekrolimus krema) uporabljamo v prvi vrsti za zdravljenje psoriaze na obrazu in

intertriginoznih predelih ter lokalizirane pustulozne luskavice prstov, kot dodatno terapijo sistemski terapiji pa v kombinaciji z lokalnimi steroidi pri generalizirani pustulozni psoriazi (12, 18, 19) z nanosom do dvakrat dnevno. Kalcineurin inhibitorji so tudi prva izbira terapije pri otrocih z luskavico. Seveda so učinkovitejši v kombinaciji s kortikosteroidnimi pripravki, vendar moramo biti pozorni zaradi zgoraj naštetih stranskih učinkov le-teh. Takoj po nanosu inhibitorjev kalcineurina lahko imajo bolniki še nekaj minut pekoč občutek na koži. V kolikor ta traja dalj časa, se odsvetuje njihova uporaba.

Antralin

Antralin deluje antiinflamatorno in normalizira diferenciacijo keratinocitov (12, 20). V začetku zdravljenja uporabljamo pripravke v koncentracijah od 0,1% do 0,25% z nanosom za 10 do 20 minut dnevno na koži, nato pa koncentracije in čas nanosa postopno višamo do polne doze 0,5 do 2% v trajanju ene ure (20). Poleg tega, da antralin rdečkasto obarva kožo (in oblačila), ima tudi neprijeten iritativen učinek na kožo, zato zdravo okolno kožo okrog plakov zaščitimo s cinkovim oksidom, po koncu terapije pa oba speremo s kože (8). Tudi ta preparat je zaradi iritacije kože manj primeren v terapiji otrok.

Namesto zaključka

Prednost lokalne terapije je, da je koža lahko dostopna za njeno izvajanje, da lahko učinkovitost zdravljenja brez večjih težav kontroliramo in prilagajamo stanju bolezenskih sprememb ter da se le malo lokalno apliciranih snovi absorbira v telo ob pravilni uporabi in tako praktično ne povzroča sistemskih neželenih učinkov. Kot lokalna terapija ali pa podpora le tej pa je morda še pomembnejša vsakodnevna skrb za pravilno osnovno nego kože, kar je temelj zdravljenja vseh, posebno pa še kroničnih kožnih bolezni. Pomembnejša je od lokalne terapije, saj s pravilno osnovno terapijo oziroma nego kože podaljšamo čas med posameznimi izbruhi bolezni oziroma so ob tej podporni terapiji mnogokrat potrebni manj agresivni lokalni pripravki za krajši čas (1). Koža bolnikov z luskavico je pogosto suha, srbi, peče ali celo boli. Težave so hujše pozimi, kjer je zaradi ogrevanja zrak v zaprtih prostorih pogosto suh, kar kožo še dodatno izsuši, zato poleg lokalnih pripravkov za nego kože svetujemo tudi uporabo vlažilcev zraka. Lokalni pripravki, ki poskrbijo, da ostane koža mehka in vlažna, zmanjšajo neprijetne simptome kot je zategovanje kože in srbenje ter dražeč občutek na koži. Za osnovno terapijo kože naj bolniki z luskavico uporabljajo pripravke z ureo in glicerolom, oziroma pripravke, ki vsebujejo vlažilce kože oziroma emoliense, ki jih na kožo, če je le možno nanesejo vsaj dvakrat na dan, namazane na debelo. Dodatki polidokanola ublažijo srbež. Oljne in slane kopeli, ki jih izvajajo bolniki, prav tako pripomorejo k izboljšanju stanja kože (1). Vlaženje kože pre-

prečuje pokanje kože in sluznic, kar lahko predstavlja vstopno mesto za okužbe. Koža ostane dalj časa vlažna, če lokalne pripravke nanesemo nanjo takoj po kopanju oziroma tuširanju. Tuširanje in kopanje naj bosta kratka (5 oziroma do 15 minut). Voda naj ne bo prevroča in ob tem ne uporabljajmo razmaščevalnih mil ali kopeli. Hladnejša voda zmanjša občutek srbenja. Odsvetuje se tudi agresivno brisanje kože. Osnovna terapija kože lahko stanjša luske oziroma se te, ker so mehkejše, lažje in hitreje odluščijo. Posebno ob srbenju, svetujemo, da se namesto praskanja, drgnjenja, na kožo nanesejo ohlajeni pripravki za nego kože. Osnovno terapijo kože izvajamo s t.i. indiferentnimi pripravki, ki pogosto vsebujejo olivno olje v podlagi, te najpogosteje predpiše zdravnik. V zadnjih letih pa se vedno bolj uveljavlja vloga dermokozmetike oz. kozmeceutikov za osnovno terapijo oz. nego kože.

Številne študije dokazujejo, da dnevna uporaba losijonov tipa voda v olju z dodano ureo ali mlečno kislino kot aktivnima učinkovinama lahko zmanjša srbež v več kot 90%, zmanjša občutek zategovanja kože v več kot 80%, zmanjša suhost kože v skoraj 95%, ter zmanjša luščenje in rdečino kože v 84%-94% (21). Koža vsebuje več kot 90% vode, v zgornjih plasteh je je med 50-80%, kadar je odstotek nižji, je koža suha, s tem pa še dodatno izgubi sposobnost vezave vode, motena je funkcija kože kot bariere med telesom in okolico, kar še dodatno vodi v njeno izsušitev. Za regulacijo vsebnosti vode v koži so pomembne maščobe (ceramidi) (22, 23) v njeni zgornji plasti in posebne molekule (naravni vlažilci), ki vsebujejo ureo v 3-7% (24). Pri luskavici, kjer je koža suha, je vsebnost uree v naravnih vlažilcih zmanjšana, zato je uporaba preparatov z ureo priporočljiva, ker zmanjšuje dodatno izsuševanje kože in jo vlaži (21, 25). Pomembno vlogo imajo tudi Aquaporin 3 kanalčki, ki omogočajo čezmembranski prenos vode in glicerola. Pri luskavici prihaja do disregulacije njihovega delovanja. Linoleinska kislina v dermokozmetiki regulira njihovo delovanje (26). Njihovo delovanje pa regulira tudi gliceril glukozid, ki prav tako zmanjša izgubo vode s tem pa izboljša vlažnost kože (27-29).

Srbež je eden večjih problemov bolnikov s suho kožo. Kadar imajo dermokozmetični preparati dodan polidokanol ali mentol in glicerol kot vlažilec, se srbež zmanjša v 88%, občutek zategovanja pa v 85%. Tudi suhost in luščenje sta manjša za več kot 80%. Za hiter nanos so primerni preparati v obliki spreja, ki v študijah daje tako dobre rezultate že v prvih treh tednih uporabe (30). Srbež in suhost lasišča prav tako lahko zmanjšamo z uporabo preparatov, ki poleg uree in polidokanola vsebujejo tudi likokhalkon A, ki skupaj zmanjšajo koncentracijo proinflamatornih citokinov, s tem pa vnetje kože v lasišču (31, 32).

Ob vsakodnevni negi kože, ki dokazano izboljšajo vlažnost kože (urea, gluko-glicerol, ceramidi, laktat), je poleg umivanja z oljnimi komponentami, ki vsebujejo lipide, pomembno tudi, kakšna oblačila izberemo, oziroma iz kakšnih

materialov so le-ta. Ker se pri športnih aktivnostih veliko znojimo, kar draži kožo, morajo ohlapna oblačila odvajati vlago s telesa. Grobe tkanine pretesnih oblačil dodatno dražeče delujejo na kožo. Oblačila, ki pridejo v stik s kožo, naj bodo bombažna. Dlani ob vsakodnevnem delu, kjer je le možno, dodatno zaščitimo z bombažnimi rokavicami.

Lokalna terapija pri bolniki z luskavico pa bo uspešna le, če bomo dosegli dobro sodelovanje bolnika, saj si jo po večini sam nanaša. Zato mora bolnik razumeti naravo in potek bolezni, poznati možne lokalne pripravke za lajšanje bolezni, njihovo delovanje, način uporabe in možne stranske učinke, kar smo mu dolžni razložiti na njemu razumljiv način.

Viri:

1. Planinšek Ručigaj T. Lokalna terapija psoriaze. V: Benedičič A (ur.), Planinšek Ručigaj T (ur.). Zbornik predavanj, Šola o psoriazi, Celje, oktober 2014. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov. 2014, str. 25-29.
2. Menter A, Griffiths CE Current and future management of psoriasis. Lancet 2007; 370: 272.
3. Therapie der Psoriasis bei Kindern und JugendlichenAWMF-Register-Nr.: 013-094, 201. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-094l_S2k_Therapie-Psoriasis-Kinder-Jugendliche_2019-07.pdf. (Accessed on August 2, 2019).
4. Samarasekera EJ, Sawyer L, Wonderling D, et al. Topical therapies fort he treatment of plaque psoriasis: systematic review and network meta-analyses. Br J Dermatol 2013; 168: 954.
5. McKensie AW, Stoughton RB. Method for comparing cutaneus absorption of steroids. Arch Dermatol 1962; 86: 608.
6. Topical corticosteroid- UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=DERM/62... (Accessed on August 2, 2019).
7. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. Am Fam Physician 2009; 79: 135–40.

8. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al. Guidelines of care for management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care fort he management and treatment of psoriasis with topical zherapies. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 643.
9. Nelson AAMiller AD, Fleischer AB, et al. How much of a topical agent should be prescribed for children of different sizes? J Dermatolog Treat 2"6; 17: 224.
10. Jensen AM, Lladó MB, Skov L, et al. Calcipotriol inhibits the proliferation of hyperproliferative CD29 positive keratinocytes in psoriatic epidermis in the absence o fan effect on the function and number of antigen-presenting cells. Br J Dermatol 1998; 139: 984.
11. Koo J, Blum RR, Lebwohl M. A randomized, multicenter study of calcipotriene ointment and clobetasol propionate foam in the sequential treatment of localized plaque-type psoriasis: short- and long-term outcomes. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 637.
12. Treatment of psoriasis in adults – UptoDate. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adult... (Accessed on August 2, 2019).
13. Ortonne JP, Humbert P, Nicolas JF, et al. Intra-individual comparison of the cutaneus safety and efficacy of calcitriol 3 microg g (-1) ointment and calcipotriol 50 microg g (-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. Br J Dermatol 2003; 148: 326.
14. Bourke JF. Berth-Jones J, Hutchinson PE. Hypercalcaemia with topical calcipotriol. BMJ 1993; 306: 1344.
15. Gollnick H, Menter A. Combination therapy with tazarotene plus a topical corticosteroid fort he treatment of plaque psoriasis. Br J Dermatol 1999; 140 (54): 18.
16. Sekhon S, Jeon C, Nakamura M, et al. Review of the mechanism of action of coal tar in psoriasis. J Dermatolog Treat 2018; 29: 230.
17. Paghdal KV, Schwartz RA. Topical tar: back to the future. J AM Acad Dermatol 2009; 61: 294.
18. Lebwohl M, Freeman AK, Chapman MS, et al. Tacrolimus ointment is effective for facial and intertriginous psoriasis. J AM Dermatol 2004; 51: 723.
19. Gribetz C, Ling M, Lebwohl M, et al. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of intertriginous psoriasis: a double-blind, randomized study. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 731.
20. Forman SB. Miscellaneous topical agents. V: Comprehensive Dermatologic Drug Therapy. 2nd ed, Wolverton SE (ur.), Elsevier, Philadelphia. 2007, str. 775.
21. Schölermann A, Rippke F. 10 % Urea Lotion-Concomitant Treatment of extremly Dry skin in the Dermatologists Office, 16th EADV Congress Vienna 2007.
22. Bohnsack K, Weber T, Koop U , Filbry A, Schoelermann A, Rippke F, Kausch M. A new skin care approach for xerosis: topical treatments containing natural moisturizing factors, glyceryl glucoside, and ceramide. 21st EADV Congress Prague 2012.
23. Worthmann A, Sammain A, Palfi D, De Kleijn S, Neufang G. Real-World-Evidence: A topical formulation containing a combination of Urea, Ceramides, Glucoglycerol and Natural Moisturizing Factors (NMF's) significantly improves all symptoms of Xerosis Cutis. 24th World Congress of Dermatology WCD Milan 2019.
24. Roggenkamp D, Koop U, Filbry A, Keyhanian S, de Kleijn S, Conzelmann S, Neufang G. Vehicle-controlled treatment of xerosis with a topical formulation containing natural moisturizing factors and lipids. EADV Congress Vienna 2016.
25. Altgilbers S, Holtzmann U, Rippke F, Filbry A, Conzelmann S, Weber TM, Vietzke JP, Burkhardt T, Roggenkamp D, Groenniger E. Enhancement of skin barrier function on a cellular and phenotypic level: Integrative effects of a novel multi-functional moisturizer. 24th World Congress of Dermatology WCD Milan 2019.
26. Siefken W, Breitenbach U, Filbry A, Schölermann A, Staeb F, Wenck H. A New Role for Linoleic Acid in Skin Moisturizatio. 16th EADV Congress Vienna 2007.
27. Bohnsack K, Koop U, Filbry A, Schoelermann A, Rippke F, Kausch M. Advances in the treatment of xerosis: Novel humectants provide superior moisturization compared to common treatments. 21st EADV Congress Prague 2012.
28. Jung KA, Buck B, Benner G, Filbry A, Schoelermann AM. 10% urea-containing body lotion improves subjective and objective symptoms of patients suffering from mild to moderate psoriasis: Results of a 4-weeks-treatment in vivo study. 23rd WCD Vancouver 2015.
29. Jung KA, Buck B, Neufang G, Filbry A, Schoelermann AM. A multifunctional moisturizing repair body lotion improves subjective and objective symptoms of patients suffering from mild to moderate psoriasis. 73rd Annual Meeting AAD | San Francisco, Calif. 2015 | Poster Nr. 1991.
30. Schölermann A, Gieler U, Rippke F. Itch Relief by Topical Application of an Emulsion Spray (Eucerin®Akutspray) in Patients with Chronic Dry Skin Condition, 16th EADV Congress Vienna 2007.
31. Filbry A, Baufeld C, Drescher P, Oltrogge B, Rippke F, Leneveu-Duchemin MC, Schmidt-Rose T, Max H, Schweiger D. Efficacy of a new tonic containing urea, polidocanol and Glycyrrhiza inflata root extract against symptoms of dry and itchy scalp. 21st EADV Congress Prague 2012.
32. Sulzberger M, Worthmann AC, Holtzmann U, Jung KA, Buck B, Rippke F, Wolber R, Neufang G, Groenniger E. The combination of TRPV1-Antagonist 4-t-Butylcyclohexanol and the anti-inflammatory flavonoid Licochalcone A effectively improves subjective and objective symptoms of sensitive and irritated skin. 23rd WCD Vancouver 2015.

04

ZDRAVLJENJE LUSKAVICE Z NARAVNIMI IN UMETNIMI ULTRAVIJOLIČNIMI ŽARKI

Avtor:

Martina Lipič, dr. med., asist. Vesna Breznik, dr. med.

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor



Sonce, naravni vir ultravijoličnih žarkov

Dolgo je že znano, da imajo sončni žarki blagodejen vpliv pri večini bolnikov z luskavico. Le pri 10 % bolnikov z luskavico pride do poslabšanja kožnega stanja ob izpostavitvi soncu. Zdravljenje s sončnimi žarki strokovno imenujemo helioterapija. Ključni so ultravijolični (UV) žarki, predvsem UVA in UVB, ki prodrejo skozi kožo, upočasnijo bolezensko prehitro delitev celic kože pri luskavici (keratinizacijo) in imajo protivnetni učinek. Delujejo tako, da zavirajo tvorbo je genetske zasnove - deoksiribonukleinske kisline (DNK) kožnih celic (keratinocitov).

Izpostavitev sončnim žarkom mora biti zmerna, tako da ne pride do opeklin, ki lahko poslabšajo kožno stanje. Na mestih opeklin lahko pride do pojava žarišč luskavice (t.i. Köbnerjev fenomen). Prekomerno sončenje predstavlja tudi tveganje za kožnega raka in prezgodnje staranje kože. Priporočljiva je zaščita zdrave kože s kremami za sončenje, ki naj imajo UVA in UVB spekter zaščite. Kremo je potrebno nanesti 15-30 minut pred predvidenim izpostavljanjem in nanos večkrat dnevno obnavljati glede na sončni zaščitni faktor (SPF), ki naj bo višji ali enak 30. Ob tem je potrebna tudi zaščita oči s sončnimi očali s 100 % UVA- in UVB-zaščito, saj dolgotrajno izpostavljanje sončnim žarkom lahko pospeši nastanek sive mrene (katarakte) na očesni leči.

Naravna metoda zdravljenja psoriaze in psoriatičnega artritisa je poleg zmernega sončenja tudi kopanje v termo-mineralni ali morski vodi, saj taka voda zmehča kožne spremembe (t.i. balneoterapija). Pri tovrstnem zdravljenju

bolniku koristijo tudi sprememba okolja, psihična sprostitev, spremenjen način prehrane, različni postopki fizikalne terapije in večja telesna dejavnost (t.i. klimatoterapija).

Umetni viri ultravijoličnih žarkov

Že več desetletij se za zdravljenje luskavice izkorišča umetne vire UV-sevanja. Možnosti obsevalnega zdravljenja se z razvojem novih obsevalnih aparatov, ki sevajo UV-žarke posebnih valovnih dolžin, povečujejo. Fototerapija je postala zaradi relativne varnosti in enostavnega izvajanja precej razširjena, fotokemoterapija pa se zaradi večje zahtevnosti izvaja le v za to specializiranih centrih.

Fototerapija

Razvoj tehnike je omogočil izdelavo obsevalnih aparatov, ki oddajajo UV-žarke posebnih, selektivnih valovnih dolžin, ki imajo največji učinek na obolelo kožo. Poznamo selektivno ultravijolično fototerapijo (selective ultraviolet phototherapy - SUP), pri kateri izkoriščamo dolgovalovni del UVB-žarkov in kratkovalovni del UVA-žarkov (spekter žarkov z valovno dolžino od 305-325nm). Zdravljenje s SUP je primerno pri blažjih in srednje hudih oblikah luskavice, kjer so žarišča obolele kože tanka. Izvaja se lahko tako pri odraslih kot otrocih. Z leti raziskovanj in razvoja jo je nadomestila ozkospektralna UVB 311 nm fototerapija (narrow band UVB), ki nudi hitrejše in učinkovitejše zdravljenje ter daljša obdobja brez kožnih sprememb (remisija). Učinkovita je z manjšim številom obsevanj na teden kot širokospektralna UVB-fototerapija. Je enostavna in varna, zaradi česar predstavlja alternativo sicer učinkovitejši fotokemoterapiji.

Za vsakega bolnika se glede na fototip kože in prizadetost kože naredi individualen načrt zdravljenja, ki ga je potrebno dosledno upoštevati. Hkrati se lahko uporablja druge oblike lokalnega in sistemskega zdravljenja. Fototerapija se izvaja 3 - 5-krat tedensko, celokupno približno 30-krat. Nato se lahko nadaljuje z vzdrževalnim obsevanjem, da se podaljša čas remisije. Neprizadete dele telesa je smiselno pred fototerapijo zakriti, nujna je zaščita oči s sončnimi očali med obsevanjem.

Za trdovratno luskavico lasišča, ki se ne odzove na lokalno zdravljenje, je na voljo obsevanje s SUP-glavnikom. Z obsevanjem pričnemo, ko z lasišča očistimo luske (npr. po uporabi oljne kape). Obsevanje traja 5-15 minut - v tem času se bolnik počasi češe po celotnem lasišču.

V kolikor si bolnik sam priskrbi obsevalno napravo, je možno tudi zdravljenje s SUP doma, kar predstavlja udobnejši način zdravljenja luskavice, a zahteva doslednost pri upoštevanju načrta zdravljenja. Zaradi varnosti je priporočljivo sodelovanje z zdravnikom.

Fototerapija ima tudi možne neželene učinke, ki jih delimo na akutne in kro-

nične. Rdečina se pri večini bolnikov pojavi po 12-ih do 24-ih urah. Bolnikom je potrebno pred pričetkom obsevanja razložiti, da je blaga rdečina, kateri sledi porjavitev kože, pogoj za uspešno zdravljenje. Dolgoročno povzročajo UVB- in UVA-žarki kronično aktinično okvaro kože, ki se klinično kaže z zadebelitvijo povrhnjice (fotoakantoza), kasneje pa z njenim tanjšanjem, pomanjkljivim in prekomernim obarvanjem kože ter s pojavom sekundarnih sončnih peg (lentigo pigmentacij). Na kronično spremenjeni koži od sonca lahko pride po večih letih do nastanka kožnega raka.

Fotokemoterapija

Fotokemoterapija je metoda, pri kateri uporabljamo umetno UVA sevanje z valovno dolžino 360 – 365 nm hkrati s sredstvom za povečanje občutljivosti kože za UV-žarke (fotosenzibilizatorjem). Ta sredstva so fotoaktivni furokumarini in jih imenujemo psoraleni – najpogosteje uporabljena sta 8-metoksipsoralen in 5-metoksipsoralen. Metodo zato imenujemo PUVA (psoralen + UVA). UVA žarki so brez fotosezibilizatorja dokaj neučinkoviti. Raziskave kažejo, da PUVA izboljša luskavico pri 85 % bolnikov. Privede lahko do dolgih remisij (več mesecev ali celo let), tudi brez vzdrževalnega zdravljenja. Primerna je za zdravljenje zmerne do težke oblike luskavice (v plakih, kapljičasta, dlani in podplatov) pri odraslih, za otroke in najstnike pa ni primerna. Določena stanja kot so nosečnost, dojenje in nekatere bolezni (kožni rak, težje srčne bolezni, itd.) so kontraindikacija za zdravljenje s PUVA. Glede na način vnosa psoralena ločimo sistemsko, lokalno in kopelno PUVA.

Pri sistemski PUVA bolniki zaužijejo primerno količino psoralena v obliki tablet 2 uri pred obsevanjem z UVA-žarki. Kot fototerapija se tudi PUVA izvaja po natančnem načrtu. Pri obsevanju s PUVA ne določamo več, koliko minut se bo bolnik obseval, ampak merimo gostoto energije, ki se absorbira na določeno površino kože (J/cm2). Obseva se po shemi 3 – 4-krat tedensko, do 30-krat v enem ciklusu, lahko pa tudi dlje za vzdrževanje remisije. Bolnika je potrebno opozoriti, da se fotosenzibilizator izloči iz telesa šele 8 – 10 ur po obsevanju, zato je potrebno striktno izogibanje vsakemu dodatnemu izpostavljanju sončnim žarkom ves čas zdravljenja in še nekaj dni po zaključku. Ob tem je potrebna tudi zaščita oči s sončnimi očali med obsevanjem in še 12 – 24 ur po zaužitju psoralena.

Pri bolnikih, ki imajo jetrna obolenja, ki ne prenašajo psoralena ali imajo trdovratne plake, je primernejša kopelna PUVA (bath PUVA). Bolnika 15 minut pred obsevanjem z UVA-žarki, namakamo v vodni raztopini psoralena. Tudi pri tej metodi je potrebno bolnika opozoriti na zaščito pred soncem še 24 ur po kopeli.

Lokalna PUVA je primerna za zdravljenje luskavice dlani in podplatov (palmo-

plantarne luskavice). Pri tej metodi pol ure pred obsevanjem z UVA-žarki na prizadete predele kože nanesemo kremo, v kateri je psoralen. Za obsevanje uporabljamo posebno PUVA-svetilko. Shema obsevanja je enaka kot pri sistemski PUVA. Takoj po končanem obsevanju je potrebno kremo umiti.
PUVA terapijo lahko kombiniramo z drugimi lokalnimi in sistemskimi metodami zdravljenja. S tem povečamo učinkovitost, zmanjšamo neželene učinke in preprečimo odpornost na zdravljenje. Tak primer je Re-PUVA, kjer hkrati zdravimo s sistemskim retinoidom v obliki tablet (acitretinom).
PUVA terapija prinaša določene kratkotrajne in dolgotrajne neželene učinke. Med kratkotrajnimi se pojavljajo slabost po psoralenu, srbenje kože, otekanje nog, pordelost in oteklina kože, lahko tudi mehurji. Med dolgotrajnimi posledicami pa je zvečano tveganje za neagresivne oblike kožnega raka, ki je premosorazmerno s številom obsevanj, zato se priporoča do skupno 150 obsevanj. Potrebno je redno samopregledovanje kože in občasni pregledi pri dermatologu. Nekatere raziskave poročajo tudi o povečanem tveganju za maligni melanom. V kolikor se ne izvaja zaščita s sončnimi očali, lahko nastane siva mrena. Pege, gubice, suhost in zategovanje kože so znaki prezgodnjega staranja kože.

Laserji

Xtrac (excimer) laser je sodobna metoda zdravljenja luskavice, ki temelji na UV-žarkih visoke jakosti (308 nm), kar je zelo podobno ozkospektralni UVB fototerapiji. Primeren je za blago do zmerno obliko luskavice v plakih, luskavico lasišča in palmoplantarno luskavico. Primeren je tako za odrasle kot otroke. Terapija se izvaja le na prizadetih delih kože. Raziskave kažejo, da je potrebno manjše število obsevanj za dosego cilja (remisije) v primerjavi z ostalimi fototerapijami. Terapija z laserjem se navadno izvaja 2-krat tedensko, z vsaj 48-urnimi presledki. Povprečno pa je potrebnih 4 – 10 terapij. Povzroča lahko blage opekline in hiperpigmentacije (porjavelost) na mestih zdravljenja, ki po končanem zdravljenju postopno izzvenijo. O dolgoročni uspešnosti in tveganjih podatkov še ni. Teoretično lahko pride do staranja kože in razvoja kožnega raka na mestih izvedene terapije.

Viri:

1. Hönigsmann H, Schwarz T. Ultraviolet therapy. In: Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. Fourth edition. Elsevier 2018; 2325-2339
2. Zagoričnik B. Fototerapija in fotokemoterapija v dermatologiji. Med razgl 2001; 40: 191–197
3. Arzenšek J, Miljković J. Eritematoskvamozne kožne bolezni. In: Kansky A, Miljković J, Dolenc-Voljč M. Kožne in spolne bolezni. Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Združenje slovenskih dermatovenerologov, 2017; 267-272
4. Feldman SR. Treatment of psoriasis in adults. Dosegljivo 13. 10. 2019 s spletne strani: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults?search=psoriasis%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references
5. Mehraban S, Feily A. 308nm Excimer Laser in Dermatology. J Lasers Med Sci 2014;5(1):8-12
6. Feldman SR. Targeted phototherapy. Dosegljivo 13. 10. 2019 s spletne strani: https://www.uptodate.com/contents/targeted-phototherapy?search=phototherapy&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
7. Hönigsmann H. UVB therapy (broadband and narrowband). Dosegljivo 13. 10. 2019 s spletne strani:https://www.uptodate.com/contents/uvb-therapy-broadband-and-narrowband?search=phototherapy&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

05

ZDRAVLJENJE LUSKAVICE S SISTEMSKIMI ZDRAVILI

Avtor:

asist. dr. Katarina Trčko, dr. med.

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor



Luskavica je kronična bolezen, ki jo s sodobnimi načini zdravljenja zelo učinkovito obvladujemo, vendar je žal še vedno ne moremo ozdraviti. Na voljo so številni načini zdravljenja, od fizikalnih metod do zdravljenja z lokalnimi in sistemskimi zdravili. Zdravljenje je prilagojeno vsakemu posamezniku in je odvisno od aktivnosti bolezni, vpliva bolezni na kvaliteto bolezni ter pridruženih bolezni.

Aktivnost bolezni dermatologi ocenimo s pomočjo različnih indeksov, ki nam pomagajo opredeliti stopnjo resnosti luskavice. Eden najenostavnejših načinov je določanje velikosti površine prizadete kože (BSA, iz ang. Body Surface Area), pri kateri ena bolnikova dlan predstavlja en odstotek telesne površine. Resnost luskavice lahko ocenimo tudi z indeksom PASI (iz ang. Psoriasis Area and Severity Index), pri katerem poleg velikosti površine ocenjujemo rdečino, zadebeljenost in luščenje prizadete kože. Klinična izraženost psoriaze ni vedno zanesljiv napovednik vpliva bolezni na kvaliteto življenja. Posebna klinična stanja, kot so prizadetost obraza, rok ali huda prizadetost nohtov lahko zelo poslabšajo kvaliteto bolnikovega življenja. Z indeksom dermatološke kakovosti življenja (DLQI, iz ang. Dermatology Life Quality Index) lahko opredelimo vpliv luskavice na kakovost bolnikovega življenja, ki je lahko zanemarljiv do zelo obremenjujoč.

Pri izboru zdravljenja ima bistven pomen obsežnost in stopnja luskavice, ki je lahko blaga ali zmerna do huda. O blagi luskavici govorimo, če so indeksi PASI, BSA in DLQI pod 10. Pri zmerni do hudi luskavici so omenjeni indeksi večji

od 10. Luskavico lahko zdravimo z zdravili, ki jih nanašamo na kožo (lokalno zdravljenje), obsevanjem z ultravijoličnimi žarki (fototerapija) ali zdravila zaužijemo oziroma se aplicirajo pod kožo ali intravensko (sistemsko zdravljenje). Za sistemsko zdravljenje se odločimo pri zmerni do hudi luskavici, kadar bolezni ne moremo obvladati z lokalnimi zdravili in/ali fototerapijo. Prvi izbor so konvencionalna sistemska zdravila, če pa zdravljenje z njimi ni uspešno, če jih bolnik ne prenaša ali če ima kontraindikacije za njihovo uporabo, bolniku predpišemo biološka zdravila.

Med konvencionalna sistemska zdravila prištevamo metotreksat, acitretin in ciklosporin. Zdravljenje z njimi mora nadzorovati dermatolog z rednim spremljanjem laboratorijskih kazalcev.

Najpogosteje se odločimo za metotreksat, ki je najstarejše sistemsko zdravilo za zdravljenje luskavice. Navadno se uporablja kot monoterapija, lahko pa v kombinaciji z drugimi zdravili. Učinkovit je tudi pri zdravljenju luskavičnega artritisa, luskavice nohtov ter pustulozne luskavice. Je antagonist folne kisline in se uporablja v odmerku 15 mg enkrat na teden peroralno ali v obliki podkožnih injekcij. Klinični odziv pričakujemo 16-24 tednov po uvedbi zdravila. En dan po odmerku metotreksata bolniku svetujemo dodatek 5 mg folne kisline. Tekom zdravljenja je potrebno redno spremljati osnovno in diferencialno krvno sliko, jetrne in ledvične teste, urin, albumine, sprva v 2-tedenskih intervalih, nato enkrat na tri mesece. Najpogostejši neželeni učinki so slabost, bruhanje in glavobol. Resni, a redki stranski učinki so supresija kostnega mozga, okvara jeter in fibroza pljuč. Tveganje za okvaro jeter je večje pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2, hepatitisom B in C, pri prekomernem uživanju alkohola, bolnikih s prekomerno telesno težo, ter pri sočasnem jemanju nekaterih zdravil (npr. nesteroidni antirevmatiki). Metotreksat je teratogen, zato tako moškim kot ženskam svetujemo med zdravljenjem in še tri mesece po prekinitvi zdravljenja uporabo kontracepcije.

Acitretin je retinoid in se uporablja pri zdravljenju luskavice s plaki ter zdravljenju pustulozne in eritrodermične luskavice. Je zdravilo izbora pri imunsko oslabljenih bolnikih in bolnikih z malignim obolenjem. Uporablja se kot monoterapija, pogosteje pa v kombinaciji s fototerapijo. Acitretin je manj učinkovit kot metotreksat ali ciklosoporin, optimalen učinek se pokaže čez 3-6 mesecev. Priporočen začetni odmerek je 10-25 mg dnevno 4 tedne, nato 0,5 do 0,8 mg/kg dnevno. Potrebno je redno spremljanje jetrnih testov ter lipidograma. Pri vseh bolnikih, ki prejemajo acitretin se pojavi suhost sluznic, ustnic, lahko krvavitve iz nosu ter povečana občutljivost na UV-sevanje. Možni neželeni učinki so okvara jeter ter hiperlipidemija. Zdravilo je teratogeno, zato ženskam svetujemo kontracepcijo med zdravljenjem ter še dve leti po prekinitvi zdravljenja.

Ciklosporin (CsA) je kalcinevrinski inhibitor, ki se že vrsto let uporablja za za-

viranje imunskega odgovora pri presaditvah organov. Za zdravljenje luskavice se uporablja od leta 1993. Učinek CsA je zelo hiter in je opazen že v nekaj tednih, zato ga uporabljajmo pri bolnikih, ki potrebujejo hiter nastop delovanja. Učinkovit je tudi pri palmoplantarni pustulozni luskavici. CsA ni teratogen, zato je tudi zdravilo izbora pri ženskah, ki načrtujejo družino in je sistemsko zdravljenje nujno potrebno. Pri zdravljenju s CsA je možen razvoj številnih neželenih učinkov, zato njegovo uporabo skušamo omejiti na 6 mesecev oziroma največ 2 leti. Običajni odmerek je 2,5-5 mg/kg, razdeljeno na dva dnevna odmerka. Resni neželeni učinki so ledvična okvara, arterijska hipertenzija, povečana poraščenost, hiperplazija dlesni, večja verjetnost malignih tumorjev. Zaradi imunosupresije in karcinogeneze ga med dojenjem odsvetujemo. Interakcije z drugimi zdravili so številne, zato bolnikom, ki prejemajo CsA odsvetujemo jemanje makrolidnih antibiotikov, antimikotikov, kalcijev antagonistov itd. Odsvetujemo tudi uživanje soka grenivke in izvlečkov šentjanževke.
Potrebno je redno spremljanje hemograma, ledvičnih testov, elektrolitov v serumu, jetrne teste, urin in krvni tlak.
Biološka zdravila delujejo specifično, usmerjeno proti imunskim mehanizmom, ki povzročajo nastanek in vzdrževanje kožnih sprememb pri luskavici. Večinoma gre za monoklonska protitelesa, ki blokirajo aktivna mesta na tarčnem antigenu ter onemogočajo njegovo biološko funkcijo. So relativno varna, vendar je pri zdravljenju potreben skrben nadzor dermatologa. Bolnikom je pred uvedbo biološkega zdravila potrebno izključiti tuberkulozo ter okužbo z virusom hepatitisa B in C ter HIV. Pred uvedbo zdravljenja svetujemo cepljenje proti hepatitisu B, virusu varičela zoster, pnevmokoku in pri mlajših bolnicah proti HPV. Tekom zdravljenja svetujemo vsem bolnikom sezonsko cepljenje proti gripi.
Pri bolnikih, ki prejemajo biološka zdravila, obstaja večje tveganje za razvoj resnih okužb. Med zdravljenjem moramo biti pozorni na pojav nejasnih kliničnih znakov, kot so povišana telesna temperatura, znojenje, hujšanje, kašelj, glavobol. Pri dolgotrajnem zdravljenju je morebitna večja pojavnost malignih obolenj, zato vsem bolnikom svetujemo sodelovanje v nacionalnih presejalnih programih ter redno samopregledovanje kožnih znamenj.
Trenutno so pri nas na voljo zaviralci dejavnika tumorske nekroze alfa TNF-α (adalimumab, infliksimab, etanercept), zaviralec IL-12 in IL-23 (ustekinumab), zaviralci IL-17 (sekukinumab, iksekizumab) in zaviralci IL-23 (guselkumab, risankizumab).
Apremilast je peroralni inhibitor fosfodiesteraze 4 (PDE4) in zmanjša vnetni odziv z moduliranjem ekspresije TNF-α, IL-23, IL-17 in drugih vnetnih citokinov. Najpogostejši neželeni učinki so gastrointestinalne motnje.
Uspešnost sistemskega zdravljenja ocenimo po začetnem obdobju zdravljenja, ki traja 16-24 tednov. V kolikor je odziv na zdravljenje s sistemskim zdravilom

zadovoljiv, kar ocenimo z indeksom PASI ali DLQI, z zdravljenjem nadaljujemo, v primeru neuspešnega zdravljenja pa je potrebno zdravljenje spremeniti.
Pri zdravljenju luskavice je poleg farmakološkega zdravljenja bistvenega pomena, da bolnik pozna značilnosti bolezni ter dejavnike, ki vplivajo na poslabšanje bolezni. Pomemben je tudi zdrav življenjski slog, zdrav način prehranjevanja, redna telesna aktivnost ter vzdrževanje primerne telesne teže. Pomembno je omejiti pitje alkohola ter opustiti kajenje. Bolniki velikokrat potrebujejo tudi čustveno in psihično podporo s strani zdravstvenih delavcev in okolice.

Viri:

1. Nast A, Amelunxen L, Augustin M, et al. S3 Guideline for the treatment of psoriasis vulgaris, Update - Short version part 1-Systemic treatment. J Dtsch Dermatol Ges. 2018;16(5):645-669.
2. Nast A , Boehncke WH , Mrowietz U, et al. S3 - Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. J Dtsch Dermatol Ges.2012; 10: S1 – 95.
3. Mrowietz U. Implementing treatment goals for successful long-term management of psoriasis.J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Mar;Suppl 2:12-20.
4. Feldman SR. UpToDate: Treatment of psoriasis in adults. [citirano 2019 maj 27]. Dosegljivo na: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults
5. Christophers E., Mrowietz U. Psoriasis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. eds. Braun-Falcos Dermatology. 3rd ed. Heidelberg: Springer Verlag, 2009. pp.506-526.
6. Tlaker Žunter V. Luskavica:zdravljenje. V: Miljković J s sodelavci. Monografija o luskavici. Maribor. Združenje slovenskih dermatologov,2015.p.71-80.
7. Arzenšek J, Miljković J. Eritematoskvamozne kožne bolezni. V: Kansky A s sodelavci. Kožne in spolne bolezni, Maribor. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov,2016. p. 267-276.

06

LUSKAVICA IN POMEMBNE PRILAGODITVE ŽIVLJENJSKEGA SLOGA BOLNIKA ZA BOLJŠE OBVLADOVANJE BOLEZNI

Avtor:

Prim. mag. Ana Benedičič, dr. med., specialistka dermatovenerologije

Dermatovenerološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje



Luskavica ali psoriaza je pogosta kronična večplastna vnetna imunsko pogojena nenalezljiva sistemska bolezen, ki zelo prizadene kakovost življenja bolnika. Pri večini bolnikov se najvidnejši znaki bolezni pokažejo najprej na koži. Najbolj značilni so bolj ali manj zadebeljeni in s srebrnimi luskami odmrlih kožnih celic obloženi vnetni plaki različnih velikosti od kaplje do plošč v površini več dlani na raznih delih telesa. Luskavica prizadene 1 do 2 % svetovnega prebivalstva in je ena najpogostejših kožnih bolezni. V svetu živi 125 milijonov in v Sloveniji okrog 35.000 ljudi s psoriazo na koži ali psoriatičnim artritisom.

Luskavica se lahko pojavi v različnih starostnih obdobjih in v večini primerov traja vse življenje. Poteka bolezni vnaprej ne moremo natančno predvideti. Čeprav danes v resnici še ni z dokazi podprtih ugotovitev o moči številnih različnih vplivov na luskavico, pa izkušnje bolnikov kažejo, da poleg genetske nagnjenosti na potek bolezni vplivajo še številni zunanji in notranji dejavniki; npr. letni čas, hladno ali vroče vreme, bakterijske in virusne okužbe, stresne okoliščine, bolezni drugih organov in nekatera sistemska zdravila, lokalni dražilni dejavniki in poškodbe kože, izpostavljenost ultravijoličnemu (UV) sevanju, nekateri hormonski in metabolični vplivi ter način življenja, zlasti nezdrave razvade: alkoholizem, kajenje, prekomerna telesna teža in sedeč način življenja s premalo gibanja. Novejše molekularne raziskave kažejo, da so pri genetsko predisponiranih posameznikih možni sprožitelji luskavice tudi nekateri peptidi iz hrane, bakterij, virusov in gliv, ki usmerijo razraščanje avtoreaktivnih celic imunskega sistema in tako začnejo avtoimunski bolezenski odgovor. V prihodnosti verjet-

no zato lahko pričakujemo glede na genetsko osnovo posameznega bolnika bolj natančno opredelitev specifičnih okoljskih izzivalcev in poslabševalcev bolezni.
Za luskavico je značilna velika variabilnost v poteku bolezni, intenzivnosti in razširjenosti kožnih sprememb, ki se lahko pojavijo kjer koli na koži, pogosteje pa na zanjo tipičnih lokacijah, npr. lasišče, iztezni deli kolen in komolcev, popek, spodnji del hrbta ter zadnjica. Luskavica lahko prizadene tudi nohte (nohtna psoriaza), sklepe (psoriatični artritis) in vezivne strukture okolice sklepov (entezitis, daktilitis) ter v obliki spremljajočih bolezni oziroma komorbidnosti tudi notranje organe (npr. z metaboličnim sindromom je povezana s srčno-žilnimi obolenji in nealkoholno jetrno okvaro) in celo psiho (npr. depresija, samomorilnost).
Luskavica ne ogroža življenja neposredno, vendar težje oblike luskavice na koži in sklepne deformacije lahko vodijo v invalidnost. Zaradi spremljajočega srbeža in bolečin ter vidnosti kožnih sprememb, ki pomembno stigmatizirajo bolnike, lahko luskavica močno ovira celo vsakodnevne aktivnosti in tako zelo poslabša kakovost življenja bolnikov.
Zaradi napredujočega poteka artritisa in spremljajočih bolezni, ki lahko za več let skrajšajo življenje obolelega, je luskavico potrebno zdraviti kot sistemsko potekajočo bolezen. Obenem pa je za zagotavljanje bolnikovega sodelovanja v dolgotrajnem zdravljenju pomembno, da bolniki bolezen spoznajo, se je nehajo sramovati in se naučijo živeti z njo.
Poleg zdravljenja se mora bolnik z luskavico naučiti opazovati tudi odzive svoje bolezni na zunanje okolje in izogibati se negativnih vplivov sprožilnih dejavnikov poslabšanja vidnih sprememb luskavice in sistemskega vnetja. Pomembno je, da bolnik vključi luskavico v svoj življenjski slog, kar po izkušnjah bolnikov zajema vsaj ducat naslednjih prilagoditev:

Preprečevanje poškodb kože in drugih lokalnih dražilnih vplivov na kožo

Že suhost, odrgnine in obrabne spremembe na koži so lahko razlog razvoja psoriatičnih plakov po izomorfnem ali t.i. Koebnerjevem učinku – zato je pomembno uporabljati oljna toaletna in negovalna sredstva, ki kože ne izsušijo, ampak jo negujejo in ščitijo pred zunanjimi vplivi. Potrebna je zaščita kože pri delu z uporabo rokavic in ustreznih oblačil ter pokrival, ki pokrijejo večino površine kože ter ne drgnejo in ne pregrevajo kože. Uporaba zaščitnih sredstev je priporočljiva tudi tam, kjer jih drugi ne uporabljajo! Zaščito kože pred mrazom in obrabnimi poškodbami na odkritih delih telesa omogoča tudi izbira in redna uporaba ustrezne negovalne kozmetike.
Nohti naj bodo striženi kratko in robovi zaobljeni, da se ob morebitnem nehotenem praskanju preprečijo opraskanine, pa tudi poškodbe nohtov zaradi

zatikanja ob predmete.

Preprečevanje suhosti in draženja kože zaradi neustrezne nege

Zelo pomemben del zdravljenja je vsakodnevna nega kože, ki je pri bolnikih z luskavico navadno suha. Zato naj bo osebna higiena redna. Priporočene so mlačne kratkotrajne slane kopeli in kopeli, obogatene z olji. Po umivanju kože ne drgnemo, ampak le na hitro osušimo s pivnanjem. Še vlažno kožo je na predelih sprememb in suhosti, zlasti pa na okončinah, treba že v nekaj minutah namazati z negovalnim pripravkom z emoliensom, ki namasti površino, in dodatkom vlažilca (npr. urea, glicerol), ki omogoči ohranitev vlažnosti kože vsaj za nekaj ur. V zimskem času z nego, ki namasti površino kože in zadrži vlago v koži, zagotavljamo tudi ustrezno zaščito izpostavljene kože pred mrazom in vetrom.
Z vsakodnevno higieno in nego bolnik ne sme poslabšati stanja kože, zato je pri umivanju odsvetovana uporaba zelo vroče vode, alkalnih mil in ostrih toaletnih sredstev, ki razmastijo kožo.
Odsvetovano je tudi pogosto ali dolgotrajno namakanje kože, ker se tako prekomerno zmehča ter postane ranljiva za poškodbe in okužbe. Pri psoriatikih z bolnim lasiščem so odsvetovani agresivni postopki z uporabo hidrogen peroksida, amonijevih spojin, parafenilendiamina ipd. Bolje se je odločiti za naravne barve, npr. kano.

Preprečevanje negativnega vpliva hladnega in vročega vlažnega vremena ter neprimernih oblačil

Na vreme ne moremo vplivati, lahko pa bolnik poskrbi, da se primerno obleče in se zaradi vremenskih vplivov ne znoji ali prehladi. Spodnje perilo naj bo iz mehkega bombaža ali drugih materialov, ki ne dražijo kože. Oblačila naj bodo udobna in iz zračnih materialov. Odsvetovana so tesna oblačila s trdimi robovi, ki drgnejo, pa tudi dražeča volnena oblačila v stiku z golo kožo.

Preprečevanje škodljivih učinkov sonca

Večini bolnikov z luskavico na koži zmerno sončenje (tj. helioterapija) zlasti v kombinaciji z balneoterapijo (tj. kopanjem, praviloma v morski oziroma slani ali skrilavi vodi nekaterih zdravilišč) izboljša kožne spremembe, vendar pa je pri tem nujno potrebno preprečiti sončne opekline. Po izpostavljanju soncu koža potrebuje več maščobe, ki jo zagotovimo z izbiro ustrezne negovalne kreme.
Posamezniki, ki jim sonce poslabša stanje luskavice, se morajo soncu povsem izogniti. Ker izpostavljanje soncu zaradi rakotvornih učinkov ultravijoličnega (UV) sončnega sevanja dolgoročno poveča tveganje za razvoj kožnega raka, sončenje ni dovoljeno v opoldanskem delu dneva in je odsvetovano bolnikom po prebolelem kožnem raku ter osebam z veliko pigmentnimi znamenji ali s svetlo

in na sonce občutljivo poltjo kože. Redno mesečno samopregledovanje kože in prehodnih sluznic omogoča zgodnje opažanje znakov kožnega raka ali drugih bolezenskih sprememb na koži, ko je potreben posvet z osebnim zdravnikom.

Preprečevanje angine, drugih respiratornih okužb in infekcijskih bolezni

Bolniki z luskavico morajo biti pozorni na zgodnje znake morebitnih skritih vnetnih žarišč v telesu (npr. v zobovju), ki jih je potrebno začeti čim prej zdraviti. Okužbe predstavljajo burno provokacijo luskavice.
Pri številnih bolnikih se luskavica prvič pojavi po angini ali drugem vnetju. Čeprav se je težko popolnoma izogniti okužbam, se velja potruditi, da živimo zdravo in ohranjamo dobro telesno kondicijo.

Izogibanje jemanja zdravil, ki poslabšajo ali izzovejo luskavico

Nekatera zdravila na recept in tudi taka, ki jih je mogoče brez recepta kupiti za samozdravljenje (npr. nesteroidni antirevmatiki), lahko izzovejo ali poslabšajo luskavico, zato velja vsa zdravila jemati le ob resnih indikacijah in po navodilih zdravnika, ki pozna celotno bolnikovo zdravstveno stanje.

Izogibanje stresa in kronične tesnobe

V večini primerov se luskavica poslabša ob velikih stresnih obremenitvah, a tudi ob skrbeh vsakodnevnega življenja, ki jih človek jemlje preresno. Zato se velja naučiti, da se ne vznemirjamo ob manjših življenjskih problemih. Ker že sama luskavica številnim bolnikom povzroča skrbi, je pomembno, da se z boleznijo spoznajo z namenom, da jo lažje sprejmejo, se z njo sprijaznijo in ji prilagodijo svoje življenje ter cilje – tako bolnik kot tudi njegovi svojci. Narobe je upati na čudežno ozdravitev z zdravili neznane sestave, ki jih predlagajo anonimni zastopniki. Otroku z luskavico naj starši z lastnim zgledom pomagajo ohranjati svetel in optimističen pogled na prihodnost.
Bolniki se morajo potruditi pri odkrivanju sproščujočih dejavnikov. Skrbijo naj za dobre medsebojne odnose in dobro počutje tako doma kot tudi med prijatelji, na delovnem mestu ali v šoli. Priporočljivo je druženje z bolniki z luskavico v okviru Društva psoriatikov Slovenije, kjer lahko dobijo številne informacije o načinih samopomoči, pa tudi zakonsko priznanih pravicah glede na stanje njihove bolezni.
Pri obvladovanju vsakodnevnih naporov in stresa pripomorejo znanja iz treninga čustvene inteligence in tečajev za obvladovanje stresa ter obvladovanje telesa (npr. avtogeni trening, joga, Tai-Chi). Na stres ugodno vpliva telesno gibanje, zato redna rekreacija, sprehodi v naravi in pohodništvo prispevajo k zmanjšanju izbruhov bolezni.

Preprečevanje zmanjšanja gibljivosti sklepov in telesne kondicije

Z rednim gibanjem (npr. hojo, kolesarjenjem in drugimi aerobnimi telesnimi aktivnostmi) lahko bolnik izboljša svoje splošno počutje in ohrani telesno vzdržljivost ter mišično moč. Z razgibavanjem in ciljno, načrtno telesno vadbo, prilagojeno letom in aktivnosti luskavice, pa lahko tudi pomembno zmanjša bolečine, prepreči napredovanje jutranje okorelosti in zmanjšanje gibljivosti sklepov.

Preprečevanje prekomerne utrujenosti

Utrujenost in pomanjkanje spanja lahko pripomoreta k stresu, kar dodatno poslabša bolezen. Zato je pomembno zagotavljanje dovolj dnevnega, tedenskega in letnega počitka ter rednega režima spanja v sproščujočem okolju.

Preprečevanje kajenja in zlorabe alkohola

Kajenje poleg vnetja in kancerogenih učinkov na različne notranje organe zaradi škodljivih snovi v tobačnem dimu povzroča tudi oženje žil in slabšo prekrvavitev kože kot perifernega, od jedra telesa oddaljenega organa. Kajenje je škodljivo za vse ljudi, za bolnike z luskavico še toliko bolj, zato je svetovana popolna opustitev kajenja.

Bolniki z luskavico so nagnjeni k zgodnji nealkoholni okvari jeter. Uživanje alkohola in za jetra toksičnih zdravil jetrno okvaro dodatno zelo poveča in pospeši. Okvarjeno delovanje jeter se odraža na metabolizmu in posledično na različnih organih in koži. Bolniki z luskavico naj zato zelo omejijo uživanje alkohola v vseh oblikah, popolnoma pa se odpovedo uživanju žganih pijač.

Preprečevanje debelosti oziroma zmanjševanje odvečne telesne teže

Maščobno tkivo je skladišče vnetnih mediatorjev luskavice, zato je potrebno vzdrževanje primerne telesne teže glede na posameznikovo višino ter preprečevanje čezmerne telesne teže in debelosti. Luskavica je pri osebah s čezmerno težo pogosto hujša in odpornejša na zdravljenje. Znani so primeri bolnikov, pri katerih se je luskavica pojavila, ko se je bolnik zredil, in umirila ali povsem izginila, ko je shujšal.

Prilagoditve prehrane glede na priporočila zdravnika

Ni specifične diete za bolnike z luskavico, priporočena pa je mešana prehrana z dovolj vlaknin, vitaminov in mineralov ter dietnimi omejitvami količine rdečega mesa, mlečnih izdelkov, pikantnih in prekajenih živil ter hrane z veliko maščob in čistih sladkorjev. Namesto predelane in konzervirane hrane so priporočena sezonsko dostopna osnovna živila lokalne pridelave. Obroki morajo biti primerno kalorični in enakomerno razporejeni preko celega dne.

Namesto dela ogljikovih hidratov naj energijski vnos bolnik zagotovi s pov-

ečanim deležem sveže zelenjave in svežega sadja različnih barv. Odsvetovano je uživanje konzervirane hrane in gaziranih pijač. Namesto trdih živalskih maščob so priporočena rastlinska olja z več nenasičenimi maščobnimi kislinami. Priporočen je vnos omega-3-maščobnih kislin in povečan vnos vitaminov z ustreznimi živili ali z lekarniškimi pripravki. Strožje dietne omejitve po navodilu zdravnika so potrebne le ob laboratorijsko potrjenem zvišanju krvnega sladkorja, holesterola in trigliceridov. Vedno je dobrodošel dnevnik prehrane z zapisi zaužitih živil in počutja – tako je lažje ocena, kaj povzroča težave ali koristi v daljšem obdobju.

Luskavica je neozdravljiva bolezen, ki pa jo je s stopenjskim pristopom zdravljenja in sodobnimi zdravili mogoče bistveno omiliti in zazdraviti. Z ustrezno nego in skrbnim preprečevanjem sprožilnih vplivov na poslabšanje luskavice lahko tudi podaljšamo obdobja izboljšanj in povečamo učinkovitost sistemskega zdravljenja, zato je prilagajanje življenjskega sloga pomembno za vse bolnike z luskavico ne glede na čas trajanja in intenzivnost izražanja bolezni.

Viri:

1. Lifestyle changes for treating psoriasis. Cochrane Database of Systematic Reviews (Version published: 25. November 2015: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1001/14651858.CD011972/full (datum dostopa: 25.11.2018).
2. Environmntal antigens may trigger HLA-C*06:02-mediated autoimmunity in psoriasis. FC05. Psoriasis: From gene to clinic. International congress, London 30th November: http://psoriasisg2c.com/wp-content/uploads/2017/11/Online-Psoriasis-G2C-Programme-2017.pdf (page 57), (datum dostopa: 25.11.2018).
3. Luskavica ali psoriaza. Društvo psoriatikov Slovenije, Maribor, 2013.
4. Šola o psoriazi. Združenje slovenskih dermatovenerologov, Celje, 2014.
5. Monografija o luskavici. Združenje slovenskih dermatovenerologov, Maribor 2015.
6. Srebrna zgodovina Društva psoriatikov Slovenije: 1979-2004. Društvo psoriatikov Slovenije, Celje 2004
7. Upanje obstaja - za boljše življenje z luskavico. Društvo psoriatikov Slovenije, Maribor 2009

07

PSORIAZA IN NOSEČNOST

Avtor:

Asist. Aleksandra Bergant-Suhodolčan, dr. med., spec. derm.

Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani



Psoriaza je kronična kožna bolezen, ki se kaže s pordelimi luščečimi plaki na trupu in okončinah ter lasišču. Prevalenca psoriaze je med 1,5 in 2 %. Samo v ZDA je za psoriazo obolelih kar 7,2 milijona ljudi. Študije kažejo enakomerno razporeditev bolezni med obema spoloma. Povprečna starost bolnic ob pričetku bolezni je 28 let in ta se v več kot 75 % primerov pojavi pred 40. letom starosti, kar pomeni, da se pri načrtovanju zdravljenja psoriaze pogosto srečujemo z ženskami v rodni dobi. To vpliva tako na izbor zdravil kot tudi na svetovanje glede načrtovanja nosečnosti pri zdravljenih bolnicah s psoriazo.

Nosečnost spremljajo zapletene hormonske spremembe in prilagoditve imunskega sistema. V študiji, ki so jo opravili na nosečnicah s psoriazo, so se pri 55 % v času nosečnosti kožne težave izboljšale, 21 % bolnic ni opazilo sprememb, pri 23 % pa je prišlo do poslabšanja bolezni. Izboljšanje lahko najverjetneje pripišemo imunoendokrinim interakcijam, ki so posledica večje količine estrogena v nosečnosti. Vendar pa je pri kar 40–90 % žensk v 4–6 tednih po porodu prišlo do hujšega poslabšanja psoriaze, na kar imajo prav tako pomemben vpliv hormonske spremembe.

Na svetovni ravni se vsako leto bolnicam z luskavico rodi med 65 in 107 tisoč otrok. Več raziskav je preučevalo povezavo med psoriazo in izidom nosečnosti, a z ne povsem jasnimi rezultati. Predvsem zmerna do huda luskavica lahko vodi do zapletov, kot so prezgodnji porod in nizka porodna teža. Študija, ki je primerjala noseče bolnice s psoriazo in nosečnice brez psoriaze, je pokazala povečano tveganje za nizko porodno težo pri plodu pri nosečnicah s hudo obliko bolezni. Več je bilo tudi zapletov, kot so prezgodnji porod, preeklampsija in potreba po

porodu s carskim rezom. Pri bolnicah z blago obliko bolezni povečanega tveganja niso ugotovili. Psoriaza je povezana tudi s pridruženimi boleznimi, kot so sladkorna bolezen, debelost, srčno-žilne bolezni in metabolni sindrom, ki prav tako zvišujejo tveganje za zaplete v nosečnosti.

Zdravljenje psoriaze v nosečnosti

Raziskav, ki bi preučevale učinke zdravil za luskavico v času nosečnosti, je malo. Eden od razlogov za to je, da zaradi etičnih razlogov nosečnic običajno ne vključujejo v tovrstne raziskave. Večino podatkov o varnosti zdravil v nosečnosti pridobimo iz posameznih poročil o primerih ali iz večjih registrov, ki spremljajo bolnike dolgoročno.

Zdravljenje psoriaze lahko v prvi vrsti razvrstimo v tri kategorije: lokalno terapijo, fototerapijo in sistemsko terapijo. Izbira zdravljenja je odvisna od teže bolezni, oblike bolezni in vpliva na bolničino kakovost življenja. K izboru pripomorejo še pridružene bolezni bolnice, osebne preference in učinkovitost zdravljenja pri posamezni bolnici.

Lokalna terapija

Bolnice z blago obliko bolezni in manjšo površino prizadete kože zdravimo z lokalno terapijo. Lokalna terapija je enostavno dostopna in ima malo sistemskih stranskih učinkov. Lokalna terapija z emolienti in nizko- do srednjepotentnimi glukokortikoidi je prvi izbor zdravljenja pri nosečnicah. Emolienti so pripravki, ki pomagajo v koži zadržati vlago, obenem pa krepijo obrambno vlogo kože. Emolienti so lahko v obliki krem, mazil, losjonov, pa tudi kot pripravki za umivanje kože ali olja za kopanje. Njihova uporaba je enostavna, na kožo se lahko nanašajo večkrat dnevno. Pogosta uporaba emolientov oz. negovalnih pripravkov lahko zmanjša potrebo po aktivnih (zdravilnih) učinkovinah in podaljša obdobja med poslabšanji bolezni.

Pri nosečnicah uporabljamo nizko- do srednjepotentne lokalne glukokortikoide. Visokopotentnim glukokortikoidom se zaradi možnega povečanega tveganja za nizko porodno težo pri plodu izogibamo. Varnost in absorpcija lokalnih glukokortikoidov sta odvisni od več dejavnikov, med drugim od tipa podlage, mesta aplikacije in količine uporabljenega zdravila. Tako je absorpcija, s tem pa tudi tveganje za stranske učinke, višja pri uporabi močnejših pripravkov, pri nanosu na večje površine kože in pri uporabi na določenih predelih telesa, na primer na obrazu, spolovilu, v pregibih. Zaradi sicer majhnega tveganja za pojav salicilizma se uporabo pripravkov s salicilno kislino v nosečnosti odsvetuje. Kalcipotriol, derivat D-vitamina, se pogosto uporablja kot zdravilo prve izbire pri zdravljenju luskavice samostojno ali v kombinaciji z glukokortikoidi. Vendar pa tveganja za plod niso jasna in se zato zdravljenje z njim v nosečnosti odsvetuje.

Fototerapija

Fototerapija z UVB predstavlja naslednjo linijo zdravljenja pri nosečnicah s psoriazo. Kljub temu, da so podatki nekoliko omejeni, zaenkrat ni bilo poročil o povečanem tveganju za okvaro pri plodu ali za prezgodnji porod. Kadar gre za obsežno prizadetost kože, je UVB-fototerapija najvarnejša izbira. Običajno uporabljamo fototerapijo z ozkim spektrom UVB 311, medtem ko je zdravljenje s širokim spektrom UVB (290–320 nm) manj učinkovito. Zdravljenje s fototerapijo pogosto kombiniramo z lokalnim zdravljenjem z emolienti in lokalnimi glukokortikoidi.

Sistemska terapija

Pri večini bolnic luskavico v času nosečnosti uspešno obvladujemo z zgoraj navedeno lokalno oz. fototerapijo. Kadar ta ne zadošča, je občasno potrebna uvedba sistemske terapije.

Metotreksat, ki se sicer pogosto uporablja pri zdravljenju zmerne do hude luskavice, je v času nosečnosti kontrainidiciran. Metotreksat lahko povzroči embriotoksičnost, splav in okvare ploda. Ženskam v rodni dobi, ki prejemajo metotreksat, se svetuje zanesljiva kontracepcija in odsvetuje zanositev še 3 mesece po zaključenem zdravljenju. Kontracepcija se med in še vsaj 3 mesece po zdravljenju svetuje tudi za moške.

Acitretin spada v skupino retinoidov, derivatov A-vitamina. Njegova uporaba je kontraindicirana pri ženskah, ki bi lahko zanosile med zdravljenjem ali v 3 letih po koncu zdravljenja. Če ženska jemlje acitretin pred nosečnostjo ali med njo, je tveganje za rojstvo otroka z deformacijami izredno veliko, zato se za tovrstno zdravljenje pri ženskah v rodni dobi zelo redko odločamo.

Ciklosporin, inhibitor kalcinevrina, se za zdravljenje luskavice uporablja že od leta 1993. Običajno sorazmeroma hitro deluje, zdravljenje z njim pa traja nekaj mesecev. Večina podatkov o uporabi ciklosporina pri nosečnicah je pridobljenih iz registrov bolnic po presaditvi organov, kjer se uporabljajo višji odmerki kot pri zdravljenju luskavice. Ni teratogen ne za živali ne za ljudi in pri njem niso ugotovili povečanega tveganja za kongenitalne malformacije pri plodu. Vendar pa povečuje tveganje za prezgodnji porod in nizko porodno težo. Uporaba ciklosporina pri nosečnicah ni kontraindicirana. Lahko se uporablja za zdravljenje pri bolnicah s hudo obliko bolezni, pri čemer se vedno pretehta koristi nad možnimi tveganji, s čimer je potrebno seznaniti tudi bolnico.

Apremilast je novejše peroralno zdravilo za zdravljenje luskavice, ki spada med zaviralce encima fosfodiesteraze 4. Apremilast je med nosečnostjo kontraindiciran. Svetuje se, da se pred uvedbo zdravljenja z apremilastom pri ženskah v rodni dobi izključi nosečnost. Ženske v rodni dobi morajo med zdravljenjem uporabljati zanesljivo kontracepcijsko metodo. Učinki apremilasta na nosečnost

v živalskih študijah so zajemali izgubo zarodka in ploda ter zmanjšano telesno maso pri miših in opicah pri zdravljenju z visokimi odmerki zdravila.

Biološka zdravila

V zadnjih letih so zdravljenje bolnikov z zmerno do hudo luskavico, ki ni obvladana s konvencionalnimi zdravili, korenito spremenila biološka zdravila, ki so se izkazala za izjemno učinkovita. V ožjem pomenu, ki ga večinoma uporabljamo danes, poimenovanje biološka zdravila uporabljamo za rekombinantne terapevtske beljakovine, ki jih pridobivamo s pomočjo biotehnologije. Gre za velike molekule z zelo kompleksno sestavo, ki se vežejo na točno določeno molekulo, ki sodeluje v bolezenskem procesu. Biološka zdravila so v večini primerov protitelesa. Aplicirajo se subkutano (pod kožo) ali intravenozno.

Večino podatkov o uporabi bioloških zdravil pri nosečnicah pridobivamo iz registrov, ki spremljajo večje število bolnikov, tako z luskavico kot tudi – še v večjem številu – bolnic z revmatološkimi obolenji in kronično vnetno črevesno boleznijo, kjer je zdravljenje zaradi narave bolezni pogosto treba nadaljevati tudi v nosečnosti.

Protitelesa iz skupine imunoglobulinov G (IgG1–IgG4) so edina večja skupina zdravil, ki lahko prehaja skozi placento pri človeku. Ta prehod se prične po 13. tednu gestacije, a je minimalen v prvih dveh trimesečjih, v tretjem trimesečju nosečnosti pa se poveča zaradi aktivnega prenosa molekul IgG preko placente s pomočjo posebnega receptorja. V tretjem trimesečju so tako vrednosti imunoglobulinov v krvi ploda večje kot pri materi. V serumu otroka so protitelesa IgG1 prisotna še več (do šest) mesecev po rojstvu.

Zaviralci TNF alfa (iTNF-α) so večja skupina bioloških zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje luskavice. Med iTNF-α spadajo adalimumab, infliksimab, etanercept in certolizumab. Adalimumab in infliksimab spadata med imunoglobuline IgG1, ki aktivno prehajajo placento. Etanercept vsebuje Fc-fragment IgG1 in slabše prehaja placento. Certolizumab se po strukturi razlikuje od drugih treh, ker zaradi odsotnosti Fc-regije ne more biti aktivno transportiran preko placente. Zaradi tega so njegove koncentracije v krvi ploda minimalne. iTNF-α so uvrščeni v FDA-nosečniško kategorijo B. Na voljo so razmeroma obsežne raziskave, ki niso pokazale posebnih varnostnih signalov, prav tako ni podatkov, da uporaba iTNF-α v nosečnosti povečuje tveganje za kongenitalne malformacije ali zaplete (splav, prezgodnji porod). Specifičnih razlik med kongenitalnimi malformacijami pri zdravljenih bolnicah, v primerjavi z nosečnostmi, ki so potekale brez izpostavitve iTNF-α, niso zasledili. Zdravljenje z iTNF-α v nosečnosti torej ni kontraindicirano, je pa potreben ozaveščen pristanek nosečnice ter sodelovanje med bolnico, lečečim zdravnikom, porodničarjem in po porodu s pediatrom.

Pri bolnicah s stabilno boleznijo lahko zdravljenje z iTNF-α prekinemo med

22. in 24. gestacijskim tednom, kar močno zmanjša tveganje za intrauterino in zgodnjo postnatalno izpostavitev otroka zdravilu. V primeru, da zdravljenja zaradi aktivne bolezni (v času zanositve, neposredno pred zanositvijo ali v primeru, da smo zaradi aktivne bolezni iTNF-α uvedli med nosečnostjo) ne moremo prekiniti, nadaljujemo z aplikacijami zdravil tudi v tretjem trimesečju nosečnosti. V tem primeru je zadnja aplikacija infliksimaba v 30. do 32. gestacijskem tednu, adalimumaba in golimumaba pa v 34. do 36. gestacijskem tednu.

Če ni znakov okužbe, lahko iTNF-α ponovno uvedemo 24 ur po porodu in 48 ur po carskem rezu. Pri otrocih, katerih matere so v drugem in tretjem trimesečju nosečnosti prejemale iTNF-α (protitelesa IgG1) je tveganje za okužbe večje, zato jih je treba pozorno spremljati v prvem letu življenja. Cepljenje z živimi cepivi (pri nas je to cepljenje proti tuberkulozi, ošpicam, mumpsu in rdečkam, poliomoelitisu, rotavirusu, rumeni mrzlici in varičeli) je potrebno odložiti vsaj do 6. meseca otrokove starosti oziroma dokler je v serumu otroka merljiva koncentracija iTNF-α.

Sekukinumab (protitelo IgG1) in iksekizumab (protitelo IgG4) spadata med inhibitorje interlevkina-17 (Il-17). Zaenkrat o njuni uporabi pri nosečnicah ni na voljo ustreznih podatkov. Študije na živalih ne kažejo neposrednih ali posrednih škodljivih učinkov na nosečnost, razvoj zarodka oziroma plodu, porod ali postnatalni razvoj. Glede na podatke iz povzetka glavnih značilnosti zdravila (glej vire) se v času prejemanja in 20 tednov po končanem zdravljenju s sekukinumabom za ženske v rodni dobi svetuje ustrezna kontracepcija, vendar pa se klinična priporočila hitreje prilagajajo novim podatkom in svetujejo zdravljenje do 22. oz. 24. tedna, v kolikor je nujno potrebno pa tudi dlje, podobno kot velja za iTNF-α. V času prejemanja in 10 tednov po končanem zdravljenju z iksekizumabom se za ženske v rodni dobi svetuje ustrezna kontracepcija.

Ustekinumab (protitelo IgG1) zavira interlevkin-12 in 23, guselkumab (protitelo IgG1) pa je inhibitor interlevkina-23. Za obe zdravili obstajajo omejeni podatki o varni uporabi v nosečnosti, zato se pri bolnicah, ki zdravila prejemajo, svetuje zanesljiva kontracepcija med in po končanem zdravljenju (15 tednov za ustekinumab in 12 tednov po končanem zdravljenju za guselkumab).

Dojenje

Podatki iz objavljene literature kažejo, da se biološka zdravila izločajo v materino mleko v zelo nizkih koncentracijah, npr. za adalimumab vemo, da je koncentracija v človeškem mleku 0,1 do 1 glede na materin serum. Pri peroralnem zaužitju se imunoglobulini v prebavnem traktu razgradijo, zato ni pričakovati učinka na dojene novorojenčke oziroma dojenčke. Adalimumab se lahko uporablja med dojenjem, kar je navedeno tudi v povzetku glavnih značilnosti zdravila

(SMPC) (glej vire). Slovenske multidisciplinarne smernice dojenja ne odsvetujejo ob zdravljenju z vsemi iTNF-α, kot tudi s sekukinumabom, saj ti, kot navedeno, prehajajo v mleko v minimalnih količinah in zato ne povečujejo tveganja za okužbe otrok.

Zaključek

Psoriaza v večji meri prizadene tudi mlade ženske v rodni dobi, zato moramo pri načrtovanju zdravljenja upoštevati tudi njihove morebitne želje po načrtovanju družine. Idealno bi bilo, da bi ženske zanosile v času remisije (izboljšanja) bolezni, vendar glede na kronični potek bolezni to ni vedno možno. Pri zdravljenju luskavice pri nosečih ženskah se v prvi vrsti odločamo za lokalno terapijo z emolienti in blago do srednje močnimi lokalnimi glukokortikoidi; v primeru razširjene bolezni pa za fototerapijo z ozkim spektrom UVB 311. Od konvencionalnih sistemskih zdravil za zdravljenje luskavice imamo največ podatkov o varnosti zdravljenja s ciklosporinom. Vendar pa v zadnjih letih vedno več bolnic prejema biološka zdravila. Odločitev o nadaljevanju z njimi v času nosečnosti mora biti pretehtana, potreben je ozaveščen pristanek bolnice in sodelovanje s specialisti, ki vodijo nosečnost in spremljajo novorojenega otroka. V kolikor je možno, se svetuje prekinitev biološke terapije med 22. in 24. gestacijskim tednom, ko zdravila še ne prehajajo preko placente v večji meri, ter njena ponovna uvedba po porodu. Če se zaradi narave bolezni odločimo za zdravljenje bolnice do konca nosečnosti, je treba posebno pozornost nameniti novorojenemu otroku, pri katerem je lahko prisotna večja verjetnost za okužbe. Takšen otrok vsaj do 6. meseca starosti ne sme biti cepljen z živimi cepivi. Protitelesa prehajajo v materino mleko le v zelo majhni meri, poleg tega pa se v prebavnem traktu otroka zaradi svoje sestave razgradijo in zato ne predstavljajo povečanega tveganja za otroka.

Viri:

1. Lima X, Janakiraman V, Hughes M, Kimball A. The impact of psoriasis on pregnancy outcomes. J Invest Dermatol. 2012;132:85-91.7.
2. Yang YW, Chen CH, Chen YH, Lin HC. Psoriasis and pregnancy outcomes: a nationwide population-based study. J Am Acad Dermatol. 2011;64:71-7.8.
3. Simister NE. Placental transport of immunoglobulin G. Vaccine. 2003;21:3365-9.
4. Murase JE, Chan KK, Garite TJ, Cooper DM, Weinstein GD. Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. Arch Dermatol. 2005;141:601-6.
5. Mervic L. Management of moderate to severe plaque psoriasis in pregnancy and lactation in the era of biologics. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. 2014;23(2):27-31.
6. Keltz Pomeranz M, Strober BE. Management of psoriasis in pregnancy, UpToDate (dostop 20.5.2019).
7. Kurizky PS, Ferreira Cde C, Nogueira LS, Mota LM. Treatment of psoriasis and psoriatic arthritis during pregnancy and breastfeeding. An Bras Dermatol. 2015 May-Jun;90(3):367-75.
8. Porter ML, Lockwood SJ, Kimball AB. Update on biologic safety for patients with psoriasis during pregnancy. Int J Womens Dermatol. 2017 Feb 4;3(1):21-25.
9. Bobotsis R, Gulliver WP, Monaghan K, Lynde C, Fleming P. Psoriasis and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of observational studies.Br J Dermatol. 2016 Sep;175(3):464-72.
10. Multidisciplinarne smernice za obravnavo bolnikov, ki prejemajo zaviralce TNF-alfa : povzetek zaključkov 5. multidisciplinarnega simpozija o imunsko pogojenih vnetnih boleznih / [avtorji povzetkov Nataša Smrekar ... et al.]. - Ljubljana : Slovensko združenje za gastroeneterologijo in hepatologijo, 2017.
11. Vse, kar ste si vedno želeli vedeti o varni uporabi sekukinumaba. Smernice pripravljene na podlagi strokovnega posveta z naslovom Vprašanja in odgovori za strokovno javnost pri obravnavi bolnikov, ki prejemajo sekukinumab. Ljubljana, 2017.Povzetek glavnih značilnosti zdravila- Humira, maj 2019.
12. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Stelara, maj 2019.
13. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Otezla, maj 2019.
14. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Cimzia, maj 2019.
15. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Tremfya, maj 2019.
16. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Taltz, maj 2019.
17. Povzetek glavnih značilnosti zdravila – Cosentyx, maj 2019.
18. Murase JE, Heller MM, Butler DC. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part I. Pregnancy. J Am Acad Dermatol. 2014 Mar;70(3):401.
19. Butler DC, Heller MM, Murase JE. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part II. Lactation. J Am Acad Dermatol. 2014 Mar; 70(3):417.
20. Hyoun SC, Obican SG, Scialli AR. Teratogen update: methotrexate. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2012;94:187-207.
21. Verstappen SM, King Y, Watson KD, Symmons DP, Hyrich KL. Anti-TNF therapies and pregnancy: outcome of 130 pregnancies in the British Society for Rheuma-tology Biologics Register. Ann Rheum Dis. 2011;70:823-6.

08

LUSKAVICA PRI OTROCIH

Avtor:

Irena Peteln, dr. med., specialistka dermatovenerologije

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor

Uvod

Luskavica se v približno tretjini primerov pojavi že v otroštvu. Kljub temu, da so klinične oblike enake kot pri odraslih, se lezije lahko razlikujejo v njihovi razporeditvi in morfologiji. Prav tako obstajajo posebnosti pri zdravljenju te bolezni pri otrocih.

Epidemiologija

Pogostost luskavice počasi narašča s starostjo – medtem ko je prizadetih približno 0,5 % otrok v starosti 2 let, se odstotek poveča na 1,2 % v starosti 18 let. Pri vsaj 30 % trpi za luskavico tudi eden od staršev, bratje ali sestre.

Zanimivo je, da se je pojavnost luskavice pri otrocih v primerjavi z letom 1970 podvojila. Možni razlogi so večji odstotek prekomerne telesne teže pri otrocih, okužbe in stres.

Klinične oblike luskavice

Enako kot pri odraslih je najpogostejša oblika luskavice pri otrocih kronična plačna luskavica. Približno 75 % starejših otrok in mladostnikov z luskavico ima omenjeno obliko, ki se kaže kot luščeči plaki v področju komolcev, kolen in lasišča ali po celem telesu. Pri otrocih so plaki po navadi manjši in tanjši, lezije se bolj pogosto pojavljajo na obrazu in v pregibih. Gutatna ali kapljičasta luskavica je druga najpogostejša oblika in je največkrat prva pojavna oblika bolezni. Pojavi se pri 15 do 44 % pediatričnih bolnikov. Pri njej so vidni drobni okrogli ali ovalni plaki premera do 6 mm, simetrično po trupu, nadlahteh in stegnih, redkeje pa so prizadeti drugi predeli. Pogosto jo izzove streptkokokna okužba, redkeje druga bakterijska ali virusna okužba. Pri otrocih je treba streptokok iskati tako v žrelu kot tudi perianalno. Po umiritvi okužbe, mine spontano v roku 3 do 4 mesecev, vendar se v približno 40 % primerov razvije klasična plačna oblika luskavice, ki lahko vztraja.

Približno 2,8 do 6,0 % otrok ima izolirano inverzno luskavico, ki prizadene le predele pazduh, koraka, perineja, centralno na prsnem košu in v popku.

Luskavica obraza je pogostejša v otroški kot v odrasli dobi. Izključna prizadetost obraza se pojavi pri 4 do 5 % otrok in obsega predvsem področje zgornjih vek. Pogosto se v otroški dobi pojavi tudi »geografski jezik«, za katerega so značilna ostro omejena področja tankih belkastih oblog, izmenjaje z neprizadeto sluznico jezika, kot zemljevid. Včasih je luskavico obraza težko ločiti od atopijskega dermatitisa, ki je po navadi bolj srbeč in pri katerem so žarišča bolj neostro omejena.

Luskavica lasišča je prva manifestacija bolezni pri 20 do 40 % otrok in je bolj pogosta pri deklicah, saj je morda izzvana s česanjem in umivanjem. Posebnost v otroški dobi je sicer redka tinea ali pityriasis amiantacea, ki se kaže na lasišču

kot močno pričvrščene debele luske. Pri tem lahko pride celo do izpadanja las ter sekundarne okužbe.
Diferencialna diagnoza luskavice lasišča pri dojenčkih in mladostnikih je predvsem seboroični dermatitis. Pri njem se pojavljajo rumenkaste luske na pordeli podlagi, žarišča navadno ne prehajajo z lasišča na čelo.
Pri približno 4 % je luskavica v predelu plenice edina manifestacija bolezni, pri 13 % pa so prizadeti tudi drugi predeli telesa in tako olajšajo diagnozo. Gre za Koebnerjev fenomen; torej izzvano luskavico zaradi iritacije urina in blata. Prizadeta področja so ostro omejena, pordela, vendar so lahko zaradi vlage značilne luske odsotne. Prizadete so navadno tudi ingvinalne gube (korak). Diferencialno diagnostično moramo pomisliti na iritativni kontaktni dermatitis, kandidamicetični dermatitis ter seboroični dermatitis pod plenico. Ta se kaže kot področja lososove barve, z mastnimi rumenkastimi luskami pod plenico, v drugih kožnih gubah, na obrazu in lasišču. Žarišča so v primerjavi z luskavico manj obložena in se hitreje odzovejo na lokalno protivnetno zdravljenje v primerjavi z luskavico.
Psoriatično spremenjeni nohti se pojavijo pri 25 do 50 % pediatričnih pacientov z luskavico, najpogosteje pri moškem spolu v 2. desetletju življenja. Druge oblike luskavice (eritrodermična, pustulozna) so enako kot v odraslem obdobju redke.

Možnosti zdravljenja

Izbira podlage in potentnosti lokalnega sredstva za zdravljenje (terapevtika) je odvisna od lokalizacije in debeline psoriatičnih žarišč. Upoštevati je treba večjo absorpcijo lokalnih terapevtikov zaradi spremenjenega razmerja med telesno težo in površino, pomanjkljive kožne pregrade predvsem pri dojenčkih kot tudi zaradi posebnih pogojev, npr. okluzije pod plenico.
Osnovo predstavljajo negovalna mazila, ki naj bodo pri otrocih brez parfumov zaradi možnega razvoja kontaktnih alergij. Za psoriatična žarišča uporabljamo pri dojenčkih in zelo majhnih otrocih navadno nizko do srednje potentne lokalne kortikosteroide, medtem ko se pri starejših otrocih in mladostnikih poslužujemo srednje potentnih do močnih kortikosteroidov. Poleg tega uporabljamo predvsem v gubah, na obrazu in na spolovilu inhibitorje kalcinevrina, ki so sicer registrirani za atopijski dermatitis.
Na močno obložena žarišča nanašamo keratolitike, kot je salicilna kislina, sečnina (urea) ali mlečna kislina. Zaradi nevarnosti absorpcije in sistemskih stranskih učinkov salicilne kisline ne uporabljamo pri dojenčkih in otrocih do 2. leta starosti, pri starejših otrocih pa je potrebna omejitev površine nanosa kot tudi koncentracije zdravila. Kalcipotriol je bil v študijah učinkovit z dobrim varnostnim profilom tudi v pediatrični populaciji in ga ponekod v tujini uporabljajo za zdravljenje luskavice od 6. leta starosti, vendar je v Sloveniji zdravilo

uradno indicirano le za odraslo populacijo. Fiksne kombinacije kalcipotriola in betametazona pa so tudi drugod registrirane za uporabo od 18. leta dalje.
Pri luskavici z višjim odstotkom kožne prizadetosti se predvsem pri mladostnikih uporablja fototerapija. Indikacijo postavimo individualno; upoštevati je treba tveganja in koristi. Najbolj primerna je ozkospektralna UVB-fototerapija, medtem ko sistemska PUVA-terapija pri mladoletnih osebah navadno ne pride v poštev. Tako kot pri odraslih se tudi pri otrocih in mladostnikih s hudo obliko luskavice lahko uporabi sistemska terapija. Izbira zdravila je odvisna od oblike luskavice in starosti, po skrbno pretehtanih koristih in tveganjih. Omenjena zdravila sicer nimajo uradne indikacije za luskavico pri mladoletnih, so pa registrirana za druge pediatrične bolezni. Največkrat uporabimo metotreksat, redko ciklosporin in izjemoma sistemske retinoide, predvsem pri pustulozni obliki luskavice.
V kolikor klasično lokalno in sistemsko zdravljenje ni učinkovito, pridejo v poštev biološka zdravila. Zaenkrat so v Sloveniji za pediatrično populacijo s kronično plačno luskavico registrirani adalimumab (od 4. leta starosti), etanercept (od 6. leta starosti) in ustekinumab (od 12. leta starosti dalje).
Poudariti je treba, da je ob sistemski imunosupresivni terapiji ali biološki terapiji kontraindicirano cepljenje z živimi cepivi.

Zaključek

Luskavica v otroški dobi je posebna predvsem zaradi vpletenosti tako otrok kot navadno cele družine. Bistvenega pomena je, da bolniki in starši razumejo, da gre za kronično bolezen, dosledno izvajajo predpisano terapijo in poznajo dejavnike, ki bolezen še poslabšajo (drgnjenje, poškodbe, okužbe, stres, določena zdravila).
Spremljanje bolnika s strani pediatra in po potrebi drugih specialistov, ustrezna terapija kot tudi zdrav način življenja so še posebej pomembni zaradi možnega razvoja psihiatričnih težav, debelosti, sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije, artritisa in Crohnove bolezni.

Viri:

1. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 5th Edition, Elsevier; 2015. p. 73 – 84.
2. de Moll EH, Chang MW, Strober B. Psoriasis in adults and children: Kids are not just little people. Clin Dermatol. 2016 Nov - Dec;34(6):717-723.
3. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. Psoriasis (Auckl). 2016;6:121-129.
4. Sk2 Leitlinie Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen, AWMF-Register-Nr.: 013-094, 2018.
5. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. J Am Acad Dermatol. 2010;62(6):979-87.
6. Bronckers IMGJ, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PCM, Seyger MMB. Psoriasis in children and adolescents: diagnosis, management and comorbidities. Pediatric Drugs. 2015;17(5):373–384.

09

INVERZNA LUSKAVICA IN LUSKAVICA GENITALNEGA PREDELA

Avtor:

Asist. dr. Mateja Starbek-Zorko, dr. med.

Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani



Uvod

Luskavica se kot kronična kožna bolezen s tipičnimi zadebeljenimi, luščečimi in vnetimi ploščami najpogosteje pojavlja po komolcih, kolenih, lasišču in ledvenem predelu. Vendar pa se ta bolezen lahko pojavi kjer koli po koži telesa. Glede na mesto njenega nastanka ločimo več različnih oblik bolezni, med katerimi je dokaj pogosta tudi inverzna oblika luskavice. Gre za obliko luskavice, ki se pojavlja na posebnih mestih, kamor spadajo obraz, lasišče, nohti, dlani in podplati ter tudi intertriginozni predeli. To so mesta, kjer lahko bolezen s svojimi kroničnimi spremembami močno okrni kakovost življenja.

Do nedavnega se o inverzni luskavici ni veliko govorilo in je tudi njena pojavnost bila ocenjena na okoli 5 %, sedaj pa študije kažejo, da se inverzna luskavica pojavi pri okoli tretjini bolnikov in vsaj enkrat v poteku bolezni kar pri 33 do 63 % bolnikov.

Mesto pojava sprememb in njihov videz

Inverzna luskavica prizadene vlažne in tople predele telesa, kjer se površine kože navadno stikajo, t.i. intertriginozne predele, kot so pazduhe, področje pod dojkami, trebušne gube in popek, dimlje in perianalno področje. K tej obliki luskavice navadno prištevamo tudi luskavico v področju spolovila. Bolezen lahko najdemo izolirano le v intertriginoznih predelih, pogosto pa ne gre za izolirano obliko luskavice, pač pa se različne oblike bolezni pojavljajo pri istem pacientu, npr. bolnik ima tako vulgarno obliko luskavice kot tudi inverzno in posledično

spremembe na kolenih, komolcih, perigenitalno in v pregibih. Klinična slika inverzne luskavice je glede na vulgarno nekoliko drugačna, saj je zaradi vlažnega in toplega okolja ter drgnjenja kože luščenje minimalno izrazito ali celo odsotno, bolj pa je izrazito vnetje. Klinično so značilne simetrično razporejene, ostro omejene, svetlo do temno rdeče in lahko tudi nekoliko zadebeljenje spremembe na intertriginoznih predelih. Na mestih, kjer je koža bolj zadebeljena in tudi luščeča, se rade pojavljajo razpoke kože oz. fisure, zaradi pridružene vlažnosti teh predelov pa opažamo tudi maceracijo kože.
Bolniki subjektivno največkrat tožijo o bolečini, pekočini ali srbežu, zaradi vlažnega in toplega okolja pa se bolezni lahko pridružijo sekundarne okužbe (bakterijske, glivične, virusne), ki še dodatno spremenijo klinično sliko ter otežijo postavitev prave diagnoze bolezni.

Diagnoza in diferencialna diagnoza

Diagnozo luskavice praviloma postavimo na podlagi anamneze in klinične slike. Če gre za inverzno obliko luskavice, ki je pridružena plačni, postavitev diagnoze navadno ni težavna, včasih pa se zaplete, če so prizadeti le intertriginozni predeli oz. spolovilo. Takrat je za dokončno postavitev diagnoze poleg izključitve okužb (bris kože in mikološki pregled) morda treba opraviti tudi biopsijo kože in histopatološki pregled, s katerim najdemo za luskavico značilne spremembe (glej prejšnje poglavje).
Velikokrat se zgodi, da je postavitev diagnoze inverzne luskavice zakasnjena tudi zato, ker bolniki o prizadetih (intimnih) predelih kože ne želijo govoriti in zaradi sramu teh predelov zdravniku niti ne omenijo in ne pokažejo. Po drugi strani pa je potrebna tudi ozaveščenost zdravnikov, da lahko inverzna oblika luskavice, predvsem pa luskavica na spolovilu kljub včasih neznatnemu predelu prizadete kože, močno okrni kakovost življenja bolnika.
V sklopu diferencialne diagnoze vnetja v intertriginoznih predelih moramo poleg luskavice imeti v mislih tudi s kandido povzročeno okužbo in vnetje, bakterijsko okužbo kože oz. bakterijski intertrigo, perianalni streptokokni dermatitis, kontaktni dermatitis iritativne ali alergijske narave, glivično okužbo kože, spremembe v sklopu atopijskega dermatitisa in nekatere redkejše bolezni, kot sta Acrodermatitis enteropathica in Morbus Hailey-Hailey.

Inverzna luskavica in kakovost življenja

O kakovosti življenja v povezavi z luskavico se v zadnjem desetletju veliko govori in vedno več je študij, ki kažejo na to, da je pri zmerni do hudi obliki luskavice kakovost življenja močno okrnjena. Za razliko od luskavice v plakih (vulgarne luskavice), kjer je za zmerno do hudo obliko luskavice značilna prizadetost vsaj 10 % površine telesa, pa je drugače pri luskavici na posebnih mestih, kamor sodi

tudi inverzna luskavica, saj te navadno ne vidimo.
Kakovost življenja bolnikov z luskavico na posebnih mestih je nesorazmerna glede na odstotek prizadetosti kože v primerjavi z bolniki z luskavico v plakih. Primer so bolniki, ki imajo luskavico na vidnih mestih kot je npr. obraz, saj jim bolezen kvari samopodobo in vpliva na njihovo samozavest, bolniki z luskavico rok in nohtov zaradi bolezni težko najdejo službo ali v službi na nekaterih delovnih mestih težje delajo, so več v bolniškem staležu in tako posledično ekonomsko v slabšem položaju kot ostala populacija. Podobno je pri bolnikih s prizadetostjo spolovila, kjer je lahko motena ali celo onemogočena spolna aktivnost bolnika, kar vpliva na samopodobo in pomembno krni kvaliteto življenja bolnika. Študije namreč kažejo, da imajo bolniki z luskavico spolovila znatno slabšo kvaliteto življenja kot bolniki z luskavico, ki predela spolovila nimajo prizadetega, prav tako imajo številni motnje pri spolnem življenju, saj jih kar 25–40 % opisuje zmanjšanje spolne aktivnosti od pojava luskavice genitalnega predela. Vzrok so navadno sram, zmanjšana želja in disfunkcija zaradi prizadetosti kože spolovila in genitalnega predela.
Na podlagi navedenih primerov lahko razumemo, zakaj je pri inverzni luskavici kljub manjšemu predelu prizadete kože kakovost življenja bolnikov močno okrnjena in kako pomembno je, da bolezen prepoznamo ter zdravimo.

Zdravljenje inverzne luskavice

Zdravljenje inverzne oblike luskavice je podobno zdravljenju luskavice v plakih, a prilagojeno področju prizadete kože, starosti bolnika, pridruženim boleznim ali okužbam in obsežnosti ter trdovratnosti sprememb. Nemalokrat je zdravljenje zahtevno, predvsem zaradi lokalizacije sprememb.
Večinoma se poslužujemo lokalnega zdravljenja v obliki krem, mazil, emulzij ali past. Lokalno prva terapija izbora ostajajo kosteroidi blage in zmerne potentnosti, najmočnejših se pri inverzni luskavici zaradi prizadetih predelov, kjer je koža bolj občutljiva in tanka, izogibamo. Poleg tega se lahko uspešno zdravi tovrstno bolezen z izdelki z derivati D-vitamina, občasno uporabljamo tudi kombinirane preparate s steroidi in derivati D-vitamina. Predvsem za obraz in intimne predele predpisujemo tudi lokalne imunomodulatorje, kot sta pimekrolimus oz. takrolimus, ki pa uradno nista registrirana za zdravljenje luskavice. V tujini se uporabljajo tudi lokalni ditranol in preparati s katranom, ki pa v Sloveniji niso dostopni.
Če lokalna terapija ni dovolj uspešna, lahko v določenih centrih posežemo po fototerapiji (UVA ali UVB 311), prav tako (kot za druge oblike luskavice) pa se začenja uporabljati konvencionalna sistemska terapija, kot je metotreksat. Poleg tega je na voljo vedno več študij, ki prikazujejo učinkovitost zdravljenja inverzne luskavice z novejšimi zdravili, kot so biološka zdravila in apremilast.

Ob terapiji svetujemo redno nego s primernimi izdelki, ustrezno vsakodnevno higieno, nošenje bombažnega spodnjega perila in znižanje prevelike telesne teže. Odsvetujemo kajenje in prekomerno uživanje alkohola, ki sta znana sprožilca oz. poslabševalca bolezni.

Viri:
1. Weisenseel P, Reich K. Inverse psoriasis. Hautarzt. 2015;66(6):408-12. doi: 10.1007/s00105-015-3628-7.
2. Meeuwis KAP, Potts Bleakman A, van de Kerkhof PCM, Dutronc Y, Henneges C, Kornberg LJ, Menter A. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. J Dermatolog Treat. 2018;29(8):754-760. doi: 10.1080/09546634.2018.1453125.
3. Handa S. Newer trends in the management of psoriasis at difficult to treat locations: scalp, palmoplantar disease and nails. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2010;76(6):634-44. doi: 10.4103/0378-6323.72455.
4. Meeuwis KA, de Hullu JA, IntHout J, Hendriks IM, Sparreboom EE, Massuger LF, van de Kerkhof PC, van Rossum MM. Genital psoriasis awareness program: physical and psychological care for patients with genital psoriasis. Acta Derm Venereol. 2015;95(2):211-6. doi: 10.2340/00015555-1885.
5. Khosravi H, Siegel MP, Van Voorhees AS, Merola JF.Treatment of Inverse/Intertriginous Psoriasis: Updated Guidelines from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Drugs Dermatol. 2017;16(8):760-766.
6. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ.Treatments for inverse psoriasis: a systematic review. J Dermatolog Treat. 2019;1-8. doi: 10.1080/09546634.2019.1620912.
7. Khosravi H, Siegel MP, Van Voorhees AS, Merola JF.Treatment of Inverse/Intertriginous Psoriasis: Updated Guidelines from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Drugs Dermatol. 2017;16(8):760-766.
8. Mahajan R, Kumaran MS, Narang T, Handa S, Dogra S. Genital psoriasis among Indians: a prospective cross-sectional study. Australas J Dermatol. 2015;56:e18-20. doi: 10.1111/ajd.12077.
9. Czuczwar P, Stępniak A, Goren A, Wrona W, Paszkowski T, Pawlaczyk M, Piekarska-Myślińska D, Woźniak S, Pietrzak A. Genital psoriasis: a hidden multidisciplinary problem - a review of literature. Ginekol Pol. 2016;87(10):717-721. doi: 10.5603/GP.2016.0074.
10. Beck KM, Yang EJ, Sanchez IM, Liao W.Treatment of Genital Psoriasis: A Systematic Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2018 Dec;8(4):509-525. doi: 10.1007/s13555-018-0257-y.

10

LUSKAVICI PRIDRUŽENE BOLEZNI

Avtor:

asist. dr. Maruška Marovt, dr. med.

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor



Na voljo je vse več dokazov, da je luskavica večsistemska vnetna bolezen s številnimi pridruženimi boleznimi. Med njimi so luskavični artritis, Crohnova bolezen, maligna obolenja, depresija, nealkolohna zamaščenost jeter, metabolni sindrom in srčno-žilne bolezni; vse pa dodatno pomembno vplivajo na obolevnost in umrljivost bolnikov z luskavico (1). Opis vseh presega namen prispevka, zato so natančneje predstavljene le posamezne.

Luskavični artritis je kronična, serološko negativna vnetna sklepna bolezen, ki se razvije pri 7 do 40 % bolnikov z luskavico. Navadno se pojavi več let po pojavu luskavice, bistveno manj pogosto se razvijeta sočasno ali se prej razvije artritis. Najpogosteje se kaže kot nesimetrično vnetje posameznih večjih sklepov. Večje tveganje za razvoj luskavičnega artritisa opažamo pri bolnikih s hudo obliko luskavice, pri tistih, ki so bili v preteklih dveh letih zdravljeni s sistemskimi kortikosteroidi, po poškodbi in ob stresnih življenjskih dogodkih. Obstaja značilna povezava med luskavičnim artritisom in luskavico lasišča, luskavico nohtov, luskavico interglutealnega/perinealnega predela in luskavico na treh ali več predelih (2).

Luskavica je povezana s povišanim tveganjem za aterosklerotično žilno bolezen, ki zajema ožilje srca, možganov in periferno ožilje. Največ podatkov je na voljo o vplivu luskavice na bolezni srca, pri mladih obolelih odraslih pa je tveganje za razvoj miokardnega infarkta trikrat višje kot pri zdravih odraslih (3).

Metabolni sindrom je konstelacija dejavnikov tveganja, ki povečajo tveganje za razvoj srčno-žilnih bolezni in sladkorne bolezni. Vključuje povišan krvni tlak,

povišan krvni sladkor, povečan obseg pasu ter odstopanja vrednosti krvnih maščob. Povezavo med metabolnim sindromom in luskavico so dokazali v več raziskavah (4–6).

Pogostnost kroničnih vnetnih črevesnih bolezni, Crohnove bolezni in ulceroznega kolitisa je pri bolnikih z luskavico 3,8- do 7,5-krat višja v primerjavi s splošno populacijo (7).

Luskavica negativno vpliva na kakovost življenja tako pri odraslih kot pri otrocih. Povezujejo jo s slabo samopodobo, spolno disfunkcijo, tesnobo, depresijo in samomorilnimi mislimi (8–10).

Številne raziskave so pokazale večjo prevlado debelosti (indeks telesne mase, okraj.: ITM ≥30 kg/m2) pri bolnikih z luskavico (11–13). Dodatno je raziskava pokazala povezavo med debelostjo in stopnjo luskavice, pri čemer je bila prevalenca debelosti pri bolnikih z blago obliko luskavice 14 % višja, pri bolnikih z zmerno obliko luskavice 34 % višja ter pri bolnikih s hudo obliko luskavice 66 % višja v primerjavi s kontrolno skupino (14).

Razumevanje povezave luskavice s pridruženimi boleznimi lahko prispeva k zgodnejši postavitvi diagnoze in zdravljenju pridruženih bolezni. Ocena dejavnikov tveganja, simptomov in znakov morebitnih luskavici pridruženih bolezni danes predstavlja pomemben člen obravnave bolnikov z luskavico.

Viri:

1. Boehncke WH, Schoen MP. Psoriasis. Lancet 2015; 386: 983-94.
2. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. Arthritis Rheum2009; 61(2): 233-9.
3. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. J Eur Acad Dermatol Venerol 2012; 26 (Suppl. 2): 3-11.
4. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2006; 55(5): 829-35.
5. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, waist circumference, weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. Arch Intern Med 2007; 167(15): 1670-5.
6. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation 2005; 112(17): 2735-52.
7. Najarian DJ, Gottlieb AB. Connections between psoriasis and Crohn's disease. J Am Acad Dermatol2003; 48(6): 805-21.
8. Russo PA, Ilchef R, Cooper AR. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. Australas J Dermatol 2004; 45(3): 155-9.
9. Choi J, Koo Jy. Quality of life issues in psoriasis. J Am Acad Dermatol 2003; 49(2 Suppl): S57-61.
10. Schmitt J, Ford DE. Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. J Eur Acad Dermatol Venerol 2010; 24(8): 885-92.
11. Herron MD, Hincley M, Hoffman MS, et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. Arch Dermatol 2005; 141: 1527.
12. Sterry W, Strober BE, Menter A. International Psoriasis Councail. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conferene and review. Br J Dermatol 2007; 157: 649.
13. Neimann AL, Shin DB, Wang X, et al. Prevalence of cardiovascular risk factor in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 829.
14. Langan SM, Seminara NM, Shin DB, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a population-based study in the United Kingdom. J Invest Dermatol 2012; 132: 556.

11

PSORIAZA NOHTOV

Avtor:

Nataša Koser-Kolar, dr. med

Dermatovenerološka ambulanta, Splošna bolnišnica Celje

Pri psoriazi so razen kože pogosto spremenjeni tudi nohti rok in nog. Ocenjujejo, da ima 50 % psoriatikov spremenjene nohte, v kolikor pa je psoriazi pridružen še psoriatični artritis, so nohti prizadeti kar pri 90 % bolnikov. Spremembe nohtov so posledica psoriatičnih vnetnih sprememb na nohtni postelji in na zarodnem delu nohta ali nohtnem matriksu. Na nohtu lahko opazimo luknjičaste vdolbinice, oljne madeže, distalno oniholizo nohta, hiperkeratotične odebelitve nohta, delno razpadel ali v celoti razpadel noht. Razen estetske motnje, predstavljajo psoriatično spremenjeni nohti tudi težavo pri finih gibih prstov rok in povzročajo bolniku bolečine. Spremembe nohtov pri luskavici so lahko podobne glivični okužbi nohtov, ki jo lahko izključimo s pregledom postružkov nohtov z mikroskopom in porastom gliv na gojišču. Ob spremenjenih nohtih pomislimo tudi na mehanične poškodbe nohtov, vraščen noht in nekatere druge kožne bolezni, ki se prav tako kažejo s spremembami na nohtih.
Zdravljenje psoriatično spremenjenih nohtov je težavno. Lokalna terapija s keratolitičnimi, kortikosteroidnimi pripravki in pripravki s kalcipotriolom je le malo uspešna. Konvencionalna sistemska terapija z metotreksatom, acitretinom in ciklosporinom običajno privede le do blagega ali delnega izboljšanja na nohtih. Znatno učinkovitejša pri zdravljenju psoritično spremenjenih nohtov so biološka zdravila. V večini primerov bolnikov z luskavico in pridruženimi psoriatičnimi spremembami nohtov opažamo ob terapiji z biološkimi zdravili razen odličnega regresa plakov na koži tudi izboljšanje stanja na nohtih. Za zadovoljiv učinek izboljšanja sprememb na nohtih psoriatikov je potrebno nekoliko več časa, kot za izboljšanje sprememb na koži.







Slika 1.:Luknjičaste vdolbinice nohtov (foto: lasten vir)
Slika 2.: Psoriatična oniholiza in oljni madež (foto: lasten vir)
Slika 3.: Psoriatični artritis s psoriatično deformacijo vseh nohtov rok (foto: lasten vir)

12

LUSKAVIČNI ARTRITIS

Avtor:

doc. dr. Iztok Holc, dr. med.

Oddelek za revmatologijo, Klinika za interno medicino, Univerzitetni klinični center Maribor



Spondiloartritisi so heterogena skupina vnetnih artropatij, ki prizadenejo sinovijo, enteze in zunajsklepne strukture. Med spondiloartropatije spada tudi luskavični artritis. Luskavični artritis ima podobno gensko predispozicijo, klinično sliko, podoben vzorec sklepne in izvensklepne prizadetosti kot ostale spondiloartropatije. Podoben je tudi način zdravljenja. Neprepoznana bolezen ali zapoznelo zdravljenje lahko privede do trajnih nepovratnih okvar prizadetih struktur. Hitra postavitev diagnoze je pomemben dejavnik pri zdravljenju bolnikov z luskavičnim artritisom. Pri tem igrajo pomembno vlogo prav specialisti družinske medicine.

Uvod

Spondiloartritisi (SpA) so skupina sorodnih bolezenskih stanj, za katere so značilne skupne klinične, radiografske in genetske lastnosti: sakroiliitis in vnetje hrbtenice, vnetje perifernih sklepov (artritis) in narastišč tetiv na kost (entezitis), izven-sklepne manifestacije ter povezava s humanim levkocitnim antigenom (HLA)-B 27.

SpA delimo na pretežno osne in pretežno periferne SpA. V to skupino bolezni spadajo ankilozirajoči spondilitis, reaktivni artritis, artritis, povezan s kronično vnetno črevesno boleznijo (KVČB), juvenilni kronični artritis, nediferencirani SpA in luskavični artritis (LA). Posamezno bolezen je včasih težko prepoznati, saj se njihove klinične slike prepletajo. Spremljanje in zdravljenje teh bolezni je dostikrat usmerjeno glede na klinične manifestacije in ne glede na posamezno

Tabela 1.: Klinične manifestacije spondiloartritisov

KLINIČNE MANIFESTACIJE SPONDILOARTRITISOV
BOLEZENSKE PODVRSTE
• Ankilozirajoči spondilitis
• Luskavični artritis
• Reaktivni artritis
• Artritis ob KVČB
• Juvenilni spondiloartritis
• Nediferenciran spondiloartritis
KLINIČNE SLIKE
• Revmatološki znaki: aksialna prizadetost, periferni artritis, entezitis
• Izvensklepni znaki: akutni anteriorni uveitis, prizadetost srca (blok prevajanja, aortna insuficienca)
GENETSKO OZADJE
• Družinska anamneza
• HLA-B 27 antigen
SPECIFIČNI ZNAKI
• Luskavica
• KVČB

(Legenda: KVČB = kronična vnetna črevesna bolezen, HLA = humani levkocitni antigen)

diagnozo. Klinične manifestacije SpA so prikazane v tabeli 1 (1).

Luskavica in luskavični artritis (LA)

Luskavica je pogosta kožna bolezen bele rase in se pojavlja v približno 1–3 %. Redka je pri drugih etničnih skupinah, kot so skupine afro-karibijskega porekla in pri ameriških indijancih (0–0,3 %). Oba spola sta enako prizadeta. Do 40 % bolnikov z luskavico razvije LA v 5–10 letih od začetka bolezni. Praviloma luskavica nastopi pred razvojem artritisa, v 20 % se razvijeta sočasno, pri 15 % pa se prej razvije artritis. Običajno se LA pojavi med 30. in 50. letom starosti, lahko pa se pojavi tudi že v otroštvu. Med zagoni in začasnimi izboljšavami (remisijami) LA in luskavice ni povezave. Za LA so značilni sinovitis, entezitis, daktilitis in spondilitis. Luskavica in LA imata podobne patofiziološke mehanizme.

Mnogokrat LA ni diagnosticiran. Bolniki z LA imajo manjšo kakovost življenja, zmanjšano produktivnost in povečano odsotnost z dela. Bolniki so pogosto v čustvenem stresu.

Patofiziologija luskavičnega artritisa

Patogeneza LA ni pojasnjena, zraven genetskih vplivov so pomembni tudi dejavniki okolja in imunski mehanizmi. Približno 40 % bolnikov ima pozitivno družinsko anamnezo. Sorodniki prvega reda 50-krat pogosteje zbolijo zaradi LA kot splošna populacija. Prav tako je konkordanca pri enojajčnih dvojčkih za LA 70 %. HLA-DR 4 je povezan s potekom artritisa po tipu revmatoidnega artritisa, HLA-B 38 in B 39 s periferno obliko artritisa in HLA-B 27 s sakroiliitisom in spondilitisom. Tudi genetske slike luskavice in LA se razlikujejo. Medtem ko je luskavica povezana s HLA-C-aleli, je LA povezan s HLA-B-aleli. Pri LA je povišana raven proinflamatornih mediatorjev in znižana raven antiinflamatornih mediatorjev. Povišano raven proinflamatornih mediatorjev so našli v kožnih lezijah pri luskavici in tudi v sinoviji bolnikov z LA.

Proinflamatorne mediatorje sproščajo številne celice, med njimi celice prirojene imunosti in pridobljene imunosti. Dendritične celice igrajo glavno vlogo v prirojeni imunosti in aktivnem imunskem odgovoru ter T-celičnem imunskem odgovoru. V luskavični koži in sinovialni ovojnici je prisotnih mnogo dendritičnih celic. Aktivirane dendritične celice predstavljajo antigen in tvorijo interferon alfa ter proinflamatorne mediatorje, kot sta IL 12 in 23. T-celice odgovorijo na antigen, s tem pride do proliferacije in diferenciacije v tip 1 in tip 17 T celic pomagalk, ki sproščajo vnetne citokine. Aktivirane dendritične celice delujejo na keratinocite, levkocite, nevtrofilce, endotelne celice in vaskularne gladkomišične celice, kar vodi v dodatno tvorbo vnetnih mediatorjev. Angiogenezo opisujejo tako pri luskavici kot pri LA; pri obeh so povišani markerji angiogeneze.

Na zagon bolezni lahko vplivajo tudi nekateri virusi in bakterije. Pri bolnikih, okuženih s HIV, je bolj izražena kožna oblika in agresivnejša sklepna oblika (2,3).

Klinična slika luskavičnega artritisa

Pri bolnikih z LA se pojavita bolečina in okorelost v prizadetih sklepih, ki traja zjutraj več kot 30 minut. Okorelost se stopnjuje pri dalj časa trajajočem mirovanju. 70 % bolnikov ima v anamnezi luskavico. Ob pregledu ugotavljamo bolečino pri gibanju in na palpacijo ob robu sklepa ter izliv, najpogosteje z asimetrično razporeditvijo. V 40–50 % so prizadeti distalni interfalangealni sklepi in hrbtenica. Pri 15 % bolnikov najdemo ob pregledu luskavico, ne da bi bolniki za njo vedeli. Luskavični artritis je kronična vnetna erozivna artropatija. V klinični sli-

ki opazujemo pet prekrivajočih se kliničnih vzorcev:

- asimetrični mono-/oligoartikularni artritis (~30 %; od 12 do 70 %),
- simetrični poliartritis (~45 %; od 15 do 65 %),
- artritis DIP sklepov (54 %),
- aksialni (spondilitis in sakroiliitis) (50 %),
- pohabljajoči artritis (artritis mutilans) (<5 %).

Asimetrični mono-/oligoartikularni artritis je najpogostejša oblika LA s prizadetostjo proksimalnih in distalnih interfalangealnih sklepov rok in nog ter metatarzofalangealnih sklepov.
Simetrični poliartritis je po klinični sliki podoben revmatoidnemu artritisu. V 25 % imajo bolniki pozitivni revmatoidni faktor. Za to obliko pogosteje obolevajo ženske.
Artritis DIP sklepov je pogosteje prisoten pri moških, artritis pa je ob spremembah praviloma oligoartikularen.
Aksialni (spondilitis in sakroiliitis) – obliki se lahko pojavita samostojno ali pri vseh sklepnih oblikah, praviloma v kasnejšem obdobju, pogosteje pri moških.
Pohabljajoči artritis (artritis mutilans) je izjemno agresivno potekajoča oblika luskavičnega artritisa, ki nastane zaradi osteolize falangealnih in metakarpalnih kosti.
Nekateri bolniki imajo več vzorcev bolezni ali pa se ti tekom bolezni spreminjajo. Praviloma se začne kot oligoartritis. Bolezen se lahko kaže kot artritis ali spondilitis, a je spondilitisu skoraj vedno pridružen tudi artritis, sam spondilitis pa je prisoten le pri 2–4 % bolnikov. Artritis distalnih interfalangealnih sklepov in mutilitantni artritis sta značilna za LA, a nista tudi najpogostejša.
Pojavi se lahko entezitis Ahilove tetive, plantarne aponevroze in na medenici. Entezitis je vnetje narastišč tetiv, ligamentov in sinovije na kost. Subklinični entezitis Ahilovih tetiv, ugotovljen z ultrazvokom (UZ), je pogostejši pri bolnikih z luskavico kot pri zdravi populaciji. Pojavi se lahko tudi tendosinivitis. Daktilitis je difuzna oteklina celotnega prsta na roki ali nogi, ki ga imenujemo »klobasasti prst«. Gre za oteklino prsta med metakarpofalangealnimi in interfalangealnimi sklepi zaradi vnetja tetivnih ovojnic. Ima jih vsaj polovica bolnikov z LA in napovedujejo progresivne radiološke spremembe.
Na nohtih nastajajo tipične spremembe in sicer majhne vdolbinice, oniholiza, hiperkeratoza nohtne posteljice in »splinter« krvavitve. Agresivnost nohtnih sprememb lahko korelira z agresivnostjo LA in napoveduje slabši izhod bolezni.
Včasih se lahko pojavi na rokah in nogah »pitting« (luknjičasti) edem, ki je pogosteje asimetričen in se pogosto pojavi pred artritisom. Zunajsklepne manifestacije se najpogosteje pojavljajo na očeh. Pojavijo se uveitisi in konjunktivitisi.

SAPHO (sinovitis, akne, postuloza, hiperostoza, osteitis) je sindrom, ki ga nekateri povezujejo z LA. Gre za specifično dermatološko entiteto (pustuloza, aknam podobni kožni izpuščaji) na sprednji stani prsnega koša s sinovitisom, sakroiliitisom, spondilodiscitisom, entezopatijo, aseptičnim osteomielitisom in/ali hiperostozo (3, 4).

Laboratorijske preiskave

Pri diagnostiki LA ni specifičnih laboratorijskih preiskav. Pokazatelji vnetja nam lahko pomagajo pri ugotavljanju aktivnosti in kroničnosti artritisa. Pokazatelji akutnega vnetja so prisotni pri 40 % bolnikov, povišana sedimentacija in levkocitoza pa pri eni tretjini. Do 10 % bolnikov ima pozitiven revma faktor; protitelesa proti cikličnemu citrulinskemu polipeptidu (anti-CCP), ki je visoko specifičen za revmatoidni artritis, pa v 8–16 %. Prisotna so pri erozivni bolezni, lahko pa so prisotna tudi pri bolnikih z luskavico brez artritisa. Protijedrna protitelesa (ANA) so lahko v nizkem titru prisotna celo pri 50 % bolnikov. HLA B-27 je povezan z LA, še posebej s spondilitisom.

Slikovne preiskave

Rentgenski posnetki kažejo tipičen vzorec sprememb, ki jih ne vidimo pri drugih vnetnih artritisih. V enem samem sklepu so lahko prisotne tako erozije kot tudi tvorbe nove kosti. Ali pa so prisotne v različnih sklepih na istem prstu. Lahko pa je na rentgenskem posnetku prisotna jukstaartikularna hiperostoza z odsotnostjo periartikularne osteoporoze in relativno ohranitvijo sklepnega prostora. Tipične so tudi lize distalnih falang, puhasti periostitis ter tvorba nove kosti na področju vnetih entez. Nastajajo tudi spremembe, ki jih imenujemo »pencil in cup« (svinčnik v skodelici), lahko pa pride do lize in ankiloze sklepov pri istem bolniku. Zgodnje radiološke spremembe nakazujejo agresivnejši potek bolezni.
Magnetna resonanca (MR) je bolj občutljiva kot klasični rentgenski posnetki pri odkrivanju sklepnih, obsklepnih in mehkih tkiv. Z MR lahko vidimo vnetje tudi v kostnem mozgu, entezah ter sakroiliakalnih sklepih.
Ultrazvok (UZ) je neinvazivna preiskava, ki jo uporabimo za ugotavljanje sprememb na sklepni površini, obsklepnih strukturah in mehkih tkivih. S pomočjo Power Dopplerja lahko ugotavljamo tudi aktivnost vnetja (5).

Diagnoza

Postavitev diagnoze LA je preprosta pri bolniku z luskavico in artritisom s tipičnimi znaki LA, vendar je pri tem treba upoštevati tudi številne druge dejavnike. Pozorni moramo biti tudi na možnost LA brez luskavice. Gre za bolnike, ki imajo prizadete distalne interfalangealne sklepe, asimetrično porazdelitev, spremembe na nohtih ali skrite luskavične plake (lasišče, intraglutealno ali popek),

daktilitis, luskavico v sorodstvu ali pozitiven HLA-C 06. V diagnostičnem postopku moramo opraviti natančno anamnezo in status bolnika. Ob osnovnih laboratorijskih preiskavah moramo določiti še revmatoidni faktor, anti-CCP, ANA testa in HLA B-27. Pri pregledu sinovijske tekočine določimo število levkocitov z diferencialno krvno sliko, barvanje po Gramu, nivo krvnega sladkorja in pregledamo kristale s polarizacijskim mikroskopom. Za vizualizacijo sprememb na sklepih in hrbtenici lahko uporabimo klasične rentgenske posnetke, za prizadetost obsklepnih struktur in entezitisov pa uporabimo UZ in MR.
Klasifikacijska merila za LA (CASPAR – Classification criteria for psoriatic arthritis) je razvila mednarodna skupina in dosegajo 99 % specifičnost in 91 % občutljivost. Ta merila lahko uporabimo le pri bolnikih, ki imajo jasno vnetno skeletnomišično obolenje (periferni artritis, aksialno bolezen ali entezitis) (tabela 2) (6).

Tabela 2.: CASPAR merila

VNETNA BOLEZEN SKLEPOV (SKLEPI, HRBTENICA, ENTEZE)		
S tremi ali več točkami:		
Luskavica	Luskavica na koži ali skalpu	2 točki
Luskavica v anamnezi (trenutno ni izražena)	poročana s strani bolnika, družinskega zdravnika, dermatologa, revmatologa ali drugega zdravstvenega delavca	1 točka
Luskavica v družinski anamnezi	prisotnost luskavice pri bolnikovih sorodnikih v prvem ali drugem kolenu	1 točka
Luskavica nohtov	tipična luskavica nohtov (npr. vdolbinice, privzdignjenost nohta in ločitev od nohtne posteljice itd.)	1 točka
Negativni RF test	preferenčno z metodo ELISA ali nefelometrijo	1 točka
Prisoten daktilitis ali daktilitis v anamnezi	otekanje celotnega prsta ali poročan s strani revmatologa	1 točka
Rentgensko dokazana okostenitev	Jukstaartikularno nastala nova kost (vendar ne tvorba osteofita) na rentgenogramih rok in nog	1 točka
Opomba: Merila CASPAR so izpolnjena, kadar ob artritisu ali entezitisu ali vnetju osnega skeleta dosežemo $\geq$ 3 točke		

Diferncialna diagnoza

Pri postavljanju diagnoze LA moramo upoštevati možnost prisotnosti drugih, podobno potekajočih bolezni, med katerimi so najpogostejše revmatoidni artritis, reaktivni artritis, artritis ob KVČB, ankilozirajoči spondilitis, urični artritis ter osteoartritis.

Zdravljenje luskavičnega artritisa

Zdravljenje LA zajema zdravljenje s številnimi različnimi zdravili, od katerih nekatera uporabljamo za zdravljenje kožnih sprememb, nekatera za sklepno prizadetost, nekatera pa za oboje.
Včasih so bili mnenja, da je LA blaga bolezen, in so neradi uporabljali imunomodulatorna zdravila, vendar je v zadnjem času postalo jasno, da to ni tako. Dve leti po začetku bolezni ima približno polovica bolnikov erozivne spremembe na sklepih. Slabi napovedni dejavniki so:

- večje število akutno vnetih sklepov,
- povišana sedimentacija eritrocitov,
- slab odgovor na predhodno zdravljenje,
- prisotnost sklepnih okvar (klinično ali radiografsko),
- izguba funkcije sklepa,
- manjša kakovost življenja.

Cilj zdravljenja je nedvomno remisija bolezni, stanje brez bolečin in brez oteklih sklepov. Vendar tako stanje doseže zgolj 18 % bolnikov. Polovica od njih ne uporablja nobenih zdravil. Remisija traja v povprečju 2 leti in pol, a večina doživi vsaj en zagon v času 2,6 let. Večjo verjetnost za remisijo imajo moški z blažjo boleznijo.
Zdravljenje zajema tako zdravljenje luskavice kot LA, slednje pa zajema zdravljenje artritisa, spondilitisa, daktilitisa in entezitisa. Smiselno je, da dermatolog in revmatolog sodelujeta pri zdravljenju bolnika z LA

Nesteroidni antirevmatiki

Zdravljenje praviloma začnemo z nesteroidnimi antirevmatiki (NSAR), tako neselektivnimi kot ciklooksigenaza (COX)-2 selektivnimi. Slednji so priporočljivi pri bolnikih s težavami v gastrointestinalnem traktu, a manj priporočljivi za bolnike z ishemično boleznijo srca. Uporaba zaviralcev protonske črpalke je učinkovita pri preprečavnju nastanka ulkusne bolezni pri kronični uporabi NSAR. Z NSAR zdravimo blažje oblike artritisov, spondilitise, daktilitise in entezitise.

Zdravila, ki spreminjajo potek bolezni

Zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, uporabimo ob neučinkovitosti zdravljenja z NSAR. Za zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, se moramo odločiti čimprej pri bolnikih s poliartikularno obliko bolezni. Kadar gre za posebej agresivno potekajočo bolezen in klasična sintezna (ks)-zdravila, ki spreminjajo potek bolezni, ne zadostujejo, moramo pomisliti na zdravljenje z biološkimi (b)-zdravili, ki spreminjajo potek bolezni. Večina terapij je bilo prenesenih iz raziskav zdravljenja revmatoidnega artritisa. Med ks-zdravila, ki spreminjajo potek bolezni in jih uporabljamo za zdravljenje LA, spadajo sulfasalazin, metotreksat, leflunomid in ciklosporin A. Metotreksat je najpogosteje uporabljeno zdravilo, ki spreminja potek bolezni predvsem za sklepno prizadetost in se daje 1-krat tedensko v odmerkih 7,5–25 mg. Pri odmerkih, večjih kot 15 mg, je potrebno razmisliti o eventualni uporabi parenteralne (subkutane) oblike zdravila. Dan po prejemu metotreksata bolnik zaužije folno kislino. Hitro nižanje oz. nenadna popolna odstranitev metotreksata iz zdravljenja lahko privede do izrazitega zagona LA in tudi kožne luskavice, zato je potrebno metotreksat opuščati postopoma. Najresnejši neželeni učinek metotreksata je toksični učinek na jetra, lahko pa povzroča tudi intersticijsko pljučno bolezen in supresijo kostnega mozga. Potrebna je previdnost pri ledvični bolezni. Pri glomerulni filtraciji manjši od 20 ml/min je uporaba metotreksata odsvetovana. Bolniki, ki ne odgovorijo na zdravljenje v šestih do osmih tednih, tudi kasneje ne bodo.

Sulfasalazin uporabljamo predvsem za zdravljenje zunajsklepnih oblik LA, izboljša lahko tudi kožno simptomatiko. A tudi sulfasalazin ni učinkovit pri zdravljenju aksialnih oblik bolezni. Pri zdravljenju artritisov bolniki potrebujejo večje odmerke kot pri revmatoidnem artritisu. Gastrointestinalne težave so najpogostejši razlog za ukinitev zdravljenja s sulfasalazinom. Opisovali so tudi zagon z zdravili povzročenega sistemskega lupusa eritematozusa in toksične dermolize. Leflunomid je uspešen pri približno 40 % bolnikov z LA. Uporabimo ga pri bolnikih, ki niso zadovoljivo odgovorili na zdravljenje z metotreksatom ali pa so se pri njih pojavili neželeni učinki. Leflunomid ugodno deluje na zdravljenje sklepne in kožne manifestacije. Zmanjšuje tudi daktilitis in spremembe na nohtih. Diareja, povišane aminotransferaze in povišan krvni tlak so najpogostejši neželeni učinki zdravljenja z leflunomidom.

Ciklosporin A uporabljamo v nižjih odmerkih kot pri transplantiranih bolnikih. Bolniki z LA večinoma prejemajo med 2,5 in 5 mg/kgTT/dan, običajno v deljenem odmerku. Učinkovitost ocenjujemo po treh do štirih mesecih. Učinkovitost se je pokazala tako na sklepih kot tudi na koži. Nefrotoksičnost, povišan krvni tlak in nevrološke motnje so najpogostejši razlog opustitve ciklosporina A. Kombinacija zdravljenja z metotreksatom v kombinaciji s ciklosporinom je uspešnejša kot zdravljenje zgolj z metotreksatom. Med b-zdravila, ki spreminjajo

potek bolezni, spadajo zaviralci faktorja tumorske nekroze alfa (anti TNFα) (infliksimab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab pegol), zaviralec interlevkina (IL)-12 in IL-23 (ustekinumab), abatacept, ki je selektivni modulator T-celične kostimulacije ter sekukinumab in iksekizmab, ki sta zaviralca IL-17a. Med sodobna zdravila spadata tudi inhibitor janusovih kinaz tofacitinib in apremilast, ki je zaviralec fosfodiesteraze-4. Slednja ne spadata med biološka zdravila, ampak gre za tarčna zdravila, ki spreminjajo potek bolezni.

Številne raziskave so pokazale učinkovitost anti TNFα (infliksimab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab pegol). TNFα je potentni citokin, ki se vplete v proces vnetja. Neposredno zaviranje njegovega delovanja zmanjša posredno tudi delovanje drugih proinflamatornih citokinov. Zdravljenje z zaviralci TNFα je pokazalo pomembno izboljšanje sklepne, izvensklepne in kožne simptomatike, kot tudi zmanjšanje radiografskega naporedovanja bolezni. Izboljšala pa se je tudi z zdravjem povezana kakovost življenja in fizikalna zmogljivost bolnikov. Pri bolnikih so opazovali tudi dolgotrajen učinek zaviralcev TNFα. Najpogostejši neželeni učinki so okužbe, infuzijske reakcije, reaktivacija tuberkuloze, dvig jetrnih encimov, alergija na mestu vboda in infuzijske reakcije.

Ustekinumab (zaviralec IL12/23) se je pokazal učinkovit v zdravljenju luskavice in LA. Od neželenih učinkov so bile najpogostejše okužbe, ni pa bilo tuberkuloze, oportunističnih okužb, malignomov ali smrti.

Abatacept (CTLA4-Ig) se je izkazal uspešen pri zdravljenju LA pri bolnikih, ki so bili predhodno zdravljeni s ks-imunomodulatorji. Zmerno izboljšanje so opazili tudi na koži in na radiografskih posnetkih.

Sekukinumab in iksekizumab (zaviralca IL-17a) sta biološki zdravili, ki ju uporabljamo za zdravljenje luskavice in LA. Prvega tudi za zdravljenje ankilozirajočega spondilitisa. Med sodobna zdravila spadata tudi inhibitor janusovih kinaz tofacitinib in apremilast, ki je zaviralec fosfodiesteraze-4. Slednja ne spadata med biološka zdravila, ampak gre za tarčna (t) zdravila, ki spreminjajo potek bolezni.

Apremilast (zaviralec fosfodiesteraze 4) zavira številne proinflamatorne mediatorje in citokine, ki sodelujejo v odgovoru prirojene in pridobljene imunosti. Pokazal se je kot učinkovit pri bolnikih, ki so bili predhodno zdravljeni s ks-imunomodulatorji in b-imunomodulatorji, a pri slednjih v nekoliko manjši meri. Najpogostejši neželeni učinki so gastrointestinalne motnje, driska in slabost, glavoboli in izguba teže. Praviloma gre za blage simptome, ki spontano izzvenijo. Zaviralec Janusovih kinaz (JAK) (tofacitinib) je zadnje zdravilo, ki je prišlo na tržišče za zdravljenje LA. Je v obliki tablet in se aplicira dvakrat dnevno. Njegova učinkovitost je dokazana tako na zmanjšanju aktivnosti artritisa, kot na počasnejšem napredovanju strukturnih sprememb in izboljšanju kvalitete življenja bolnikov. Najpogostejši neželeni učinki so tudi tukaj okužbe. Previdnost je potrebna glede tuberkuloze. V raziskavah so opisovali pojavnost herpes

zostra (predvsem v azijski populaciji), limfomov, pljučnega raka, raka dojke, melanoma, raka prostate in raka trebušne slinavke. Opisana je bila perforacija prebavil. Prehodno lahko pride do povišanih jetrnih testov ter krvnih diskrazij, povišajo se vrednosti lipidov. Med novejša zdravila, med katerimi so številna še v zgodnjih fazah raziskovanj, spadajo še: zaviralci IL-17 (brodalumab), zaviralci proteinske kinaze C in zaviralci adenozinskih A3 receptorjev. Kortikosteroide uporabljamo pri LA izjemoma kot prehodno terapijo.

Strategija zdravljenja

Pred začetkom zdravljenja moramo določiti aktivnost bolezni, prepoznati dejavnike tveganja za agresivni potek bolezni in opredeliti komorbidnosti. Vsi bolniki morajo opravljati fizikalno in delovno terapijo. Bolnike vključimo tudi v program izobraževanja.

Pri bolnikih z neagresivno začetno obliko bolezni uporabljamo NSAR tako pri periferni sklepni obliki bolezni kot tudi pri aksialni prizadetosti. V kolikor je artritis aktiven kljub zdravljenju z NSAR, uporabimo ks-zdravila, ki spreminjajo potek bolezni. V poštev pride predvsem zdravljenje z metotreksatom in leflunomidom. Metotreksat postopoma višamo do odmerka 25 mg 1-krat na teden, s tem da pri odmerku 17,5mg 1-krat na teden preidemo na zdravljenje s subkutano obliko metotreksata. Leflunomid višamo do 20 mg/dan. Od ks-zdravil, ki spreminjajo potek bolezni, prihajata v poštev tudi sulfasalazin in ciklosporin A. V primeru neučinkovitosti ali pojava neželenih učinkov pri ks-zdravilih, ki spreminjajo potek bolezni, pride v poštev zdravljenje z b-zdravili, ki spreminjajo potek bolezni. V primeru LA so to zaviralci TNFα, ki jih uporabimo kot monoterapijo ali v kombinaciji s ks-zdravili, ki spreminjajo potek bolezni, najpogosteje metotreksatom. V kolikor je zdravljenje z zaviralci TNFα neuspešno, pride v poštev zdravljenje z drugimi biološkimi ali tarčnimi zdravili, ki spreminjajo potek bolezni. Za prehodno terapijo lahko izjemoma uporabimo kortikosteroide; pri monoartritisih predvsem intraartikularno.

Skupina za raziskovanje in oceno luskavice in luskavičnega artritisa (GRAPPA) in evropska liga za boj proti revmatizmu (EULAR) sta izdali priporočila za zdravljenje LA. Priporočila GRAPPA so navedena v tabeli 3 (7, 8, 9).

Zaključek

LA je kronična in progresivna vnetna bolezen, ki je povezana z luskavico in lahko vodi v izrazito obolevnost. Družinski zdravniki prvi srečajo bolnika z LA, zato je nujno njegovo prepoznavanje in čimprejšnja predstavitev teh bolnikov revmatologu za preprečitev nastanka nepovratnih sprememb na osteomuskularnem aparatu.

Tabela 3.: GRAPPA priporočila za zdravljenje luskavičnega artritisa

DOMENA	BOLEZEN	PRIPOROČILA ZA ZDRAVLJENJE (dokaz)	KOMENTAR
periferni artritis	blaga	NSAR (A)	
		intra-artikularne injekcije KS (D)	
	zmerna do huda	DMARDs: SSZ (A), LEF (A), MTX (B), KS (B)	Ni dokazov, ki bi podpirali uporabo klasičnih imunomodulatorjev pred TNF a zaviralci
	zmerna do huda	zaviralci TNFa (A)	Bolniki s slabo prognozo - TNF a zaviralci, tudi če niso neuspešni na klasičnih imunomodulatorjih
aksialna oblika	blaga	NSAR (A), fizioterapija, izobraževanje, analgetiki (A)	
	zmerna do huda	zaviralci TNFa (A)	
nohti	N/A	Retinoidi (C), oralna PUVA (C), CS (C), zaviralci TNFa - IFX in alefacept (C)	
entezitis	blaga	NSAR, fizikalna terapija, kortikosteroidi (C)	
	zmerna	DMARDs (D)	
	huda	zaviralci TNFa (pri SpA) (A)	
daktilitis	blaga	NSAR (D); kortikosteroidi (D)	
	zmerna	DMARDs (D)	
	huda	Zaviralci TNFa (A)	

Legenda: NSAR=nesteroidni antirevmatiki, DMARD=imunomodulatorji, SSZ=sulfasalazin, LEF=leflunomid, MTX=metotreksat, KS=kortikosteroid, TNF=faktor tumorske nekroze, PUVA=zdravljenje z ultravijolično svetlobo, IFX=infliksimab

Viri:

1. Linden VD et al. Chapter 10. In: Firestein, Budd, Harris, McInnes, Ruddy and Sergent, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology: Spondyloarthropathies. 8th ed. Saunders Elsevier; 2009: p.1170.
2. Sieper J. Developments in the scientific and clinical understanding of the spondyloarthritides. Arthritis Res Ther 2009;11:208-15.
3. Mercieca C, Landewé R, Borg AA. Spondylarthropathies: Pathogenesis and Clinical Features. In: Textbook on Rheumatic Diseases. Ed. Bijlsma JWJ. BMJ Group, 2012, London, First ed., 255-75.
4. Dugados M, Hochberg MC. Why is the concept of spondyloarthropathies important. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002;16:495-505.
5. Mease PJ, Armstrong AW. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. Drugs. 2014 Mar;74(4):423-41.
6. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum. 2006 Aug;54(8):2665-73.
7. Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Sep;68(9):1387-94.
8. Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. Ann Rheum Dis. 2012 Jan;71(1):4-12.
9. Huynh D1, Kavanaugh A. Psoriatic arthritis: current therapy and future approaches. Rheumatology (Oxford). 2015 Jan;54(1):20-8.

13

FIZIOTERAPIJA PRI BOLNIKU S PSORIATIČNIM ARTRITISOM

Avtor:

Maja Fatur, dipl. fiziot.

Klinični oddelek za revmatologijo, UKC Ljubljana

Pomemben del nefarmakološke obravnave bolnikov s Psoriatičnim artritisom (PA) je tudi fizioterapija. Izvedena bi morala biti, čim prej po postavitvi diagnoze. Tako bi že predčasno poskusili preprečili izgubo gibalnih sposobnosti, mišično neravnovesje, slaba drža, pojav napačnega vzorca hoje…. ne pa se začeli ukvarjati z njimi šele takrat, ko se pojavijo ali pa postanejo nepopravljive.
Fizioterapija pri bolnikih s PA je usmerjena na učinke PA v sklepih in mišicah in ne na kožne spremembe, ki so del bolezni.
Cilji fizioterapije pri bolnikih s PA so:

- učenju primernih in pravilno izvedenih terapevtskih vaj (katerih namen je preprečitev okvare, izboljšati, ohraniti ali povečati telesne funkcije),
- preprečevanju ali izboljšanju funkcijske zmogljivosti (pravilna telesna drža, mehanika gibanja, ravnotežje, primeren vzorec hoje…),
- svetovanje o primerno izbrani športni aktivnosti,
- učenje primernosti ohlajanja/segrevanja prizadetih sklepov glede na fazo bolezni (akutna/kronična); lokalno ogrevanje se uporablja v kronični fazi PA, ohlajanje pa v akutni fazi,
- edukacija (pravilni ergonomski in razbremenilni položaji, svetovanje o pripomočkih za hojo, če so ti potrebni in njihova pravilna uporaba, motivacija za gibanje).

Študije in praksa namreč kažejo, da se bolniki s PA izogibajo telesni aktivnosti zaradi strahu pred povečanjem bolečine, negativen vpliv na aktivnost bolezni in povečanje možnosti poškodbe sklepov zaradi gibanja.
Redna in pravilno izvedena telesna dejavnost prinaša številne koristi:

- ohranja/izboljšuje sklepno gibljivost,
- ohranja/povečuje mišično moč,
- ohranja/izboljšuje srčno-žilno vzdržljivost,
- ohranja/izboljšuje druge gibalne sposobnosti (ravnotežje, koordinacijo, hitrost),
- zmanjšuje tveganje za razvoj drugih kroničnih nenalezljivih bolezni,
- vpliva na dojemanje bolečine, utrujenosti, anksioznosti, depresijo, izboljšuje spanje,
- vzdržuje/zmanjšuje telesno težo,
- ohranja/povečuje mineralno kostno gostoto,
- zmanjšuje možnosti padcev…itd.

Pozitivne učinke telesne dejavnosti lahko dosežemo neglede na starost, svojo predhodno aktivnost/neaktivnost ali ob pojavu zdravstvenih težav ali kronične

bolezni. A zgolj, če je telesna dejavnost redno in pravilno izvajana.
Vsaka kronična bolezen ima svoje kontraindikacije in svoje omejitve, ki jih fizioterapevt pozna in tako upošteva pri oblikovanju vadbenega programa. Pri oblikovanju programa terapevtskih vaj je potrebno upoštevati splošno zdravstveno stanje posameznika in pridružene bolezni, stanje bolezni (akutno/kronično), starost posameznika, zagotoviti njegovo varnost in motiviranost za telesno dejavnost. Na podlagi tega izberemo varne, ustrezne in učinkovite terapevtske vaje; določimo število njihovih ponovitev, intenzivnost, trajanje, odmore, pogostost. Za doseganje čim večje učinkovitosti programa terapevtskih vaj moramo upoštevati posameznikove potrebe in zmožnosti. Tako obremenitve terapevtskih vaj načrtno in postopno stopnjujemo in tako nadgrajujemo sam program terapevtskih vaj.
Zaradi narave bolezni same je pomembno posameznika naučiti katere terapevtske vaje so primerne v akutni fazi bolezni in katere v kronični fazi bolezni. V akutni fazi bolezni se izogibamo prevelikim obremenitvam vezivnega tkiva, da ne pride do dodatnih poškodb sklepov in obsklepnih struktur. Kasneje v kronični fazi bolezni pa se odločimo za zahtevnejše terapevtske vaje primerne za posameznika.
Kljub temu, da posameznik potrebuje individualno oblikovan program vadbe prilagojen njegovi telesni pripravljenosti in stanju bolezni še vedno lahko vadi v skupini, vendar mora pri tem upoštevati svoje zmožnosti. Pred vadbo in vmes pa je pozoren, da se simptomi in znaki bolezni ne pojavijo ali povečajo. V nasprotnem primeru je potrebno z vadbo takoj prekiniti. Kronične bolezni povzročajo socialno osamljenost, vadba v skupini ljudi s podobnimi težavami lahko pozitivno vpliva na družbeno okolje.
Pomemben je tudi primeren izbor športne aktivnosti, ki ustreza posamezniku glede na njegovo predhodno telesno pripravljenost, zdravstveno stanje in fazo same bolezni. Primerne oblike vadbe za bolnik s PA je hoja, nordijska hoja, plavanje, manj zahtevno kolesarjenje, različne oblike vodene vadbe (pilates, funkcionalna vadba, joga, tai chi, različne relaksacijske tehnike), če te ne povečajo ali povzročajo simptomov/znakov bolezni. Izogibati pa se je namreč potrebno športnim aktivnostim, kjer so prisotni hitri, sunkoviti in nekontrolirani gibi (košarka, tenis, squash, rokomet, nogomet, borilne discipline, visoko intenzivne vodene vadbe, tek na trših podlagah…) pri njih je večja možnost, da pride do poškodb sklepov in obsklepnih struktur. Upoštevati je tudi potrebno, da je zelo pomembno za varno izvajanje športnih aktivnosti, redno in pravilno izvajanje primernih terapevtskih vaj.
Izobraževanje bolnika je namenjeno informirati in motivirati posameznika k skrbi za svoje zdravje. Študije so pokazale, da imajo bolniki po postavitvi diagnoze povečano stopnjo straha. Sam strah pomembno prispeva k razvoju trajne

(kronične) bolečine. Pomemben cilj izobraževanja posameznika je zmanjšati nepotreben strah.
Vse ostale metode in tehnike v fizioterapiji so usmerjene k zmanjšanju bolečine in tako k pripravi bolnika na lažje gibanje, ki vodi v večjo telesno pripravljenost in dobro počutje. Telesna vadba dokazano ne poveča možnosti za poškodbe sklepov, ne poveča aktivnosti bolezni in ne poveča bolečine.
Živeti s kronično boleznijo je težko. Zgodnja diagnostika, ustrezna obravnava, vzgoja za zdravje posameznika (sodelovanje celotnega zdravstvenega tima), da razumejo bolezen in se zavedajo, da lahko sami vplivajo na potek bolezni. Investicija posameznikovega časa in energije za redno telesno vadbo poleg upoštevanja še ostalih dejavnikov, zagotavlja boljšo funkcijo, večjo samostojnost in posledično boljšo kakovost življenja bolnika s PA.

14

KAJ LAHKO BOLNIK S PSORIATIČNIM ARTRITISOM PRIČAKUJE OD DELOVNEGA TERAPEVTA?

Avtor:

Barbka Huzjan, dipl. delovna terapevtka

Klinični oddelek za revmatologijo, UKC Ljubljana

Kronične bolezni se zaradi daljše pričakovane življenjske dobe pojavljajo vse pogosteje in narekujejo timsko zdravljenje, kjer ima svoje mesto tudi delovna terapija. Delovni terapevti se pri svojem delu osredotočijo na vprašanje: »Zakaj ima nekdo težave pri opravljanju vsakodnevnih opravil, kaj lahko spremenimo ali naredimo, da bo njihova izvedba lažja in počutje boljše?« Ob postavitvi diagnoze je pomembno, da je bolnik poučen o možnostih zdravljenja, v okviru katerega igra pomembno vlogo tudi delovna terapija.

Kaj je delovna terapija?

Delovna terapija je zdravstvena dejavnost, ki pomaga ljudem, da ohranjajo samostojno in kakovostno življenje kljub oviram, ki jih povzroči bolezen, poškodba ali druga omejitev v njihovem življenju. Usmerjena je k promociji zdravja in dobrega počutja. Bolniku omogoča sodelovanje v vsakodnevnih življenjskih aktivnostih, ki jih doživlja kot smiselne, mu prinašajo izpolnitev in ga v življenju povezujejo z drugimi.

Kaj lahko delovna terapija nudi bolnikom s psoriatičnim artritisom (PsA)?

Bolnike s psoriatičnim artritisom spremljajo bolečine, otrdelost sklepov in utrujenost, ki jih ovirajo pri vsakodnevnih opravilih. Ta opravila so povezana s skrbjo samega zase, produktivnostjo in prostim časom in si jih sami želijo ali morajo opraviti (osebna higiena, gospodinjstvo, opravljanje poklica, druženje). Pogosto se zgodi, da se z boleznijo povezanim težavam pridružijo še druge, ki izvirajo iz bolnikovega okolja ali pričakovanj njegovih bližnjih. Delovni terapevt se z bolnikom pogovori in skupaj pripravita načrt, v katerem se bolnik glede na njegove zmožnosti ali potrebe:

- uči tehnik varovanja sklepov za zaščito pred obremenitvijo,
- uči tehnik samostojnega opravljanja vsakodnevnih opravil,
- oskrbi s pripomočki in pomožno tehnologijo,
- oskrbi z ortozami ali opornicami za občasno uporabo,
- uči tehnik hrambe energije,
- spoprijema in nadzoruje bolezenske simptome,
- uči tehnik sproščanja,
- posvetuje o prilagoditvah bivalnega in delovnega okolja.

Pomožna tehnologija je pojem, ki se nanaša na specialno opremo, pripomočke ali drugo pomožno tehnologijo. Opisana je kot produkt, ki ga ljudje s težavami uporabljajo pri izvajanju vsakodnevnih opravil (prilagoditve za gibanje, osebno nego, delo).

Pojem hrambe energije je način, pri katerem bolnik prevzema nadzor nad porabo svoje energije. Namenjena je izvajanju njemu najpomembnejših dejavnosti, kar je še posebej pomembno pri opravljanju poklica in skrbi za družino. Učenje tehnik hrambe energije vpliva na zmanjšanje utrujenosti, zviševanje bolečinskega praga in povečanje vzdržljivosti.
Pomembno načelo hrambe energije predstavlja ravnovesje med aktivnostjo in počitkom. Bolnikom se svetuje, naj si s pomočjo urnika načrtujejo dnevna opravila, med katerimi je počitek njegov sestavni del. Počitek naj bo res počitek in čas »pridobivanja moči«.

Nasveti za bolnike s PsA

Izogibajte se položajev, ki vključujejo trajajočo prisilno držo telesa (npr. sedenje pred računalnikom); kar povzroči mišično utrujenost, bolečino, slabšo stabilnost sklepov in nastanek spontanih poškodb (natrganine vezivnega tkiva).
Načrtujte delo tako, da lahko spreminjate položaj telesa s kratkimi odmori. Izogibajte se dolgotrajnega dela stoje in uporabljajte delovni stol (stol za likanje). Poskrbite, da pri delu z računalniško miško uporabljate podporo za zapestje, ki preprečuje bolečino in okorelost v roki. Če je bolečina prisotna še uro po tem, ko ste z aktivnostjo prenehali, je bila vaša aktivnost preveč intenzivna. Uporabljajte svinčnike, zobne ščetke, glavnike in drobne gospodinjske pripomočke z odebelitvami ali debelejšimi ročaji, ki vam omogočajo varen in stabilen prijem ter razbremenijo male sklepe rok. Pri odpiranju steklenice si lahko pomagate s terilcem za orehe (slika 1).



Slika 1: Odpiranje steklenice s pomočjo terilca orehov

Prenesite obremenitve med delom na večje in močnejše sklepe. Pladnja ne prenašajte in dvigujte s prsti, ampak s pomočjo podlakti in opore ob telesu. Uporabljajte soročno dvigovanje predmetov in jih takrat, ko vam aktivnost to dopušča, raje povlecite po delovni površini. Pri rezanju uporabljajte rezilo z odebeljenim ročajem in rezilo z žagastim rezilom. Običajno rezanje spremenite v žaganje in ga izvajate varnejše, ker s tem preprečite ureznine (slika 2).



Slika 2: Rezanje z nožem, ki običajno rezanje spremeni v žaganje

Uporabljajte skodelice ali vrčke za pitje z večjimi ročaji. Spremenite tehniko dvigovanja tako, da ne obremenjujete malih sklepov (Slika 3a).



Slika 3a: Običajno dvigovanje kozarca



Slika 3b: Držanje kozarca brez obremenitve malih sklepov

Uporabljajte nedrseče podloge, ki omogočijo stabilen oprijem predmetov pri delu.

Če bolečina vztraja še uro po zaključku vaše aktivnosti, to pomeni, da je bila vaša aktivnost preveč intenzivna in razmislite, da naslednjič načrtujete več vmesnih odmorov, jo primerno skrajšate in poskrbite za spremembo položajev.

Upoštevajte ravnovesje med aktivnostjo in počitkom. Medtem ko preveč intenzivna aktivnost povzroči stresno obremenitev telesa, pomanjkanje rekreacije povzroča upadanje mišične moči in telesne vzdržljivosti. Počitek naj bo res samo počitek in ga načrtujte kot pomemben element pri nadzorovanju bolezni. Vključevanje v aktivnosti prostega časa, kot so družabni obiski, hobiji in interesne dejavnosti telesa imajo pomemben vpliv na zniževanje stresne obremenitve. Pri sedečem delu z računalnikom poskrbite za udoben položaj in pazite na ustrezno višino stola, mize, ekrana in odlagalnih elementov. Izogibajte se rutinskim in ponavljajočim se gibom. Ortoze za zaščito in varovanje sklepov zagotavljajo dodatno podporo šibkim ali nestabilnim sklepom, razbremenijo bolečino, zagotavljajo počitek v razbremenjenem položaju in izboljšajo njihovo funkcijo (slika 4).



Slika 4: Ortoze za zaščito in varovanje sklepov

Pripomočki, ki nudijo večjo varnost in samostojnost v toaletnih prostorih, vključujejo deske za kopalno kad, toaletne stole, nastavke za straniščno školjko in različna oprijemala.

Še vedno se dogaja, da so bolniki premalo seznanjeni z možnostmi iskanja strokovnih rešitev, izbire pripomočkov in možnostjo vključevanja v društva – Društvo psoriatikov Slovenije.

Delovna terapija pripomore, da bolnik s PsA razvija sposobnost nadzorovanja bolezni in vzdržuje potrebo po pridobivanju nadomestnih spretnosti. Ohranjanje samoučinkovitosti pogojuje vedenjske spremembe, ki se odražajo v naraščanju samozavesti, osebnem prepričanju, sposobnosti sprejemanja novih nalog, reševanju problemov in ohranjanju kakovosti bolnikovega življenja.

15

ZDRAVSTVENO NEGOVALNA PODPORA BOLNIKU Z LUSKAVICO

Avtor:

Zdenka Špindler, dipl. med. ses.

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor

Koža je čudovito zapleten in pomemben človeški organ, ki poleg mehanskih in kemičnih sprememb v okolju občutljivo zaznava tudi naše notranje stanje– telesno in duševno. Pogosto je pravo zrcalo telesa in duha, zato je prav, da njenih sporočil v skrbi za lastno zdravje ne spregledamo.
Kožne bolezni lahko imajo zelo velik vpliv na bolnika, dotikajo se vseh vidikov njegovega življenja. Običajno kožne bolezni niso življenjsko nevarne, vendar lahko imajo zelo velik vpliv na bolnikovo počutje, samopodobo in samozavest. Luskavica povzroča psihično in fizično breme; je neozdravljiva, vpliva na delo, družbeno življenje in medsebojne odnose.
Pogosto je zanemarjeno dejstvo, da se kožne bolezni razlikujejo od drugih bolezni, saj so le te vidne na površini in rezultat tega je določena stopnja stresa za bolnika.
Bolniki imajo pogosto oz. ponavadi zelo različne in številne potrebe, ko vstopajo v sistem zdravljenja in zdravstvene nege. Ker so te potrebe tako različne in kompleksne, potrebujejo tudi različno zdravstveno oskrbo. Ker medicinska sestra neprestano skrbi za bolnika, več kot drugi zdravstveni delavci, je tako v najboljšem položaju, da razume bolnikove potrebe in bolnika obravnava celostno. Medicinska sestra ugotovi bolnikove potrebe, oceni fizični, psihični in socialni deficit, vključi družino in ostale pomembne za bolnika v zdravstveno nego, poskrbi, da je zdravstvena nega izvedena strokovno, pomaga najti pomoč oz. ustrezne vire za bolnika in izvaja zdravstveno nego.
Ko medicinske sestre obravnavajo bolnika s kožnimi spremembami, bi se morale potruditi, da bi izboljšale moč opažanja. Pomembno je ne samo poslušati, ampak tudi slišati; ne samo gledati, ampak tudi videti. To se bo odražalo v povečani preventivi in zdravljenju bolezni in večjemu uspehu in promoviranju zdravja pri:

- poučevanju bolnika o obvladovanju njegove bolezni;
- organiziranju pomoči pri vzdrževanju kože v smislu fizične nege in vzdrževanje njene celovitosti z uporabo zdravil, mazil;
- skrbi za dobro počutje pri bolniku v simptomih kot so: srbenje, oteklosti, suhost kože, krvavenje in bolečine;
- opazovanju in poučevanju o določenih zdravilih, njihovi uporabi in stranskih učinkih;
- individualni prilagoditvi nege kože tako, da ustreza določenemu bolniku in njegovi družini;
- organiziranju podpore bolniku: vključevanje v razne skupine, društva; načini za obvladovanje stresa; svetovanje, poslušanje in pogovarjanje.

Medicinske sestre morajo določiti bolnikovo znanje o koži na splošno, o nji-

hovem stanju in pričakovanjih kako bo bolezen vplivala na njihovo življenje. Izdelati morajo individualni načrt primernega izobraževanja in podpore bolniku. Bolniki s kožnim obolenjem želijo razumljive, nedvoumne informacije, praktične in realne nasvete, kaj in kako naj ravnajo. Potreba po informacijah, nasvetih in podpori je večja pri bolnikih, ki jih obkroža nerazumevajoča in neizobražena okolica, polna predsodkov.

Najpomembnejša naloga medicinske sestre je prav gotovo zdravstvena vzgoja, saj so medicinske sestre v stalnih neposrednih stikih s posamezniki. Z zdravstveno vzgojnim procesom vplivamo na splošno vzgojo in izobraževanje bolnika. Z oblikovanjem in prenosom izkušenj, navad, znanja, stališč in s prakso vplivamo na individualno in kolektivno zdravje ter pripomoremo k ohranjanju in izboljšanju zdravja.

Znanje, ki ga pridobijo z zdravstveno vzgojo, je potrebno nenehno izpopolnjevati. Nenehno preverjamo učinkovitost zdravstvene vzgoje. Priskrbimo različne oblike učnih pripomočkov, kajti bolniki imajo različne zmožnosti in sposobnosti učenja (zloženke, knjige, videokasete). Tiskan material mora biti pisan v preprostem in razumljivem jeziku. Bolniku in družini damo lahko internetni naslov, telefonsko številko, da se lahko obrnejo na zdravstvene delavce v primeru, ko bodo v stiski.

Postopke zdravstvene nege, ki jih bodo doma izvajali bolniki ali družina sami, morajo znati demonstrirati. Če je potrebno, moramo bolniku in družini priskrbeti strokovno pomoč.

Ob kvalitetni in pravilni zdravstveni vzgoji in podpori bolnika in družine, bodo tako bolnik kot tudi družina razumeli samo bolezen ter znali uporabljati predpisano zdravljenje in izvajati ustrezne negovalne postopke.

Bolniki z luskavico lahko svojo bolezen obvladujejo s pravilno nego kože, pravilnim režimom prehrane in ustaljenim, mirnim načinom življenja, vendar pa veliko bolnikov potrebuje specializirano in izkušeno zdravstveno nego, ki je lahko v ambulantni ali hospitalni obliki.

Pomembna naloga MS je prisluhniti bolniku v njegovi stiski, mu pomagati z nasveti in ga vzpodbujati v primeru duševnih kriz. Ob vseh težavah in možnem nerazumevanju okolice za njihovo bolezen bolnikom ogromno pomeni prijazna beseda in možnost, da lahko nekomu zaupajo svoje težave in dvome.

Bolnika in svojce skušamo razumeti v njihovem socialnem in razvojnem kontekstu. V ta namen potrebujemo dovolj podatkov za razumevanje situacije. Potrebe bolnika je mogoče ugotoviti samo z razgovorom. V bolniku moramo videti partnerja, ne pa objekt našega delovanja, to pomeni, da ga sprejmemo kot osebo, ki posreduje potenciale za reševanje svojih problemov, za lastno spreminjanje in realizacijo svojih odločitev. Pri komunikaciji z bolnikom je pomembno, da spoštujemo njegovo osebnost ter upoštevamo njegovo enkratnost z različnimi

potrebami. Za uspešno komunikacijo mora medicinska sestra znati:

- poslušati, opazovati besedno in nebesedno komunikacijo,
- spoštovati bolnika,
- odkriti mora občutke, želje in potrebe bolnika,
- preveriti mora, kako je bolnik sprejel podana sporočila,
- biti mora tolerantna, odprta za različna mnenja in dopuščati drugačno odločitev od njene.

Čeprav sta včasih bolnik in medicinska sestra v stiku zelo kratek čas, si bolnik hitro ustvari mnenje o kakovosti izvedene storitve. Kakovost ocenjuje predvsem po tem, kako so izvajalci ravnali z njim, kakšen odnos so imeli do njega, koliko so se mu izpolnila pričakovanja, ali so izvajalci po njegovem vredni zaupanja in ali je lahko prišel do oskrbe, ki jo je potreboval.

16

DEPRESIJA IN TESNOBA PRI KRONIČNIH BOLEZNIH

Avtor:

Matic Munc, univ. dipl. psih.



Depresija in tesnoba (anksioznost) sta dve tegobi, ki sodobnega človeka globalno obremenjujeta do takšne mere in v takšni razsežnosti, da občasno govorimo celo o epidemiji. Epidemiji, ki je prvič v zgodovini človeštva ne moremo pripisati bakteriji ali virusu. Nista nalezljivi, vendar se širita po celem planetu z osupljivo hitrostjo, tako da po grobi oceni zaradi njiju trpi približno milijarda ljudi. Kaj pravzaprav sta in kje tičijo vzroki za njuno razširjenost?

Kot precej sorodni duševni težavi ju pogosto navajamo v istem stavku, čeprav sta različni. Res je tudi, da mnogi ljudje poznajo kar njuno kombinacijo, torej depresivno-anksiozno motnjo. Poglejmo najprej njune podobnosti. Pri obeh gre za dolgotrajno (vsaj tri tedne vztrajajoče) stanje fizično-vedenjsko-mentalno-čustvenega slabšega stanja. Vplivata torej na naše celotno delovanje in doživljanje, kjer pa se začnejo pojavljati tudi razlike. Osnovno čustveno stanje pri depresiji izhaja iz žalosti, čeprav so prisotna tudi druga čustva (strah, jeza, sram …), medtem ko je osnovno čustvo pri tesnobi strah, pridružujejo pa se druga čustva (žalost, jeza, sram …). Depresijo pogosto povezujemo z izrazitim črnogledim mentalnim vrtincem, ki nas vedno bolj srka proti negativističnemu dnu. Za tesnobo pa so značilni izraziti telesni občutki stiske (teža na prsih, težave z dihanjem …). Ob tesnobi se pogosto pojavljajo tudi panični napadi, ki so izčrpavajoči, predvsem pa osebo dodatno plašijo, saj je občutek ob napadu podoben znakom srčnega napada in se ustraši za življenje. Zelo v splošnem lahko rečemo, da je depresija »zazrta« v preteklost – obžalujemo nekaj, kar je bilo izgubljeno – tesnoba pa nas projicira v prihodnost – bojimo se nečesa, kar šele prihaja. Tako depresija kot tesnoba se lahko pojavljata v različnih stopnjah intenzivnosti; od blagih ob-

lik, preko srednje težkih pa vse do težkih, kliničnih oblik, ki lahko zahtevajo ne samo ambulantno temveč tudi bolnišnično obravnavo.
Glede možnih vzrokov pogosto omenjamo dve veliki skupini, pri čemer je osnovna podstat naša genetska nagnjenost ali občutljivost za obe težavi. Ti dve skupini sta: situacijski vzroki in eksistencialistični vzroki. V skupini prvih se pojavljajo zelo različni zunanji dejavniki, ki so stresorji: smrt v družini, izguba službe, razhod partnerske zveze, travmatski dogodek druge vrste ali kaj podobnega. Običajno si to skupino vzrokov predstavljamo kot eno ali več težkih skal, ki padejo na človeka in ga začasno ohromijo. Tudi po tem, ko skalo odvržemo, še različno dolgo trpimo za posledicami tega udarca. Okrevanje ne poteka samodejno, v vsakem primeru je dobro poiskati strokovno pomoč in sicer celostno – na mestu je razmislek o uvedbi medikamentov in psihoterapiji. Druga skupina vzrokov ni povezana toliko z zunanjimi dogodki, temveč je usmerjena v našo notranjost, v smisel našega obstoja in življenja. Eksistencialistični dejavniki so lahko zelo trdovratni in ne izginejo zgolj ob spremembi okoljskih pogojev, saj jih nosimo s seboj. Na mestu je razmislek o psihoterapiji, ki ima korenine v humanistični psihologiji, psihodinamski psihoterapiji ali se celo obrača proti filozofiji.
Izredno zanimive so sodobne raziskave v smeri, da so lahko vnetja v telesu celo vzrok za depresijo, vsekakor pa so dejavnik, ki otežuje okrevanje. Tako se priporoča tudi pregled krvi glede števila belih krvnih teles ali levkocitov. V svetu se vedno bolj krepi celostni pogled tako na kompleksno vzročnost depresije in tesnobe kot tudi glede holističnih pristopov pomoči. Trenutno se nam kažejo takšni načini – torej celostni – kot najbolj uspešni. Kadar človeka s težavami obravnavamo kot kompleksnega posameznika, ki potrebuje kompleksno pomoč, ki ni univerzalna, temveč prilagojena njemu ali njej, smo verjetno na pravi poti.
Kronična bolezen je kot možen izrazit dejavnik pojavnosti depresije in tesnobe na presečišču situacijskega in eksistencialističnega. Sama informacija o kronični bolezni predstavlja za posameznika šok, je izrazit stresor, ki za seboj potegne tudi druge zunanje dejavnike: življenjski slog se spremeni, nekatere na videz povsem običajne človeške aktivnosti lahko postanejo otežene ali skoraj nemogoče, naše vedenje se začne spreminjati in naši odnosi lahko trpijo. Vendar kronična bolezen ni samo težka skala, ki je priletela na nas in jo bomo sicer z muko odvrgli, a vendar vseeno odvrgli … Ostane kot nenehna teža, ki se jo bomo morali naučiti prenašati. Na tak način izrazito vpliva na naše notranje dojemanje sebe in sveta okoli nas. Zareže v naša globoka prepričanja in stališča, predvsem o nas samih; kdo smo, koliko smo vredni v tem svetu, kam gremo in kaj bomo počeli. Odgovori na ta vprašanja niso lahki in tudi niso enostavni, predvsem pa ne morejo biti zgolj popularne floskule ali slogani. Pot lastnega soočenja s kronično boleznijo je lahko precej strma, a za kvalitetno duševno zdravje nujna.

Nikakor ne maram pisati univerzalnih receptov za pomoč. Ljudje smo med seboj preveč različni, da bi bili takšni nasveti lahko učinkoviti. Nakažem lahko smeri, v katerih je dobro iskati rešitve ali pomoč pri spopadu z depresijo ali tesnobo pri kronični bolezni. Najprej moramo nekako poskrbeti za svoje telo, torej za osnovne potrebe po spanju, hrani in vodi, sprostitvi ter zmanjšanju ali odstranitvi morebitnih bolečin v telesu. To je naša osnova in vedno velja začeti tukaj. Glede koristnih vedenj je dobro razmisliti, katero vedenje nam je v težkih trenutkih še vedno vsaj v majhen užitek. Je to rekreacija, ustvarjanje glasbe, pisanje, sprehod z domačo živaljo … Prav tako pa so tukaj škodljiva vedenja, ki se jih izogibamo: uživanje alkohola in drog, hazardiranje, preveč intenzivno preživljanje časa na internetu in podobno. Skrb za telo in pozitivna vedenja; to je šele začetek, za katerega lahko poskrbite sami. Na vrsto pridejo naši bolj zapleteni procesi, ki so lahko oškodovani zaradi depresije in tesnobe. Glede na to, da obstaja velika verjetnost, da tega celotnega paketa težav ne boste zmogli obvladati sami in je toplo priporočena pomoč psihosocialnega svetovalca ali psihoterapevta, jih bom naštel kar skupaj: naš miselni svet, svet naših odnosov, čustveni bazen in filozofski pogled nase in svet. Pot iz miselnih vrtincev je težka, kadar skušamo z lastnimi mislimi pomagati sami sebi, prav tako so naši osebni odnosi izrazito zapleteni, podobno velja za čustvene mešanice, ki jih doživljamo. Zmes strahu, žalosti, jeze in sramu je lahko res bolj podobna trdi kepi. Dobro je, da to skušamo razvozlati z nekom, ki z nami ni čustveno povezan; torej ni naš prijatelj, partner ali sorodnik. In za povrh še naš osebni filozofski pogled: kaj je smisel našega obstoja, življenja samega in družbe okoli nas.

Depresija in tesnoba nista prijetni. Pravzaprav sta zelo neprijetni in moteči, ovirata nas pri doseganju psihofizičnega blagostanja. Včasih prideta skoraj skrivaj, potihem in povzročita kar veliko škodo. Dejstvo pa je, da nas lahko ovirata veliko manj kot to mogoče čutimo ta trenutek. Vendar se ta čudež ne bo zgodil sam po sebi, potreben je naš vložek energije, četudi minimalne, da se sami in s pomočjo drugih potegnemo iz brezna. Včasih ta proces zahteva poleg energije tudi nekaj časa, vsekakor pa sta oba vložka zelo vredna svoje končne cene – bolj bogatega življenja tudi ob prisotni teži kronične bolezni.

17

VPLIV ŽIVLJENJSKEGA SLOGA NA LUSKAVICO

Avtor:

Asist. Vesna Breznik, dr. med., spec. dermatovenerologije

Oddelek za kožne in spolne bolezni, Univerzitetni klinični center Maribor

Uvod

Luskavica je kronična, imunsko posredovana kožna bolezen, na katero poleg notranjih (genetskih) dejavnikov vplivajo tudi zunanji, vključno z debelostjo, neustrezno prehrano, kajenjem, prekomernim uživanjem alkohola, čustvenim stresom in pomanjkanjem telesne dejavnosti. Pri bolnikih z zmerno do hudo luskavico je pogosto prisoten neustrezen življenjski slog.

Dandanes gledamo na luskavico kot na kompleksno sistemsko vnetno bolezen, ki zahteva celosten (holističen) pristop k zdravljenju bolnika. Dejstvo je, da je srednje težka do huda luskavica povezana s povečanim tveganjem za debelost, srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen tipa 2, motnje serumskih maščob, arterijsko hipertenzijo, srčni infarkt, presnovni (metabolični, X) sindrom, obstruktivno apneo, nekatere vrste raka in depresijo. Znanstvene ugotovitve kažejo, da biološka zdravila za luskavico pri obolelih zmanjšujejo tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni. Vendar se je treba zavedati, da je temeljni ukrep za preprečevanje in lajšanje teh pridruženih bolezni aktiven življenjski slog ter opuščanje razvad.

Ali je prav, da bolnike z luskavico sprašujemo o življenjskih navadah in razvadah? Seveda je, bilo bi celo neetično, če jih ne bi poučili o koristnih in škodljivih dejavnikih, ki vplivajo na luskavico in njihovo splošno zdravje. Izkušnja švedskih dermatologov je pokazala učinkovitost celostne obravnave bolnikov z luskavico, ki se zdravijo z biološkimi zdravili; v švedski register luskavice so vključili redne meritve indeksa telesne mase (ITM), obsega pasu, količine zaužitega alkohola in pokajenih cigaret ter oceno kakovosti življenja. Na ta način so vzpostavili dolgoročno uspešnejše zdravljenje, ki presega rezultate zdravljenja zgolj z zdravili.

1. DEBELOST IN PREHRANA PRI BOLNIKIH Z LUSKAVICO

Luskavica in debelost

Znano je, da lahko debelost poslabša ali celo sproži luskavico. Bolniki z luskavico so nagnjeni k debelosti in presnovnemu sindromu, ki je kombinacija vsaj treh od petih naštetih stanj: (1) trebušna debelost – kopičenje maščevja v trebušni votlini, (2) zvišana vrednost trigliceridov v krvi, (3) znižana vrednost koristnega holesterola HDL v krvi, (4) zvišana vrednost krvnega sladkorja na tešče in (5) zvišana vrednost krvnega tlaka. Pri bolnikih s presnovnim sindromom sta obolevnost in umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni zelo visoki, zato je pomembno, da presnovni sindrom prepoznamo in ga primerno zdravimo.

Debelost je zdravstveno stanje, kjer se presežek telesne maščobe nakopiči do tolikšne mere, da ima negativen učinek na zdravje v smislu povečanega tveganja za bolezni srca, sladkorno bolezen tipa 2, motnje dihanja med spanjem (obstruktivno apneo), nekatere vrste raka, osteoartritis ter krajšo življenjsko dobo. Debelost je najpogosteje posledica kombinacije prevelike količine zaužite hrane,

pomanjkanja telesne dejavnosti in genetske dovzetnosti. Ljudje štejejo kot prekomerno prehranjeni, če je njihov ITM med 25 in 30 kg/m2 in debeli, če ITM presega 30 kg/m2 (tabela št. 1). ITM izračunamo po naslednji formuli: ITM = m(kg)/v2(m2).

Pri bolnikih z debelostjo je prisotno dvakrat večje tveganje za razvoj luskavice kot pri primerno prehranjenih, medtem ko se za vsako enoto višjega ITM poveča tveganje za nastanek luskavice za 9 %. ITM je najpogosteje uporabljeno, enostavno in ugodno orodje za oceno debelosti, čeprav ocenjuje le prekomerno maso in ne neposredno deleža maščobnega tkiva oz. trebušnega maščevja pri bolniku. Boljšo oceno trebušnega maščevja, ki je glavni vir debelosti in vnetnih citokinov, nam lahko podata obseg trebuha in bioelektrična impedanca. Maščevje je samostojen hormonski (endokrini) organ, ki ima ključno vlogo pri presnovi maščob in sladkorjev, vnetju ter strjevanju krvi. Maščobno tkivo (predvsem trebušno) namreč izloča vnetne citokine in adipocitokine (npr. leptin), ki nadzorujejo apetit, telesno maso, izločanje inzulina ter povzročajo kronično vnetje, ki je povezano s pospešeno aterosklerozo in srčno-žilnimi zapleti. Sistemsko vnetje pri luskavici in debelosti lahko izmerimo v krvi s kazalcema, kot sta C-reaktivni protein (CRP) in dejavnik tumorske nekroze alfa (TNF-alfa), ki sta neodvisna dejavnika tveganja za srčno-žilne bolezni. Debelost je lahko izražena že pred pojavom luskavice, lahko se razvije sočasno ali po pojavu luskavice. Povezava med luskavico in debelostjo je najverjetneje obojestranska.

KATEGORIJA	ITM (kg/m^2)
Huda nedohranjenost	≤ 16,0
Zmerna nedohranjenost	16,0–17,0
Blaga nedohranjenost	17,0–18,5
Normalna telesna masa	18,5–25,0
Povečana telesna masa	25,0–30,0
Debelost stopnje I	30,0–35,0
Debelost stopnje II	35,0–40,0
Debelost stopnje III	≥ 40,0

Tabela št. 1: Razvrstitev vrednosti indeksa telesne mase po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije – SZO (ang. WHO)

Vpliv debelosti na zdravljenje luskavice

Znano je, da je pri bolnikih z debelostjo (ITM več kot 30 kg/m2) učinek klasičnih sistemskih zdravil in bioloških zdravil za luskavico slabši – predvsem tistih, ki se jih odmerja v fiksnih odmerkih in se jih ne prilagaja glede na bolnikovo telesno maso. Vzrok za to je višja stopnja vnetja (več vnetnih citokinov), ki ga povzroča nakopičeno maščevje, ter spremenjena presnova in delovanje sistemskih zdravil

(farmakokinetika in farmakodinamika) pri debelih osebah. Pri zdravilih, ki se jih odmerja glede na telesno težo, je seveda strošek zdravljenja v primeru povečane telesne teže večji. Poleg tega pri debelih bolnikih zaradi maščobne spremenjenosti jeter obstaja povečano tveganje za pojav neželenih učinkov konvencionalnih zdravil, npr. metotreksata in retinoidov.
Zato je za izboljšanje učinkovitosti sistemskih zdravil za zdravljenje luskavice smiselno vključiti zmanjšanje telesne mase. Zmanjšanje telesne mase pri bolnikih z luskavico dokazano izboljša učinkovitost in prenašanje sistemskih zdravil ter zmanjša tveganje za neželene učinke. Pri pretirano (morbidno) debelih bolnikih (ITM ≥ 40,0 kg/m2) se je pokazalo izjemno izboljšanje luskavice po bariatrični operaciji (operaciji želodca).

Prehrana pri luskavici

Dieta oz. prehrana je kompleksna kombinacija živil različnih skupin, pri čemer so nekatera hranila tesno povezana. Zato je pri proučevanju vpliva prehrane na določeno bolezen v resničnem svetu težko oceniti učinek enega hranila ali prehranske skupine. Prav tako je težko ločevati med vplivom prehrane in izgubo telesne mase na luskavico. V vsakem primeru pa je treba dietna navodila upoštevati skupaj z zdravljenjem.
Leta 2018 je ameriški zdravniški odbor za luskavico (Medical Board of the National Psoriasis Foundation) na podlagi sistematične analize raziskav izdal dietna priporočila za odrasle s psoriazo in psoriatičnim artritisom. Bolnikom s prekomerno telesno težo ali debelostjo (ITM ≥ 25) se poleg standardnega zdravljenja luskavice priporoča zmanjšanje telesne teže z nizkokalorično dieto.
Bolniki z luskavico imajo pogosteje diagnosticirano celiakijo (preobčutljivost na gluten, ki ga vsebujejo pšenica, ječmen, rž, oves in pira) in potrebujejo brezglutensko dieto. Pri bolnikih z luskavico, ki imajo sumljive prebavne težave za celiakijo ali imajo sorodnika s celiakijo v prvem kolenu, je priporočljivo opraviti presejalne krvne teste za celiakijo in v primeru pozitivnih krvnih testov poskusiti 3-mesečno brezglutensko dieto.
Nekatere raziskave so pokazale, da bolniki z luskavico v primerjavi z bolniki brez luskavice zaužijejo več enostavnih ogljikovih hidratov, celokupnih maščob ter večje razmerje med omega-6 in omega-3 večkrat nenasičenimi maščobnimi kislinami (Ω-6/Ω-3), ob tem pa manj beljakovin, kompleksnih ogljikovih hidratov, enkrat nenasičenih maščobnih kislin in vlaknin. Pri bolnikih, ki so zaužili najmanjšo količino enkrat nenasičenih maščobnih kislin, so ugotavljali najtežjo obliko luskavice. Ta povezava med nizkim vnosom enkrat nenasičenih maščobnih kislin in napredovanjem luskavice je v skladu z opažanji pri drugih kroničnih vnetnih boleznih.
Splošno znano je, da so zdrave prehranske maščobe enkrat nenasičene maščobne

kisline, ki jih najdemo v ekstra deviškem oljčnem olju, repičnem olju, večini oreščkov in avokadu. Enkrat nenasičene maščobne kisline dokazano zmanjšajo tveganje za srčno-žilne bolezni, več vrst raka in osteoporozo ter spreminjajo imunski in vnetni odziv. Tudi ω-3 večkrat nenasičene maščobne kisline, ki jih vsebujejo predvsem mastne morske ribe (sardine, slanik, skuša, losos) in postrvi ter večina oreškov oz. njihova olja (laneno, orehovo, konopljino), preprečujejo številne kronične bolezni. Priporočljive so divje ribe, saj gojene pogosto vsebujejo škodljive kemikalije. Vir ω-6 večkrat nenasičenih maščobnih kislin so rastlinska olja, kot sta sončnično in repično, pa tudi perutnina, jajca, oreščki, sezam, soja, durum pšenica, zrnje in polnozrnat kruh. Največ nasičenih maščobnih kislin vsebujejo živalske maščobe (maslo, mlečna smetana, mastno meso, predelani mesni izdelki) in olja iz rastlin, ki rastejo v toplem podnebju (predvsem kokosovo, palmovo olje). Visok vnos nasičenih maščobnih kislin prispeva k višjim vrednostim LDL-holesterola v krvi, kar predstavlja pomembno tveganje za razvoj bolezni srca in ožilja.

Upoštevanje zdrave diete dolgoročno zmanjša stopnjo vnetja v telesu. Ugotovili so, da je uživanje ekstra deviškega oljčnega olja in rib neodvisni napovedni dejavnik za manjšo jakost luskavice in nižje vrednosti vnetnega pokazatelja CRP pri bolnikih. Nekateri avtorji so poročali o nižjih vrednostih CRP pri bolnikih, ki so uživali hrano, ki je temeljila na sadju in zelenjavi.

Zaenkrat še ne vemo, katera dieta je najprimernejša za bolnike z luskavico. Opisani so primeri pozitivnih učinkov na luskavico po upoštevanju različnih diet: mediteranske, nizkoenergijske (okrog 1.000 kcal/dan) in vegetarijanske diete, diete z nizko vsebnostjo ogljikovih hidratov in diete z visoko vsebnostjo Ω-3 večkrat nenasičenih maščobnih kislin. Največ poročil o koristnih učinkih za luskavico je na voljo za mediteransko dieto.

Ugoden vpliv mediteranske diete na luskavico

Tradicionalna mediteranska dieta (MD) velja za zdravo, okusno in priljubljeno dieto, za katero je značilno veliko zelenjave, žit, kruha, testenin, stročnic, sadja in oreščkov. Glavni vir maščob je ekstra deviško oljčno olje. Vključuje tudi zmerne količine rib, perutnine, mlečnih izdelkov in jajc. Z obroki se popije tudi manjše količine vina. Živalske maščobe, kot so maslo, smetana in svinjska mast, v to dieto ne spadajo. Izmed mlečnih izdelkov je v MD najpogosteje zastopan jogurt, ki ga bolje kot mleko prenašajo tudi osebe, intolerantne za laktozo, in ima ugodne učinke na črevesno mikrofloro ter zmanjšuje tveganje za raka na širokem črevesju.

Nedavna raziskava je pokazala, da bolniki z luskavico redkeje uživajo MD v primerjavi z osebami brez luskavice s podobnim ITM in spolom. Jakost luskavice je bila obratno sorazmerna s porabo oljčnega olja. MD je povezana z

zmanjšanim tveganjem za presnovna, srčno-žilna, rakasta in kronična vnetna obolenja. Domneva se, da je za koristne učinke MD ključna visoka vsebnost antioksidantov in polifenolov, ki imajo protivnetne in antioksidativne lastnosti. Zato se tovrsten način prehrane svetuje tudi bolnikom z luskavico.

D-vitamin in druga mikrohranila

Pomanjkanje D-vitamina povezujemo s povečanim tveganjem za določene imunske bolezni, kot so sladkorna bolezen tipa 1, multipla skleroza in kronična vnetna črevesna bolezen.

Bolniki z luskavico imajo nižje vrednosti serumskega 25-hidroksivitamina D v primerjavi s kontrolno skupino brez luskavice, upoštevajoč kožni fototip in količino izpostavljanja soncu. To posredno nakazuje možen vpliv pomanjkanja D-vitamina na nastanek in jakost luskavice, vendar njegova vloga še ni popolnoma jasna.

Prav tako še ni trdnih dokazov o vplivu selena, cinka, E-vitamina, koencima Q10 in drugih mikroelementov ter probiotikov na luskavico.

2. KAJENJE

Raziskave kažejo močno povezavo med kajenjem ali opuščenim kajenjem ter zbolevanjem za luskavico. Kadilci 2-krat pogosteje zbolijo za luskavico kot nekadilci. Tveganje za pojav luskavice je odvisno od intenzivnosti (število pokajenih cigaret na dan) in trajanja kajenja (število let kajenja). Najmočnejšo povezavo s kajenjem ima gnojna luskavica na dlaneh in podplatih (palmoplantarna pustulozna luskavica). Poleg tega ima kajenje številne neželene učinke na srčno-žilni sistem, saj povečuje tveganje za arterijsko hipertenzijo, aterosklerozo, periferno žilno bolezen, možgansko kap, srčni infarkt in smrtnost. Zato se bolnikom z luskavico kajenje močno odsvetuje.

3. UŽIVANJE ALKOHOLA

Uživanje alkohola poveča tveganje za nastanek ali poslabšanje luskavice. Finska raziskava je dokazala, da so moški z luskavico pred njenim pojavom uživali večje količine alkohola kot kontrolna skupina bolnikov brez luskavice. Ženske, ki tedensko popijejo več kot 2,3 merice alkohola, pogosteje zbolijo za luskavico v primerjavi s ženskami, ki alkohola ne uživajo. Epidemiološke raziskave kažejo na povečano porabo alkohola in večjo razširjenost zlorabe alkohola pri bolnikih z luskavico. Alkoholizem je pomemben dejavnik tveganja za smrtnost bolnikov z luskavico. Prekomerno uživanje alkohola je povezano s težjo obliko luskavice in lahko vpliva na manjšo uspešnost zdravljenja. Mehanizem delovanja alkohola na luskavico ni popolnoma jasen; lahko gre za spremenjen imunski odziv, povečano tvorbo vnetnih citokinov, prekomerno delitev in zorenje celic v povrhnjici ter povečano dovzetnost za okužbe, ki sprožajo poslabšanje luskavice.

4. ČUSTVENI STRES

Stres je pogosto omenjan sprožilec luskavice. Vendar z dosedanjimi preglednimi raziskavami niso uspeli potrditi vzročne povezave med psihičnim stresom in pričetkom ali poslabšanjem luskavice. Pri tem so koristni programi za priučitev soočanja s stresom, kot so meditacija, progresivno sproščanje, hipnoza in vizualizacija.

5. TELESNA DEJAVNOST

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je premajhna telesna dejavnost ključni dejavnik tveganja za srčno-žilne bolezni in sladkorno bolezen. Raziskave na splošni populaciji so pokazale, da športna aktivnost ugodno vpliva na debelost, sladkorno bolezen, srčno-žilne bolezni, mišično-skeletno zdravje, 20 vnetnih pokazateljev (biomarkerjev), raka, celjenje razjed in duševne bolezni. V zadnjih desetletjih je bilo opravljenih veliko raziskav o povezavi luskavice in telesne dejavnosti, ki so podale nekoliko nasprotujoče si rezultate. Zbolevanje za luskavico se povezuje z neaktivnim, sedečim življenjskim slogom. Bolniki z luskavico se zaradi sramu pogosto izogibajo športnim aktivnostim, kjer bi bila vidna obolela koža, in posledično pridobivajo na telesni masi. Nekateri avtorji so poročali, da je od 24 do 72 % bolnikov zaradi luskavice postalo manj telesno dejavnih, 30 % pa jih je popolnoma prekinilo s športnimi aktivnostmi.

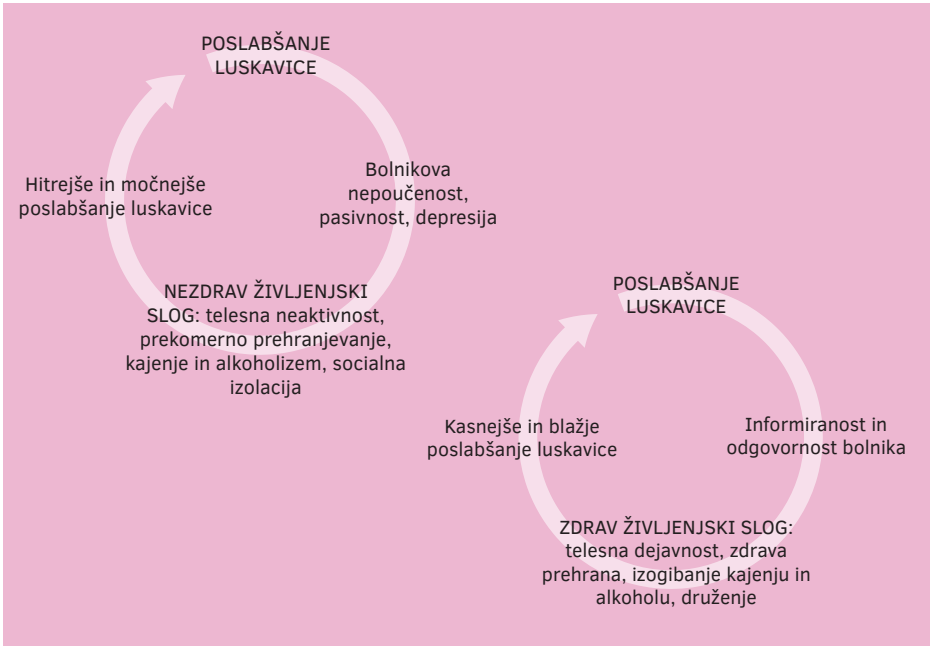
Nasprotno je analiza večjih raziskav (metaanaliza) pokazala, da se bolniki z luskavico enako pogosto ukvarjajo s športno aktivnostjo kot osebe brez luskavice, vendar je njihova telesna aktivnost pogosteje le zmerno intenzivna in redkeje visoko intenzivna. Zato se domneva, da lahko samo zelo intenzivna telesna dejavnost ugodno vpliva na luskavico. Redna telesna dejavnost v naravi lahko izboljša luskavico tudi zaradi pogostejše izpostavitve kože ultravijoličnim sončnim žarkom, ki imajo zdravilen, protivneten učinek na kožo.

Naldi in sodelavci so na bolnikih z zmerno do hudo luskavico in prekomerno telesno težo ali debelostjo opravili randomizirano kontrolirano raziskavo, ki je trajala prek 20 tednov in je zajemala lahko dieto in fizično aktivnost (40 minut, 3-krat tedensko). Pri preiskovancih so beležili zelo dobro izboljšanje luskavice, saj se je srednja vrednost PASI zmanjšala za 48 %.

Raziskava velike skupine bolnikov z luskavico, ki so imeli pridružene duševne težave, kot so anksioznost, depresija, napetost in nizka samopodoba, je pokazala izboljšanje teh bolezni po redni telesni dejavnosti. Profesor Marcus Schmitt-Egenolf, ustanovitelj švedskega registra za luskavico in soustanovitelj mednarodnega registra luskavice PsoNet, je mnenja, da je prav telesna dejavnost lahko ključna za začetek spreminjanja življenjskega sloga bolnikov z luskavico, saj gibanje ugodno vpliva na telo in um ter pripomore k temu, da bolniki lažje vztrajajo pri zdravi prehrani in izogibanju razvadam ter tako dolgoročno vpliva

na ugodnejši potek luskavice (Slika 1).

Slika 1: Začarani in zmagovalni krog luskavice (povzeto po: Schmitt-Egenolf, M.Physical activity andlifestyle improvement in the management of psoriasis. Br J Dermatol, 2016. 175(3): p. 452-3.).



Levo: Začarani krog. Pojav ali poslabšanje luskavice lahko vodi v depresijo, socialno izolacijo, telesno neaktivnost, kajenje ter prekomerno uživanje alkohola. Ti dejavniki nato vplivajo na še hitrejše in močnejše ponovno poslabšanje luskavice.

Desno: Zmagovalni krog luskavice. Poučenost bolnika o zdravem življenjskem slogu in zavedanje odgovornosti za lastno zdravje lahko pripomoreta, da bolnik iz začaranega kroga vstopi v zmagovalni krog. Telesna dejavnost pozitivno vpliva na telo in um ter pripomore k temu, da bolnik vztraja pri zdravi prehrani, gibanju, druženju in izogibanju razvadam ter tako dolgoročno doseže blažjo obliko luskavice.

Zaključek

Razumevanje možnosti bolnikovega vplivanja na jakost in predvidevanje poteka luskavice ter sprejemanje odgovornosti za odločitve o življenjskih navadah in razvadah je ključno za celostno zdravljenje bolnikov v 21. stoletju. Ocena prehranjenosti in posvet o prilagoditvi življenjskega sloga je pomemben sestavni del

obravnave bolnika z luskavico pri dermatologu. Bolnikom z luskavico na temelju dosedanjih znanstvenih raziskav svetujemo:

- normalen indeks telesne mase,
- opredelitev celiakije ob kliničnem sumu in upoštevanje brezglutenske diete v primeru pozitivnih izvidov diagnostičnih preiskav,
- glavni vir maščob v prehrani naj bodo ekstra deviško oljčno olje, mastne morske ribe (sardine, skuša, slanik, losos), postrv in oreščki,
- uživanje polnozrnatih živil, stročnic, zelenjave in sadja,
- zmanjšan vnos enostavnih ogljikovih hidratov in nasičenih maščobnih kislin,
- redno telesno aktivnost, npr. 3-krat tedensko 40 minut (po možnosti intenzivno),
- izogibanje alkoholu in kajenju.

Viri:

1. Barrea, L., et al., Environmental Risk Factors in Psoriasis: The Point of View of the Nutritionist. Int J Environ Res Public Health, 2016. 13(5).
2. Schmitt-Egenolf, M., Physical activity and lifestyle improvement in the management of psoriasis. Br J Dermatol, 2016. 175(3): p. 452-3.
3. Schmitt-Egenolf, M., PsoReg--the Swedish registry for systemic psoriasis treatment. The registry's design and objectives. Dermatology, 2007. 214(2): p. 112-7.
4. Armstrong, A.W., C.T. Harskamp, and E.J. Armstrong, The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Nutr Diabetes, 2012. 2: p. e54.
5. Bremmer, S., et al., Obesity and psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol, 2010. 63(6): p. 1058-69.
6. Ford, A.R., et al., Dietary Recommendations for Adults With Psoriasis or Psoriatic Arthritis From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: A Systematic Review. JAMA Dermatol, 2018. 154(8): p. 934-950.
7. Zuccotti, E., et al., Nutritional strategies for psoriasis: current scientific evidence in clinical trials. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2018. 22(23): p. 8537-8551.
8. Orgaz-Molina, J., et al., Deficiency of serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in psoriatic patients: a case-control study. J Am Acad Dermatol, 2012. 67(5): p. 931-8.
9. Zheng, Q., et al., Association between physical activity and risk of prevalent psoriasis: A MOOSE-compliant meta-analysis. Medicine (Baltimore), 2018. 97(27): p. e11394.
10. Li, W., et al., Smoking and risk of incident psoriasis among women and men in the United States: a combined analysis. Am J Epidemiol, 2012. 175(5): p. 402-13.
11. Michaëlsson, G., K. Gustafsson, and E. Hagforsen, The psoriasis variant palmoplantar pustulosis can be improved after cessation of smoking. J Am Acad Dermatol, 2006. 54(4): p. 737-8.
12. Poikolainen, K., J. Karvonen, and E. Pukkala, Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. Arch Dermatol, 1999. 135(12): p. 1490-3.
13. Gupta, M.A., et al., Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. J Am Acad Dermatol, 1993. 28(5 Pt 1): p. 730-2.
14. Raychaudhuri, S.P. and J. Gross, Psoriasis risk factors: role of lifestyle practices. Cutis, 2000. 66(5): p. 348-52.
15. Torres, T., et al., Levels of physical activity in patients with severe psoriasis: a cross-sectional questionnaire study. Am J Clin Dermatol, 2014. 15(2): p. 129-35.
16. Naldi, L., et al., Diet and physical exercise in psoriasis: a randomized controlled trial. Br J Dermatol, 2014. 170(3): p. 634-42.

18

ŽIVLJENJSKI SLOG IN LUSKAVICA

Avtor:

Darja Ambrožič, dr.med., AFP prehranski svetovalec



Že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja so v prvih večjih raziskavah dokazali vpliv življenjskega sloga, predvsem prehrane in gibanja, na pojavnost, potek in zdravljenje luskavice. Debelost, alkohol in kajenje, v kombinaciji z neaktivnim življenjskim slogom, nedvomno vodijo v poslabšanje bolezni. V zadnjih letih pa se izpostavljajo vprašanja, ali lahko s spremembo življenjskega sloga vplivamo na izraženost luskavice, izboljšamo kvaliteto življenja in zmanjšamo pojavnost drugih bolezni, ki pogosto spremljajo luskavico.

V letu 2018 so bili objavljeni izsledki analize, ki je zajela podatke iz 55 različnih raziskav, ki so potekale med letoma 2014 in 2017 ter proučevale vpliv prehrane na pojav in potek luskavice. Skupaj so vključevale več kot 77.000 ljudi, od tega 4.500 bolnikov z luskavico. Na podlagi te analize je ameriško združenje za psoriazo (National Psoriasis Foundation (NPF) Medical Board) izdalo priporočila za zdravljenje luskavice in kot prvi ukrep navedlo standardno zdravljenje skupaj s prehransko intervencijo.

V raziskavah se je kot najpomembnejša izkazala nizkokalorična dieta pri pretežkih in debelih bolnikih, torej pri bolnikih, pri katerih je izračunan indeks telesne mase (ITM; izražen v kg/m2) nad 25. ITM med 25 in 30 pomeni prekomerno hranjenost, nad 30 pa debelost. Pri takih bolnikih je s pomočjo diete (800–1400 kcal/dan) prišlo do zmanjšanja telesne teže ob tem pa tudi do manjše izraženosti luskavice in boljše kakovosti življenja.

Pri vprašanju brezglutenske diete se je izkazalo, da je zelo priporočljiva pri bolnikih s celiakijo in je lahko koristna pri tistih bolnikih, ki imajo v krvi protitelesa

proti glutenu, tudi če nimajo potrjene celiakije, sicer pa njene koristi za vse ostale bolnike ni bilo moč potrditi.
Prav tako se kažejo zelo ugodni učinki dodajanja D-vitamina in omega-3 maščobnih kislin v obliki prehranskih dodatkov, sploh pri bolnikih s pridruženim psoriatičnim artritisom, vendar pa ni podanih konkretnih navodil za njihove odmerke.
Opozoriti velja, da so priporočila napisana splošno, za večino bolnikov z luskavico. Zato ne smemo pozabiti, da je ključen individualen pristop in da je treba prehrano uskladiti s predpisanimi zdravili in stanjem bolezni ter morebitnimi pridruženimi boleznimi pri vsakem posamezniku, različne diete pa prilagajati glede na trenutno stanje prehranjenosti posameznika.
Ne glede na vse je zdrav življenjski slog z uravnoteženo prehrano in telesno aktivnostjo, obvladovanjem stresa in dovolj kakovostnega spanca dokazan in pomemben dejavnik pri zmanjševanju pojavnosti in izraženosti tako luskavice kot pogostih spremljevalnih bolezni, predvsem srčno-žilnih in možgansko-žilnih bolezni, metabolnem sindromu vključno s sladkorno boleznijo, kronični črevesni bolezni, rakavih obolenj in drugih imunsko pogojenih bolezni. V številnih raziskavah so uspeli dokazati ugodne učinke prehrane na različne vnetne mediatorje, ki sodelujejo pri nastanku in poteku bolezni in na katere znamo sicer vplivati tudi z zdravili. Tako se vedno znova potrjujejo Hipokratove besede: »Naj bo hrana vaše zdravilo.« To nikakor ne pomeni, da lahko zdrava prehrana zamenja zdravljenje z zdravili, lahko pa bistveno pripomore k njihovi učinkovitosti in v določenih primerih tudi k zmanjševanju odmerkov zdravil, potrebnih za nadzor bolezni.
Med priporočeno hrano spada veliko surove ali čim manj termično obdelane zelenjave (zelenolistna, stročnice, križnice, npr. brokoli, ohrovt), obilna uporaba začimb (kurkuma, ingver), sezonsko sadje (jagodičevje), probiotiki (jogurti), oreščki, zeleni čaj – torej hrana, bogata z naravnimi antioksidanti in snovmi, ki imajo znan protivnetni učinek. V več raziskavah se je pokazal najugodnejši vpliv veganskega načina prehranjevanja oziroma hrane, ki ne vsebuje veliko rdečega mesa, kot je mediteranska prehrana, bogata z zelenjavo, ribami, olivnim oljem in začimbami.
Izogibati se je treba predelani hrani in hrani, bogati s soljo, sladkorji, transmaščobami, različnimi aditivi in konzervansi, ter večjim količinam hrane živalskega izvora (predvsem rdečega mesa). Ker lahko alkohol poslabša bolezen, priporočamo, da se ga izogibate, oziroma ga uživate le občasno, v majhnih količinah, npr. kozarec rdečega vina ob jedi.
Kajenje je škodljivo in ga zato močno odsvetujemo. Kajenje ni samo dejavnik tveganja za luskavico, pač pa je tudi velik dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni, ki so eden glavnih razlogov umrljivosti. Nekatere raziskave

so pokazale tudi, da je zdravljenje psoriatičnega artritisa z zdravili dolgoročno manj učinkovito pri kadilcih kot pri nekadilcih. Kajenje namreč zvišuje sproščanje snovi, ki povečujejo vnetje in hkrati zmanjšuje organizmu dostopno razpoložljivost nekaterih (bioloških) zdravil.
Eden pomembnih ciljev sprememb prehranjevalnih navad je, ne le doseg primerne telesne teže, pač pa njeno vzdrževanje s primerno telesno sestavo – pomembno je razmerje med mišicami in maščobo ter njena razporeditev. Primeren indeks telesne mase še ne pomeni vedno ustrezne telesne sestave. Priporočamo meritev telesne sestave, še posebej ker določena zdravila (npr. glukokortikoidi) pomembno vplivajo na zmanjševanje mišične mase in strukturo kosti, medtem ko se masa maščobnega tkiva ohranja ali celo povečuje; rezultati nekaterih raziskav pa kažejo, da ob uporabi bioloških zdravil sicer ne pride do upada mišične mase, pač pa se povečuje količina maščobnega tkiva.
Prilagojeno posamezniku, njegovi bolezni in pridruženim boleznim, telesni aktivnosti in telesni sestavi, je treba v prehrano vključiti živila za katera vemo, da delujejo protivnetno. Ob tem je treba poskrbeti tudi za pravo razmerje med makroživili (beljakovine, ogljikovi hidrati, maščobe, vlaknine) in ustrezne količine mikroživil (minerali, vitamini), kar ob primerni telesni aktivnosti omogoča ohranjanje ali povečanje mišične mase in zmanjšanje količine maščobe, predvsem tiste, ki se kopiči okoli notranjih organov (visceralna maščoba) in predstavlja velik dejavnik tveganja za razvoj metabolnega sindroma in srčno-žilnih bolezni.
Redna telesna aktivnost je sestavni del zdravega življenjskega sloga in je pomembno povezana z zdravo prehrano. Redna telesna aktivnost pozitivno vpliva na potek bolezni, predvsem pa pomaga pri vzdrževanju primerne telesne teže in telesne sestave, ter zmanjšuje dejavnike tveganja za nastanek pridruženih bolezni, ki so največji vzrok umrljivosti tudi pri bolnikih z luskavico. Priporočila za vrsto in obseg telesne aktivnosti za bolnike z luskavico so v osnovi enaka kot za splošno populacijo.
Priporočamo kombinacijo:

- aerobne vadbe 5-krat na teden (skupaj vsaj 150 min) srednje intenzivnosti (med 70–80 % maks. srčnega utripa) ali 3-krat na teden (skupaj vsaj 75 min) višje intenzivnost (nad 80 % maks. srčnega utripa): hoja, tek, plavanje, kolesarjenje v naravi ali na sobnem kolesu, eliptična vadba (»orbitrek«);
- vaj za moč z lastno težo ali s pomočjo lažjih uteži in trakov (2–3-krat na teden za vsako večjo mišično skupino: mišice rok in ramenskega obroča, trebuha in hrbta, nog in medenice);
- vaj za ravnotežje, koordinacijo in gibljivost (2–3-krat na teden), ki se lahko izvajajo samostojno ali v sklopu aerobne vadbe oz. vaj za moč.

Pomembno je, da se pred vadbo dobro segrejete in aktivno razgibate sklepe in mišice od glave do nog. Prav tako se je treba pasivno raztegniti ob koncu vadbe. Poleg prehrane in telesne aktivnosti je pomembno tudi obvladovanje stresa ter primerna količina počitka in spanja. Pomembno je obvladovanje svojega življenja in načrtovanje dni tako, da si lahko vzamemo čas za hrano, telesno aktivnost, pa tudi počitek in spanje. Dneve moramo preživljati brez občutka, da smo mi sami ali naši najbližji prikrajšani zaradi bolezni. Zato se pogovorimo o svoji bolezni in svojih občutkih s svojim dermatologom in drugimi, ki sodelujejo pri zdravljenju, prav tako pa tudi s svojo družino, sodelavci, podporo poiščimo tudi znotraj društva bolnikov.

Sprememba življenjskega sloga je tek na dolge proge, učinki večinoma niso vidni čez noč, so pa dolgoročni. Žal ni enostavnega recept, ki bi deloval za vse. Uspemo, če si spremembo želimo in jo razumemo, vanjo verjamemo in vztrajamo tudi, ko je težko.

19

KLIMATSKO ZDRAVLJENJE LUSKAVICE OB MRTVEM MORJU

Avtor:

Nataša Koser-Kolar, dr. med

Dermatovenerološka ambulanta, Splošna bolnišnica Celje

Mrtvo morje je slano jezero na meji med Izraelom in Jordanijo in je najnižja točka na svetu, saj leži 412 m pod morsko gladino oz. pod Sredozemskim morjem. V dolžino meri 76 km in v širino 18 km. Povprečna globina jezera je 118 m, leži v veliki depresiji, ki nima naravnega izhoda. Gladina Mrtvega morja stalno upada. Površina jezera meri 600 m2 in se je v zadnjih 30 letih zmanjšala za tretjino. Vzrok za upadanje in krčenje jezera je iz leta v leto manjši dotok in izhlapevanje vode. Povprečna slanost vode znaša 28 %, v najbolj slanih predelih tudi do 33 %. Slanost običajne morske vode je okoli 3 %. Posledica velike slanosti vode je večja plovnost in nezdružljivost z življenjem v tako slani vodi. V Mrtvem morju ne živi noben večji organizem, le nekaj mikroorganizmov. Zaradi ugodne lege pod morsko gladino, veliko sončnih dni na leto ter zaradi slanega jezera in zdravilnega, z minerali bogatega blata, so se ob Mrtvem jezeru razvila zdravilišča za zdravljenje artritisa, pljučnih bolezni ter kožnih bolezni kot so luskavica, vitiligo in atopijski dermatitis.

Zdravilišča delujejo na tem območju že 40 let in desetletne izkušnje kažejo, da je nekaj tedensko klimatsko zdravljenje ob Mrtvem morju učinkovito, zato se nekateri bolniki redno vračajo. Terapevtske učinke imajo ugodna klima tega predela, čistost in relativna nizka vlažnost zraka, višji zračni tlak kot na morski gladini ter kombinacija naravne fototerapije pod zdravniškim nadzorom in kopanja v slani vodi Mrtvega morja. Vse našteto privede do izboljšanja stanja kože pri nekaterih vnetnih kožnih boleznih. Voda iz Mrtvega morja je bogata z minerali, kot sta magnezij in selen, ki delujeta ugodno pri psoriazi. Klimatska terapija vključuje dnevno kopanje v vodi Mrtvega morja (enkratno kopanje do 20 minut) in nato postopno dnevno izpostavljenost sočnim žarkom. Zdravljenje običajno traja 3 do 4 tedne in z njim lahko dosežemo znatna izboljšanja kožnih bolezni, ki lahko trajajo še več mesecev.



Slika: Mrtvo morje, slanost 28% (foto: lasten vir)

20

ZGODOVINA DRUŠTVA PSORIATIKOV SLOVENIJE

Avtor:

Nina Pahor, dipl. kult.

Društvo psoriatikov Slovenije

Vse se je začelo leta 1977 na Velem Lošinju, kjer je zelo pomembno zdravilišče za psoriatike. 41 bolnikov, ki so bili takrat na zdravljenju, je napisalo in podpisalo listino z naslovom »Veli Lošinj 1977«. Rodila se je namreč ideja, da bi tudi v Sloveniji imeli svoje društvo za bolnike s psoriazo. Listina je bila pripravljena na osnovi izjav posameznih bolnikov, da v Ljubljani že deluje skupina, ki se zavzema za ustanovitev društva. Vsebovala je pomembno vsebino: »Globoko se zavedamo problemov, ki nam jih prinaša bolezen. Ko zapuščamo lošinjski dom, bolj ali manj ozdravljeni, smo znova prepuščeni vsakodnevnim tegobam. Zato si vsi tukaj zbrani in verjetno tudi drugi sotrpini želimo skorajšnjo ustanovitev svojega društva, od katerega si mnogo obetamo.« (Čebular, 1999) In tako se je začelo oblikovanje društva.

S pomočjo članov Društva psoriatikov Hrvaške je bil ustvarjen tudi osnutek pravil društva. Ta osnutek je Štefan Sreš poslal v oceno dr. Stjepanu Bunti, Francu Lazanskem, Dušanu Dolencu, Vojku Vučarju in Ladislavu Horvatu. Skupaj so pripravili predlog pravil društva. Osnovni namen društva je bil »organiziran pristop k reševanju problemov, s katerimi se srečujejo osebe obolele za psoriazo, zastopanje in tolmačenje njihovih interesov v družbi, organizacijah združenega dela in v drugih profesionalnih organizacijah s področja zdravstva v SR Sloveniji s ciljem čim uspešnejše organizacije zdravljenja za psoriazo obolelih oseb.« (Sreš, 1989) Najbolj prizadevni bolniki so ob pomoči svojih zdravnikov 19. 1. 1979 organizirali prvi ustanovni občni zbor Društva psoriatikov SR Slovenije. Na zboru so bila sprejeta pravila društva in prvi odbor, ki mu je predsedoval Štefan Serš. S pravili je bilo opredeljeno tudi, da društvo izdaja svoje glasilo »Za prostor pod soncem« ter da je društvo enotno za celotno območje Slovenije. Ob ustanovitvi je društvo imelo 126 članov. Volilna skupščina je potekala 23. 2. 1980 v Moravskih Toplicah. Istega leta je bilo društvo vpisano v register društev pod številko 597. Že naslednje leto (1981) je bilo določeno, da se na območjih, kjer je najmanj 20 članov, oblikujejo aktivi društva. Kasneje se so se aktivi preoblikovali v podružnice.

Na 2. skupščini, ki je potekala 14. 4. 1984, so bili vidni prvi rezultati izpolnjevanja smernic in delovanja društva. Kot vsako mlado društvo se je tudi DPS v začetnem obdobju srečevalo z izzivi in neizpolnjenimi cilji. Soočali so se z nenaklonjenostjo zdravstvenih ustanov. Premalo je bilo zanimanja za dodatna druženja. Razen na letni skupščini in na zdravljenju na Velem Lošinju drugega druženja ni bilo. Izkušnje v razvoju društva so pokazale, da je nujno približati organizacijo članstvu, zato so se začeli ustanavljati aktivi povsod, kjer so bili za to dani pogoji. Tako je tudi glasilo odvisno od vseh članov, zato morajo sami prispevati članke ali pa pridobiti sodelavce iz vrst zdravnikov in drugih. Obravnavane naj bi bilo čim več zdravstvene, delovne in splošne življenjske problematike psoriatikov in njihovih družin. Aktivi, kasneje podružnice so bili oblikovani na več območjih.

Prvi je bil aktiv na mariborskem območju, ki ga je vodil Janko Žlebnik ob pomoči dr. Dušana Remsa. Leta 1987 so bili izvoljeni odbori podružnic na vseh območjih Slovenije (Celje, Maribor, Ljubljana, Gorenjska, Primorska, Koroška in Pomurje). Leto 1988 je prineslo spremembo Pravil društva in določilo, da se podružnica lahko ustanovi na območju z več kot 10 člani. Istega leta so bili na novo določeni organi društva. Društvo ima po novem predsedstvo skupščine s svojim sekretariatom, odbor samoupravne kontrole in disciplinsko sodišče. Predsednik predsedstva je tudi predsednik društva.

Od leta 1979 dalje se psoriatiki sestanejo enkrat letno na rednih letnih skupščinah. Takrat izvolijo nove delovne organe, obravnavajo problematiko društva in sprejmejo sklepe oziroma napotilo za nadaljnje delo. Z organizacijo podružnic je operativno izvajanje nalog prenešeno na podružnice, vodstvo društva pa je prevzelo vlogo nosilca temeljnih nalog in usklajevalca dela ter postalo organ društva, ki na podlagi svojega dela in dela podružnic oziroma članstva skrbi za njegovo uveljavitev. Hkrati opozarja odgovorne družbene in društvene dejavnike ter širšo družbeno javnost na problematiko prizadetih s psoriazo, na njeno zdravljenje in nemoteno vključevanje psoriatikov v delovno in življenjsko okolje (Horvat 1988).

Z ustanovitvijo podružnic je dobila vsebina dela društva nove razsežnosti. Organizirajo se strokovna predavanja, vedno več je primerov, da podružnice organizirajo družabna srečanja psoriatikov, kjer se za trenutek pozabi psoriaza in vsakodnevne skrbi, utrjuje se tovarištvo, medsebojno sodelovanje in pripadnost organizaciji (Horvat 1988). Društvo ima danes 11 podružnic in šteje okoli 2.000 članov. Podružnice redno izvajajo družabna srečanja, strokovna predavanja, izlete, piknike in seje.

Združevanje bolnikov v društva se mora obravnavati kot sestavni del vsake moderne zdravstvene službe. Je nadaljevanje dela v ordinaciji in metoda, s katero se lahko dosti bolje vpliva na bolnike in na njihovo okolico, posebno pri bolnikih s kroničnimi boleznimi (Dremelj, 2005).

40 let je dolga doba. Skozi leta se je zgodilo precej pomembnih stvari. Leta 1995 se je začelo izvajanje obnovitvene rehabilitacije. Da bi se lahko zdravljenja udeležilo čim več bolnikov, krije le manjši del zdravljenja vsak udeleženec sam. Kasneje se z nakupom apartmaja v Termah 3000 in v Termah Olimia omogoči družinska rehabilitacija. Ker je za zdravje pomemben tudi šport, je leta 2001 potekala prva Psoriada: tradicionalno športno-kulturno srečanje, ki od tedaj poteka vsako leto.

Pomemben mejnik je tudi 29. 10. 2004, ki je zapisan kot prvi svetovni dan psoriaze. Na ta dan so člani podružnic še posebej aktivni, saj pripravijo predstavitvene stojnice in ljudi ozaveščajo o bolezni. Slabo leto kasneje je društvo pridobilo status humanitarne organizacije. Leta 2006 se je sedež društva preselil iz Celja

v Maribor. Da je pomembno povezovanje tudi na svetovni ravni, smo dokazali leta 2007, ko Društvo psoriatikov Slovenije postane del družine EUROPSO.
Ker se želi članom ponuditi kar največ za izboljšanje njihovega bolezenskega stanja, se organizira tudi zdravljenje v tujini. Že 13 let se lahko odpravijo na zdravljenje na Veli Lošinj, kjer jim k izboljšanju stanja pomagajo sonce, morje in dobra družba. Zadnjih 10 let jim je na voljo tudi zdravljenje v Naftalanu v Ivanić-Gradu, kjer se lahko kopajo v posebni vrsti zdravilne nafte.
Skozi leta so se člani društva začeli udeleževati prireditev in sejmov, kjer želijo čim večjemu številu ljudi predstaviti delovanje društva in jih poučiti o psoriazi. Udeleževati smo se začeli tudi mednarodnih sejmov, kot je mednarodni sejem sodobne medicine v Gornji Radgoni. Prisotni smo tudi na nacionalnih sejmih, kot sta Narava in zdravje ter Festival za 3. življenjsko obdobje.
Položaj predsednika društva sedaj zaseda šesti predsednik Jan Koren. Pred njim so društvu predsedovali Štefan Sreš (1979–1983), Ladislav Horvat (1984–1988), dr. Jože Arzenšek (1988–2005), Dragica Dremelj (2006–2018) ter Stanko Pregelj (2018–2019).

Praznovanje obletnic društva:

- 1. obletnica 23. 2. 1980 v Moravskih Toplicah,
- 10. obletnica 18. 3. 1989 v Narodnem domu v Celju,
- 20. obletnica 14. 1.–16. 1. 1999 v zdravilišču Olimje,
- 25. obletnica 16. 1.–18. 1. 2004 v Moravskih Toplicah (ob 25. obletnici izide kronika društva Srebrna zgodovina in priročnik za bolnika in javnost Kvalitetno življenje s psoriazo, dr. Jože Arzenšek in Ivo Plazar),
- 30. obletnica 28. 3. 2009 v Podčetrtku (Terme Olimia),
- 35. obletnica 22. 3. 2014 Srebrna dvorana v Zdravilišču Laško,
- 40. obletnica 26. 10. 2019 v Termah Olimia.

DPS je humanitarno društvo, katerega osnovni namen je organizirano združevanje in pomoč bolnikom s psoriazo. Zato je pomembna naloga društva izvajanje socialnega in humanitarnega dela. Vsi člani in prostovoljci delo opravijo brezplačno. Poudarek je na psihološki in čustveni podpori ter ohranjanju socialnih stikov med in z bolniki.

Viri:

1. Čebular Marija. 1999. Društvo psoriatikov Slovenije/DPS/ in njegove podružnice skozi čas. Za prostor pod soncem, št. 16, str. 9–11.
2. Sreš Štefan. 1989. Za prostor pod soncem. Za prostor pod soncem, št.10.
3. Dremelj Dragica. 2005. Pomen združevanja bolnikov s kroničnimi boleznimi v društva. Za prostor pod soncem, št. 25, str. 54

PODRUŽNICA CELJE

Za podružnico Celje zapisal Franc Trebše

Potreba po povezovanju bolnikov psoriatikov in skupnem reševanju problemov, s katerimi se srečujemo, je bila vodilo podpisnikov »Peticije Veli Lošinj« leta 1977 za ustanovitev Društva psoriatikov Slovenije, 19. januarja 1979 v Moravskih Toplicah. Organizacijo so bolniki s psoriazo vzeli za svojo, zato se je število njenih članov v nekaj letih zelo povečalo. Da bi aktivnosti čim bolj približali članom, se je pojavila potreba po manjših regijskih enotah in začelo se je ustanavljanje podružnic društva.

DPS podružnica Celje je bila ustanovljena 19. januarja 1987 z imenovanjem odbora podružnice. Prvi predsednik je postal g. Ivan Kramer, k uspešnemu delu pa so pomembno prispevali člani odbora: ga. Vida Tratar, ga. Branka Dolžan, g. Milan Košir in ga. Franja Zupanc. Žal je bolezen g. Kramerju l. 1993 onemogočila nadaljnje vodenje podružnice, zato je njeno vodenje prevzela ga. Franja Zupanc, ki je podružnico vodila do l. 1998, ko je vodenje prevzela ga. dr. Nataša Koser-Kolar. Zaradi preobremenjenosti s strokovnim izobraževanjem je specialistka dermatovenerologije predala vodenje podružnice na zboru članov 27. 3. 2002 g. Francu Trebšetu, 9. 4. 2015 pa ga je prevzela ga. Marija Babnik, ki podružnico z operativnim odborom uspešno vodi še danes. Dr. Nataša Koser-Kolar kljub številnim drugim obveznostim še vsa leta sodeluje v operativnem odboru podružnice in na nivoju DPS s svojim strokovnim svetovanjem, objavljanjem člankov in predavanji.



Slika: Psoriada na Pokljuki, 2005

Podružnica Celje je pričela svojo pot s 54 člani, sedaj nas je že 296. S povečevanjem članstva in požrtvovalnim delom odborov podružnice, se je širilo in bogatilo tudi delo podružnice. V veliko pomoč nam je bil predsednik DPS g. dr. Jože Arzenšek, ki nam je svetoval in uspel pridobiti prostore za delo odbora v bolnišnici Celje. Finančna sredstva za svoje delo smo pridobivali z delom članarin, sofinanciranjem programov dela s strani občin in dotacijami.

Odbori podružnice so vsa leta uspešno skrbeli za izobraževanje članov s področja zdravljenja, zdravega načina življenja, prehrane, lastne skrbi za zdravje

in dobro počutje. Organizirali smo informativne sestanke članov, strokovne ekskurzije, izlete, piknike, pohode in športna srečanja. Seveda se udeležujemo tudi prednovoletnih srečanj in športnih iger na nivoju DPS. V letih 1989 do 1999 je bila podružnica Celje organizator velike večine prireditev in druženj za vse člane na nivoju DPS.

Podružnica je s pogodbo o sodelovanju z Zdraviliščem Laško brezplačno uporabljala »Srebrno dvorano« za predavanja in zbore članov. Od leta 1999 pa do danes – torej že 20 let – poteka dvakrat mesečno fizioterapija za naše člane pod vodstvom tima fizioterapevtov, ki skrbijo za ustrezno vadbo, predvsem pa nam posredujejo preproste vaje, s poznavanjem katerih tudi izven vadbe sami skrbimo za svoje telo. V dvajsetih letih smo udeleženci vadbe spletli prijateljske vezi, ki nas motivirajo za vztrajanje v vadbi. Vsako leto v mesecu juniju – koncu sezone vadbe – priredimo prijateljsko srečanje z gurmanskimi in športnimi užitki na vikendu našega člana Milana na Planini na Pohorju.

Pomembna pa je tudi predstavitev bolezni in problematike bolnikov širši javnosti, da bi spoznala naravo te neozdravljive, obremenjujoče bolezni; nam samim pa na ta način predstavlja pridobivanje novih članov. V ta namen izvajamo predstavitve delovanja društva in bolezni na stojnicah ob svetovnem dnevu psoriaze, 29. oktobra, v zdravstvenih domovih, v bolnici Celje, v tiskanih medijih, na radiu in televiziji. Število članov spodbudno raste, a žal smo manj uspešni pri vključevanju mladih.

Veliko nam pomeni možnost letovanja članov in njihovih družin v naših apartmajih v Moravcih in Podčetrtku ter obnovitvena rehabilitacija v slovenskih zdraviliščih. Upamo, da bo vodstvo DPS uspelo še nadalje obdržati te za svoje člane pomembne pridobitve. Za vnaprej pa želimo, da bi bilo tako društvo kot podružnica Celje s svojim uspešnim delom v korist članov – bolnikov in da bi znova pokazali, da smo skupaj močni, da zmoremo velike stvari s ciljem, da članom izborimo »PROSTOR POD SONCEM« in s prostovoljstvom uresničujemo geslo naše podružnice »NISTE SAMI, MI SMO Z VAMI«.

PODRUŽNICA DOLENJSKA

Za podružnico Dolenjska zapisala Vesna Vizlar

Leta 2002 so se odprla vrata novoustanovljene podružnice Dolenjska in možnost sodelovanja v Društvu psoriatikov Slovenije tudi bolnikom s psoriazo in psoriatičnim artritisom na območju dolenjske regije. Z ustanovitvijo naše podružnice se je uresničila želja DPS po pokritosti celotne Slovenije. Razlog za ustanovitev je bil preprost, a vendar temelj delovanja društva: povabiti bolnike s psoriazo in psoriatičnim artritisom v tej regiji k sodelovanju za boljšo osveščenost samih bolnikov oz. njim v pomoč. Na ustanovnem sestanku je podala strokovno pre-

davanje dermatovenerologinja Valerija Balkovec, dr. med., ki se je vabilu z veseljem odzvala in obljubila aktivno sodelovanje v društvu. Z naslovom »Mojih 30 let s psoriazo« je svojo izkušnjo z nami delil bolnik g. Franc Jamnik, član podružnice Maribor. Za ustanovitev nam je med drugimi čestital in nam zaželel uspešno delovanje podružnice tudi takratni predsednik DPS prim. spec. akad. St. Jože Arzenšek, dr. med. Ob koncu leta 2002 je podružnica Dolenjska štela 40 članov. Predsednik podružnice je bil g. Ivo Plazar do leta 2004. Vodstvo DPS je na sejah predsedstva v letu 2005 zaradi težav vodenja podružnice Dolenjska predlagalo ponovno oživitev društva, ki je ob koncu tega leta štelo že 59 članov. V letih od 2007 dalje sta veliko truda v delovanje društva vložila g. Igor Serdinšek in g. Jože Zaplatar. Krajši čas je vodil podružnico g. Serdinšek, ki je zelo uspešno izpeljal prednovoletno srečanje za vse podružnice na Otočcu leta 2008. Potem je vodenje prevzel g. Zaplatar. Njegovo delovanje je bilo zelo aktivno, saj je podružnica delovala in sodelovala na različnih dogodkih z namenom ozaveščanja okolice o bolezni, nudila pomoč na domu bolnikov, organizirala izobraževalne in družabne dogodke. Zelo zanimiv dogodek je potekal tudi leta 2013 v Šentrupertu pod kozolci, ko je dolenjska podružnica organizirala športne igre Psoriado za vse podružnice DPS. Zadnja štiri leta deluje podružnica pod vodstvom Vesne Vizlar.

Skozi vso leto (vsak 3. petek v mesecu) potekajo mesečna srečanja v Domu krajanov Regrča vas pri Novem mestu. Nekatera srečanja obogatimo s predavanji strokovnjakov z medicinskega področja, prisluhnemo tudi alternativni strani, obeležimo okrogle obletnice, pripravimo piknike, izlete, pohode, s stojnico obeležimo svetovni dan psoriaze. Vsa leta od ustanovitve dalje nas še vedno spremlja in ozavešča s strokovne plati dermatovenerologinja prim. Valerija Balkovec, dr. med.

Zelo zanimiva pa so srečanja, ko poteka samo pogovor med člani, ko si zaupamo svoje načine boja z boleznijo in nehote drug drugega kaj naučimo. Prav to leto se pripravljamo na največji družabni dogodek v letu za vse člane DPS: Dolenjska je organizator prednovoletnega srečanja v decembru.

Vodilo naše podružnice je: »Dalje gremo na nove poti, hrabri in združeni«. Po 17 letih delovanja podružnice se je izkazalo za pravo, saj štejemo že 147 članov. Tudi razdalje od Posavja, Bele krajine in osrednje Dolenjske niso ovire za srečevanja in aktivno sodelovanje v podružnici.

PODRUŽNICA GORENJSKA

Za podružnico Gorenjska zapisal Simeon Setnikar

Podružnica Gorenjska je bila ustanovljena leta 1986. Vanjo spadajo občine: Bled, Bohinj, Cerklje naGorenjskem, Gorenjska vas – Poljane, Jesenice, Jezer-

sko, Kranj, Kranjska Gora, Naklo, Preddvor, Radovljica, Šenčur, Škofja Loka, Tržič, Zgornje Gorje, Železniki, Žiri, Žirovnica. Ob ustanovitvi je podružnica štela 176 članov.
Leta 1992 so ustanovili sekcijo na Jesenicah za zbiranje sredstev za nakup obsevalne luči. Dve leti kasneje smo akcijo uspešno zaključili in aparat SUP PRE II namestili v dispanzer za medicino dela v Železarni Jesenice.
Leta 2005 je gorenjska podružnica DPS v dogovoru z ZD Kranj začela humanitarno akcijo zbiranja finančnih sredstev za nakup obsevalne kabine SUP-ES I, nemškega proizvajalca Saalmann.
Ta je bila pridobljena v letu 2006 in to v celoti iz sredstev, ki so jih prispevale gorenjske občine, na čelu z MO Kranj, številni donatorji iz gospodarstva z vodilnim Pharmaganom, podružnice DPS in člani gorenjske podružnice. Vendar je v sodelovanju z OZG ZD Kranj šele septembra 2007 prejel odobritev širitve programa dermatologije. Tako je glede na odobritev širitve programa in po številnih finančnih zapletih (problematika poslovanja in upravljanje z donacijskimi sredstvi) gorenjska zgodba 17. 10. 2007 doživela svečani epilog – zagon obsevalne kabine.
Rehabilitacijsko zdravljenje nam je bilo prvič omogočeno leta 1995, od takrat dalje predlagamo svoje člane ustrezni komisiji za zdraviliško zdravljenje. V prihodnje želimo z raznimi strokovnimi predavanji seznanjati člane o novostih zdravljenja luskavice in organizirati samopomoč z obiski na domu starejših in nepokretnih članov. Pripravljali bomo tudi razna družabna srečanja, posebej pa se bomo posvečali seznanjanju javnosti z delom naše podružnice.
Danes podružnica šteje 230 članov.

V letih od ustanovitve so podružnico vodili:

- 1986–2000: predsednik Stane Porenta,
- 2000–2006: predsednik Ivo Marić,
- 2006–2014 predsednik Alojz Aleš,
- 2014–2018: predsednica Karmen Ovčar,
- 2018: vodja Simeon Setnikar.

PODRUŽNICA KOROŠKA

Za podružnico Koroška zapisala Nina Pahor

Z razvojem društva so se aktivi društva preoblikovali v podružnice in ob koncu leta 1987 so bili izvoljeni odbori podružnic že na vseh območjih Slovenije. Med njimi tudi na Koroškem, ki jo je vodila Škrinjar Tanja. Junija 2001 smo postali 9. samostojna podružnica-podružnica Koroška. Takrat smo za predsednika izbrali

Ivo Plazarja. Obdobje pred tem podružnica ni delovala samostojno. Bolniki oziroma člani iz te regije so bili porazdeljeni v ostale podružnice kot so Maribor, Celje in morda še kje drugje iskali svoj prostor pod soncem. Proti koncu leta 2001 je podružnica štela 47 članov, začelo se je dogovarjanje za strokovno pomoč pri dermatologih, farmacevtih skratka z medicinskim osebjem in ostalimi strokovnjaki. Začeli smo organizirati sestanke za člane in prvič smo se udeleži prednovoletnega srečanja v Komendi pod organizacijo podružnice Ljubljana.
V aprilu 2003 smo kot podružnica organizirali III. Psoriado, športne igre v Šentanelu na Prevaljah. Kljub temu, da smo bili mlada podružnica, smo izpeljali igre tako kot treba. Udeležilo se jih je okoli 200 članov iz celotne Slovenije. Zasedli smo 8.mesto.
Skozi čas se je število naših članov počasi povečevalo. Obveščanje ljudi o delovanju društva je v veliki meri potekalo preko medicinski sester v vsej koroški regiji in ne nazadnje tudi preko članov društva. Organizirali smo strokovna predavanje, člani smo koristili zdravljenje v društvenih apartmajih v Moravskih Toplicah in Podčetrtku ter obnovitveno rehabilitacijo v istih apartmajih. Vsako jesen smo organizirali ogled Prekmurja in kopanje v toplicah.
2007- predsednica Tanja Skrinjer (št.29).
Leta 2009 je potekala skupna seja predsedstva DPS in članov podružnice Koroška, kjer smo razpravljali o obstoju podružnice. Zaradi razpršenosti članov po občinah, ne podpori dermatologov in pomanjkanju finančnih sredstev ter premajhnega interesa članov je bil obstoj podružnice pod vprašajem. Predsednica Tanja Skrinjer je zaradi zdravstvenih težav odstopila, za novega predsednika je predlagan Davorin Arl, ki od takrat vodi podružnico.
Organiziramo srečanja, piknike, pohode, kot so pohod na Jamnico, Ošven, Košenjak, Uršljo goro. Organizirali smo tudi izlete v Srbijo in Bosno, kjer so se nam pridružili tudi člani drugih podružnic. Sodelujemo na Festivalu drugačnosti v Slovenj Gradcu, ki ga organizira društvo paraplegikov. Ob svetovnem dnevu psoriaze imamo postavljeno informativno in predstavitveno stojnico v Prevaljah.
Vse skozi se trudimo, da dobro deluje skupina za pomoč drugim članom, ki jim pomaga tako pri delu doma, kot pri nabavi v trgovini. Nekaterim članov smo pomagali tudi na finančnem področju. Predvsem pa smo se posvetili vedno večji stiski ljudi s tem, da smo jim prisluhnili in da so lahko delili svoje duševno breme.
Konec leta 2010 je koroška podružnica organizirala prednovoletno srečanje v Slovenj Gradcu.
V letu 2013 smo organizirali tudi zbiranje otroških oblačil in igrač, ki smo jih podarili otroškemu oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Sijaj v očeh bolnih otrok nas je spodbudil, da bomo akcijo ponovili.

15.tradicionalne športne igre smo v maju 2015 organizirali člani podružnice Koroške. Igre so se odvile v Mežici, na nogometnem stadionu sredi slikovite, hribovite Koroške, kjer se je zbralo okoli 300 udeležencev iz vseh koncev Slovenije. Kot je zapisal eden od članov naše podružnice, Vančy: » Takšna razvedrilna druženja nas bodrijo in nam pomagajo, da se osredotočamo na prijetnem spomine in nova pričakovanja in ne na našo luskavico!«

PODRUŽNICA LJUBLJANA

Za podružnico Ljubljana zapisal Anton Prosen

Po pisnih in ustnih virih se je ideja o ustanovitvi društva, ki bi združevalo bolnike z luskavico, porodila v zdravilišču na Velem Lošinju na Hrvaškem. Med zbranimi bolniki, ki so leta 1977 podpisali ustanovitveno listino, je bila med drugimi tudi članica z območja sedanje podružnice Ljubljana, gospa Frančiška Močnik. Sama je bila pozneje tudi ustanovna članica društva z našega območja. Po letu in pol priprav je bila 19. 1. 1979 sklicana ustanovna skupščina in tako danes ta datum štejemo kot začetek delovanja Društva psoriatikov Slovenije. V času sklica ustanovne skupščine je društvo štelo 126 članov iz vseh slovenskih regij; s seznama pa so razvidni tudi člani iz ljubljanske regije.

Poznavalci takratnih razmer znajo povedati, da je društvo začelo postopoma delovati šele v osemdesetih letih preteklega stoletja.

Takratni vodilni slovenski dermatologi, ki so bili tudi pobudniki ustanovitve društva, so začeli razmišljati o regionalnih enotah društva, takrat imenovanih aktivi društva, ki so se preoblikovali v podružnice. Do konca leta 1987 so bili izvoljeni odbori podružnic, med njimi tudi odbor podružnice Ljubljana, ki ga je vodila Florijana Jana Lekšan. Iz arhiva je razvidno, da so bili dermatološki oddelki regionalnih bolnišnic aktivni pri vabljenju bolnikov, da se vključijo v delovanje društva oz. podružnic.

V Ljubljani so za nabiranje članov podružnice poskrbeli na takratnem dermatološkem oddelku kliničnega centra. Poleg zdravnikov je to nalogo prevzelo večinoma medicinsko osebje, med njimi je bila aktivna predvsem Majda Pielick. Po pripovedovanju nekaterih članov so bili začetki delovanja tako podružnice kot tudi društva dokaj težki. Ni bilo ne ustreznega predznanja za delovanje društva ne denarnih sredstev za materialne stroške ne društvenih prostorov in ne pisarniške opreme. Poznavalci takratnih razmer znajo povedati, da je vso pisarniško poslovanje potekalo pri Jani (Lekšan) doma in da sta bili glavni pisarniški pomočnici Helena (Šurbek) in Fani (Močnik). Ko je predsednica podružnice Ljubljana postala dr. Milena Kocijančič, so se pričele razmere v podružnici izboljševati; dobili smo manjši kletni prostor na dermatološki kliniki, kjer so razmere za delo le postale boljše. Po smrti dr. Kocjančičeve je bila na mesto nove

predsednice s strani vodstva dermatološke klinike določena dr. Violeta Marolt, ki je to delo s pomočjo Fani Močnik opravljala do leta 2000.
Po njenem odhodu je vodenje podružnice prevzela Fani Močnik, ki je dve leti vodila podružnico kot v. d. predsednica, leta 2002 pa je bila izvoljena za predsednico. Podružnico je nato vodila do leta 2009. S pomočjo članov odbora je podružnica v tem času uspešno delovala in število članov se je bistveno povečalo, saj je leta 2000 podružnica štela že 316 članov.
Ko je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja vodenje DPS prevzel prim. spec. akad. st. Jože Arzenšek, dr. med., se je delovanje celotnega društva močno izboljšalo, tudi v podružnicah se je čutil nov zagon. Pridobili smo društvene prostore, bili oproščeni plačila participacije, povečali sredstva za delovanje, organizirali izobraževanja, predavanja, povečevalo se je število zdravljenj v zdraviliščih, društvo je kupilo dva apartmaja, uvedena so bila redna srečanja članov (športne igre, prednovoletno srečanje).
Leta 2006 je Dragica Dremelj prevzela vodenje društva, ki je sicer delovalo že 27 let, vendar je bilo v organizacijskem smislu slabo organizirano. V društvu so bile potrebne organizacijske in vodstvene spremembe, predvsem pa sprememba v delovanju društva, ki mora biti skladno z zakonodajo, ki ureja delovanje društev oziroma civilno sfero. Postavljene so bile podlage za dolgoročno finančno poslovanje v skladu z veljavno zakonodajo. Vse to je vplivalo tudi na poslovanje in vodenje podružnice Ljubljana.
Od leta 2010 do leta 2013 je podružnico vodil Lovro Kern, od leta 2014 do leta 2017 Anton Prosen in od leta 2018 dalje vodi podružnico Stanko Kranvogel.
Podružnica Ljubljana deluje v skladu z veljavnimi društvenimi akti, saj se zavedamo, da je društvo enovito, podružnice pa operativno izvajamo program na regionalni in lokalni ravni. Za izvedbo programov in projektov na ravni podružnice skušamo pridobiti finančna sredstva iz občinskih proračunov v skladu z javnimi razpisi. Ker gre za financiranje iz javnih sredstev, se organi podružnice trudimo, da so dodeljena sredstva smotrno in namensko uporabljena.
Članstvo v podružnici se vidno stara, želimo si, da bi vodstvo v podružnici prevzeli mlajši člani, ki bi uspešno delo iz preteklosti nadaljevali, obenem pa v društveno okolje vnesli veliko nove energije ter razvijali posluh do so-bolnikov, še posebej tistih, ki potrebujejo kakršno koli pomoč.

PODRUŽNICA MARIBOR

Za podružnico Maribor zapisala Helena Vrbančič

Uvodoma naj opomnim, da je bilo prvo društvo psoriatikov ustanovljeno leta 1963 na Švedskem. Ideja o nastanku Društva psoriatikov Slovenije (DPS) pa je bila podana z listino na Velem Lošinju leta 1977, kjer so se takrat zdravili bolniki

z luskavico. Dve leti kasneje, leta 1979, je potekal ustanovni zbor DPS v Moravskih Toplicah. Vodilo ustanovitve je bilo, da bolniki ne smejo biti izolirani, da morajo biti enakovredno vključeni v življenje in tokove družbe ter da morajo najti svoj prostor pod soncem. Od tod tudi naslovnica biltena, ki je začel izhajati leta 1986. Druga za drugo so pričele nastajati podružnice, ki so se takrat imenovale pokrajinski odbori.

Leta 1982 je bila na predlog g. Janka Žlebnika ustanovljena mariborska podružnica oz. takratni odbor. Zaradi njegove prezgodnje smrti je bil g. Žlebnik njen predsednik le 4 leta. Uvodni sestanki so potekali v kletnih prostorih Zdravstvenega doma Maribor. Funkcijo predsednika je prevzel g. Edi Jelen, ki je program društva močno razširil in vnesel nove ideje, ki so pritegnile bolnike. Število članov je hitro naraščalo iz začetnih 35 na 370, kolikor jih je podružnica imela leta 1984. Leta 1988 je štela okrog 500 članov, za kar ima velike zasluge vključitev dermatološkega oddelka Splošne bolnišnice Maribor na čelu z dr. Marijo Berčič, ki je kot naslednja prevzela vodenje podružnice. S svojo energijo in znanjem je prispevala velik delež pri zdravljenju pacientov z luskavico. Njena desna roka je bila zaslužna članica, tajnica in blagajničarka ga. Marija Čebular, ki je bila že v času ustanovitve društva zelo aktivna. Prav tako je od njegove ustanovitve aktivno delovala že v odboru DPS. Razvoj in delovanje podružnice sta bila praktično v njenih rokah. Zasluge za širitev članstva pa ima tudi ostalo osebje dermatološkega oddelka: sestri Kristina Florjančič in Majda Čergulj, kasneje Ksenija Kramberger in Zdenka Špindler, zdravniki dr. Dušan Rems, dr. Ida Prelog, prim. dr. Jože Arzenšek, sicer dermatolog celjske bolnišnice, in drugi. Sledili so novim trendom zdravljenja in objavljali strokovne članke v biltenu. Sestanki podružnice so potekali na dermatološkem oddelku. Podružnici je ob strani stala tudi časopisna hiša Večer in številna mariborska podjetja, saj je bil takrat to poleg članarine edini vir financiranja.

Leta 2002 je dr. Berčičeva zaradi bolezni odstopila s funkcije predsednice, še vedno pa je s svojim znanjem in izkušnjami aktivno sodelovala. Za njo je mesto predsednice prevzela ga. Dragica Dremelj, ki je prav tako pustila neizbrisni pečat pri razvoju in delovanju društva. Bila je že dovolj izkušena in sodobnega znanja, da je pristopila k posodobitvi delovanja, saj je vso dokumentacijo prenesla na računalnike. Vsi člani so prejemali pošto v pisni obliki, kar do takrat ni bila ustaljena praksa. V svojih člankih in nastopih je velik poudarek dajala humanitarnosti in dobrim medčloveškim odnosom. Kakor vse podružnice je tudi mariborska širila svojo dejavnost in to počnemo še danes. Izvajamo socialne programe, pomoč na domu, pohode, izlete, družabna srečanja, obnovitveno rehabilitacijo, koriščenje društvenih apartmajev, ozaveščevalne akcije in drugo.

Januarja 2003 je zaradi svojega znanja in izkušenj prevzela mesto predsednice DPS, na kar smo seveda ponosni. Sedež DPS je bil iz Celja prestavljen v Mari-

bor, kjer je še danes. Največ zaslug za pridobitev trenutnih poslovnih prostorov ima g. Antolinc. V svoji novi funkciji si je ga. Dremelj kot prvo nalogo zastavila ureditev zastarelih, neusklajenih in pomanjkljivih aktov. Po njenem odhodu z mesta predsednice mariborske podružnice, je bil na njeno mesto imenovan g. Franc Jamnik, vendar le za krajši čas. Bil je namreč urednik glasila, ki je z njim dobilo novo, lepšo podobo, strokovni nivo glasila pa se je dvignil v korist izobraževanja članov. Veliko pozornost je posvetil čustvenim in socialnim vplivom bolezni na pacienta. Prizadeval si je za širitev članstva, pridobivanje sponzorjev in donatorjev. Ob 30. obletnici društva je izdal knjigo z naslovom Upanje obstaja za boljše življenje z luskavico, ki je izšla v nakladi 3.000 izvodov in so jo bolniki prejeli brezplačno. Za njim je vodenje podružnice prevzela ga. Romana Gorjanc, ki se je razdajala na vseh področjih delovanja. Druženja, ki jih je organizirala, so bila zelo dobro obiskana in so potekala v prijetnem vzdušju. V času njenega mandata je v Mariboru stekla uspešna akcija zbiranja denarja za nakup nove, sodobne aparature za obsevanje bolnikov, ki so jo lahko uporabljali tudi otroci in nosečnice. Akcija je bila uspešna in ob pomoči mariborske bolnišnice je bila aparatura tudi kupljena. Namenjena je bila bolnikom mariborske, prekmurske in koroške regije. Leta 2011 je položaj predsednika naše podružnice prevzel g. Jan Koren, mlad, ambiciozen predsednik. Poleg zgoraj naštetih dejavnosti si je prizadeval za pridobivanje članov mlajše generacije. Uvedel je mesečno ozaveščevalno akcijo v avli UKC Maribor z namenom predstavitve društva in pridobivanja novih članov. Pridobil si je veliko zaupanje vseh podružnic in leta 2019 sprejel vlogo predsednika DPS, pred tem pa je leta 2017 prevzel tudi predsedstvo EUROPSO (Evropska zveza društev s psorizazo). Čestitamo.
Po odhodu g. Korena je mesto predsednice naše podružnice prevzela ga. Irena Bonaja, dosedanja podpredsednica. Želimo ji veliko uspeha pri delu.
Vsem zgoraj omenjenim članom, pa tudi tistim, katerih zaradi pomanjkanja arhivov nisem zapisala, se iskreno zahvaljujem. Posebna zahvala gre mag. asist. Pij Bogomiru Marku, predstojniku dermatološkega oddelka UKC Maribor, za uspešno, nesebično pomoč društvu. Ni le naš član in naš zdravnik, je človek, ki čuti naše stiske.
Uspešno nadaljevanje, širitev in dopolnjevanje našega dela v korist nas vseh, je odvisno od nas članov, naše odgovornosti in aktivnega sodelovanja, zato združimo moči in skupaj zagovarjajmo interese bolnikov s psoriazo.

PODRUŽNICA NOTRANJSKO-KRAŠKA

Za podružnico Notranjsko-Kraška zapisala Marta Nardin

Sedem let po ustanovitvi društva je bila decembra 1986 ustanovljena podružnica, ki se je sprva imenovala podružnica Postojna. V njej so bili včlanjeni bolniki

z Notranjske in Primorske. Podružnico je vodila predsednica Biserka Lekšan. Zaradi neaktivnosti članov je delo v podružnici počasi zamiralo in bili smo postavljeni pred izbiro, ali podružnico ukinemo ali jo na novo ustanovimo.
Po sestanku pri predsedniku društva dr. Arzenšku smo se nekateri člani odločili za ponovno ustanovitev podružnice. 5. junija 1999 smo na novo ustanovili podružnico in jo poimenovali podružnica Notranjska. Pri ponovni ustanovitvi sta nam pomagala člana društva Stanko Pregelj in Stanka Poljšak. Poleg 19 članov so nas počastili s svojo prisotnostjo tudi gostje, ki so nam zaželeli uspešno delo. Izvolili smo prvi operativni odbor, ki so ga sestavljali: Marta Nardin – predsednica, Branko Božič – podpredsednik, člani pa so bili Alenka Gec, Marija Kučinič, Biserka Lekšan in Jože Šlosel. Takoj smo pričeli z delom.
Ko danes prebiram poročila, ugotavljam, da smo bili zelo složni in uspešni. Število članov je vztrajno naraščalo. Že leta 2002 smo pridobili pisarno, ki smo jo sami prebelili in opremili s pohištvom, ki smo ga pridobili brezplačno. S pisarno smo pridobili skupen prostor, kjer se lahko sestajamo in družimo.
Junija 2013 je bilo v našo podružnico vključenih že 134 članov. Člani iz treh obalnih občin so ustanovili novo podružnico in jo poimenovali podružnica Obala.
Da pa smo lahko izpolnjevali naše načrte, ki smo jih sprejemali na zboru članov, gre zahvala občinam, ki so nam za naše delo letno dodeljevala denarna sredstva. To so občine: Postojna, Pivka, Ilirska Bistrica, Hrpelje-Kozina, Divača, Sežana, Cerknica, Loška dolina in Vipava. Vsako leto smo pridobili dovolj sredstev, da smo lahko pokrili naše izdatke. Ker so v našo podružnico vključeni tudi člani iz kraških občin, smo jo maja 2018 preimenovali v Notranjsko-Kraško.
Letos bomo praznovali 20-letnico ponovne ustanovitve podružnice. Zadnja leta naša podružnica šteje med 80 in 90 članov. Ko se ozremo nazaj, ugotovimo da smo bili delavni in da sta naše društvo in podružnica postala prepoznavna. Največ zaslug pri tem imajo člani operativnega odbora. Veselilo pa bi nas, če bi bili bolj aktivni mlajši člani.

Še nekaj o našem delu dvajsetih let:

- Organizirali smo 4 republiška srečanja: 2001 piknik v Postojni, 2007 Psoriado v Pivki jami in prednovoletno srečanje v Postojni, 2018 Psoriado v Postojni.
- Leta 2005 smo izdali zgibanko o našem društvu in podružnici, ki smo jo predstavili na tiskovni konferenci.
- Na letni ravni smo sklicali zbor članov, ki je vsako leto potekal v drugi občini in na katerem smo sprejeli program dela, ki smo ga zmeraj tudi uresničili.
- Organizirali smo planinske pohode na vse znane hribe na Notranjskem, Krasu, pa tudi po ostali Sloveniji. Na izletih smo spoznavali lepoto naše do-

movine (Kranjska Gora, Velika planina, Dolenjska-Novo mesto, grad Struga, Mozirski gaj, Logarska dolina, navdušili so nas prelepa cerkvica Javorca in muzej v Kobaridu, Tehniški muzej Bistra in Pekel, Loška dolina in slovenska »Sibirija«-Babno Polje.

- Družili smo se tudi na piknikih: v koči pod Snežnikom, kjer smo nabirali tudi zdravilna zelišča, v kočicah na posestvu Frankovih, v Harijah na vikendu Marja in Dragice Šajn.
- Vsako leto smo izvedli 2 do 3 strokovna predavanja.
- Vsako leto je 8 do 9 naših članov bilo deležnih obnovitvene rehabilitacije, nekaj družin pa je letovalo v naših apartmajih v zdraviliščih.
- Zgledno smo sodelovali z dermatološko ambulanto v ZD Postojna.

PODRUŽNICA OBALA

Za podružnico Obala zapisala Brigita Podovšovnik

Na pobudo članov z obalnega področja je bila leta 2003 ustanovljena podružnica Obala. Leta 2005 je Marija Ažman prevzela vodenje podružnice in jo vodila deset let. V vseh teh letih se je v podružnici aktivno delovalo, prioriteta pri njenem delovanju pa so bili člani in bolniki z luskavico. Velika skrb je bila posvečena starejšim članom in medsebojnemu spoznavanju in povezovanju.
V tem obdobju je podružnica Obala 2-krat uspešno organizirala športne igre DPS – Psoriado, od tega prvo v Ankaranu (takrat še dvodnevno), čez nekaj let pa drugo v San Simonu v Izoli. Nepozabna je bila tudi izvedba prednovoletnega srečanja članov DPS v San Simonu Izola.
V medijih smo predstavljali vse več aktivnosti: izlete, pohode, srečanja, predavanja, stojnice. Za osveščanje občanov o luskavici je bil s pomočjo in v sodelovanju z RTV Koper posnet tudi film o luskavici, s katerim smo se še bolj predstavili. Sodelovali smo tudi z zamejci na Radiu Trst.
V vseh teh letih smo imeli dobre odnose s podružnicami, še posebej s člani podružnice Severne Primorske. Naše druženje, vsakoletni izlet z barko je postal tradicionalen.
Leta 2015 je vodenje podružnice prevzela Olga Planinšek. Leta 2018 je vodenje prevzela sedanja vodja podružnice Brigita Podovšovnik, ki bolnike s psoriazo aktivno ozavešča o bolezni, zdravljenju in delovanju društva.

PODRUŽNICA POMURJE

Za podružnico Pomurje zapisala Dragica in Peter Fekonja

Pomurska podružnica Društva psoriatikov je ponovno zaživela leta 1997. Ustanovni člani so bili g. Sreš, g. Kranjec, g. Fekonja, g. Geder in g. Muhič ter ga.

Golja. Takrat je vodenje prevzel gospod Jože Muhič iz Gornje Radgone in podružnico vodil do leta 2004. Tajniška dela je prevzela gospa Marija Golja iz Kapele in jih dolga leta vestno opravljala. Gospo Golja je zamenjala gospa Vlasta Grah, za njo pa je do letošnjega leta opravljala tajniška dela Danijela Geder.
Za Jožetom Muhičem je vodenje podružnice prevzel Peter Fekonja in jo vodil vse do letos – 2019, ko so dosedanje vodstvo zamenjali mlajši člani. Vodenje podružnice je prevzel Alojz Trplan, tajniška dela pa je prevzela Anita Gomboc.



Slika: športne igre v MB

V preteklih letih se je podružnica udeleževala vsakoletnih športnih iger in prednovoletnih srečanj, ki so jih organizirale posamezne podružnice na ravni društva. Tudi naša podružnica je bila dvakrat organizator prednovoletnega srečanja in enkrat športnih iger. Na športnih igrah smo dosegali dobre rezultate glede na naše maloštevilno članstvo. Sicer pa se je v zadnjih letih včlanilo lepo število bolnikov, tako da sedaj podružnica šteje okrog 80 članov.
Vsako leto smo pripravili stojnico ob dnevu psoriaze, 29. oktobra, kjer smo predstavili in ozaveščali širšo javnost o luskavici. Prav tako je podružnica zadnja leta s stojnico sodelovala na sejmu Medical v Gornji Radgoni.
Spremljali in prijavljali smo se na javne razpise občin ter bili kar uspešni pri pridobivanju sredstev za delovanje podružnice. Ob novoletnih praznikih smo obiskovali tudi starejše in bolne člane ter jih skromno obdarovali.
Organizirali smo razna srečanja in predavanja s strokovnimi delavci iz medicinske stroke in zdravniki ter večkrat pripravili razna druženja članov (piknike, izlete, pohode …). Vseh teh druženj so se in se še člani radi udeležujejo, saj se tako malo razvedrijo, se med seboj spoznavajo, si pomagajo in si izmenjujejo

izkušnje glede poteka in zdravljenja psoriaze. Nekateri člani so bili deležni tudi obnovitvenih rehabilitacij na morju in v zdravilišču.
Sodelovali smo tudi v medijih, kot so Pomurski vestnik, lokalni časopis Prepih, radio Murski val ter naš časopis Za prostor pod soncem.

PODRUŽNICA PRIMORSKA

Za podružnico Primorska zapisala Suzana Batič

Leta 1987 je bila ustanovljena podružnica Društva psoriatikov Slovenije Nova Gorica. Njen prvi predsednik je bil Jožko Čuk. Podružnica je bila aktivno vključena v delo društva ter skrbela, da so člani redno hodili na zdravljenje v toplice. Oblikovana je bila po takratnem pravilniku. V začetnem obdobju je podružnica štela le 5 članov, kasneje pa se je njihovo število gibalo med 40 do 50. Zaradi slabega zdravstvenega stanja takratnega predsednika je delo podružnice za nekaj časa obstalo.
Aprila 1998 je na pobudo dermatologa dr. Amdije Isakoskega bila ponovno ustanovljena podružnica pod imenom Severna Primorska, ki je takoj pričela z intenzivnim delom.
Njen predsednik je bil Stanko Pregelj, tajnik Boris Bajuk, blagajnik Ludvik Huber in strokovni delavec dermatolog dr. Amdija Isakoski. Zavzemali so se za včlanitev čim večjega števila novih članov psoriatikov. Operativni odbor se je sestajal večkrat letno.
V program so vključili strokovna predavanja za člane in ostale poslušalce, telovadbo pod strokovnim vodstvom in skupine za samopomoč. Poleg strokovnega programa so se člani družili vsak prvi torek v mesecu, razen torkov v poletnem času.
Javnost so obveščali prek radijskih postaj. Organizirana sta bila dva pohoda na leto, člani so se udeleževali prednovoletnih srečanj in športnih iger v ostalih podružnicah. Leta 2001 smo bili organizatorji 1. Psoriade v Velenju.
Aktivni smo na področju prostovoljnega dela z bolnimi in starejšimi člani na domu. Ob svetovnem dnevu psoriaze in svetovnem dnevu zdravja postavimo informativne in predstavitvene stojnice po občinah naše podružnice.
Za pridobitev denarnih sredstev za izvajanje programov in delovanje podružnice se prijavljamo na javne razpise po občinah v naši regiji.
V naši podružnici smo bili organizatorji dveh prednovoletnih srečanj (leta 2001 in 2015) ter Psoriade 2009 v naši regiji.
Predsedniki naše podružnice so bili: 1998–2006: Stanko Pregelj, 2006–2014: Iztok Čebohin, 2014–2018: Marjan Vidmar in od 2018: Suzana Batič.
Še naprej se bomo trudili za pridobivanje novih članov in ohranjali obiskovanje članov na domov.

PODRUŽNICA ZASAVJE

Za podružnico Zasavje zapisala Jolanda Kunstič

»Mi smo pa od tam doma, kjer se sonce ne smehlja,
kjer ni tratice nobene, kjer ni šumice zelene.

Tam pri nas je črni dim, črna fabrika pod njim,
a pod fabriko so rovi, črni v njih noči in dnevi.

Oče naš je pod zemljo, tam mu duša in telo,
v znojnih kapljah krvavita, dan na dan za nas trpita.«

S to pesmijo se je naša podružnica predstavila na dvodnevnem izletu na Debelem rtiču v drugem letu obstoja podružnice Zasavje.

Da, to smo mi, Zasavci.

Bila je sreda 18. 6. 1997, dan, ki je bil za bolnike z luskavico v Zasavju prav poseben, saj smo takrat ustanavljali svojo podružnico – DPS podružnico Zasavje. Glavni razlog za ustanovitev podružnice je bil, da so bili bolniki s psoriazo iz Zasavja včlanjeni v drugih podružnicah; v podružnici Celje in tudi v podružnici Ljubljana. Ideja za ustanovitev pa se je porajala že mnogo prej, prvič na prvih športnih igrah ob Velenjskem jezeru. Potem pa nekaj vzpodbudnih besed, nekaj pregovarjanja in dosti zagnanosti, spodbujanja in že je bila tukaj ustanovna skupščina. Obe podružnici sta naše bolnike sicer nesebično in enakopravno sprejeli med svoje člane, a vendar je en dan pred ustanovno skupščino leta 1997 naša članica Sonja Močnik dejala: »Veš kaj, kar dobro bo, da bomo mi Zasavci v Zasavju. A veš, kaj se mi dogaja; obvestila in pošto dobivam iz Celja, za zdravljenje pa dobivam vabila iz Ljubljane, tako da sploh ne vem čigava sem.«
Na kratko še nekaj zanimivih podatkov o nastanku podružnice. Prvi delovni predsednik ustanovitvene skupščine je bil gospod Stane Plazar, član podružnice Celje, prisotne so bile gospa Jolanda Kunstič, Mateja Golouh in Slavi Pižmoht, ter overovateljici zapisnika Marija Čerk in Almi Škofic. In podružnica je bila ustanovljena. Vodstvo podružnice je bilo naslednje: predsednica Stanka Poljšak, namestnica predsednice Jolanda Kunstič, blagajnik Marjan Dular ter člana Almi Škofic in Marjan Vodišek. Prve besede predsednice na ustanovnem sestanku so bile: »Pozdravljam vas kot prva predsednica podružnice Društva psoriatikov za Zasavje, ker ste vi tako želeli – jaz pa nisem bila proti. Hvala.« Na ustanovni skupščini je bil sprejet tudi program dela, ki se od davnega leta 1997 ni bistveno spremenil. Še vedno je v ospredju pomoč bolnikom s psoriazo, njihovo izo-

braževanje, medsebojna pomoč, obveščanje. Že takrat je bil v ospredju t.i. socialni program. Kot prva točka pa je bilo zapisano pomembno sporočilo, veljavno še danes: Da bi se redno in radi sestajali, da bi nam društvo nekaj pomenilo.
Iz ustanovnega zapisnika podružnice Zasavje iz leta 1997 bi vam radi povedali še eno zanimivost in sicer, da se je tega ustanovnega sestanka udeležil tudi gospod Jože Muhič iz podružnice Pomurje. Danes bi rekli nič posebnega, a takrat



Slika: Člani podružnice Zasavje

je bilo. Na sestanek je prišel z javnim prevoznim sredstvom, s tem da je, kot je pripovedoval, odšel od doma ob 9. uri zjutraj, da je lahko bil ob 17. uri prisoten na sestanku v Zasavju. Nikoli pa nismo izvedeli, kdaj je prišel domov?
Naj poleg zgoraj omenjenega vodstva podružnice navedemo še ostale ustanovne člane oziroma prve člane podružnice Zasavje: Sonja Močnik, Mojca Zelko, Brane Oblak, Marija Filipič, Marija Čerk, Mateja Golouh, Slavi Pižmoht in Marija Gajšek – torej skupaj 13 članov.
Danes podružnica šteje 114 članov, imeli pa smo tudi že 138 članov. Vsa ta leta se redno srečujemo ob četrtkih ob 18. uri. Povprečno število članov, ki redno obiskuje te sestanke je okrog 10. Žal smo na teh sestankih vedno isti, želeli pa bi si, da se nam pridružijo tudi drugi člani. Predvsem si želimo podmladka; da bi se včlanilo čim več mladih, da bi iz nove generacije z leti pridobili tudi novo vodstvo podružnice. Trudimo se, da izvedemo vse naloge, ki jih zapišemo v program. Prav posebno pozornost še vedno namenjamo socialnemu programu in druženju članov, saj vse to prispeva k boljšemu zdravju naših bolnikov in je osnovno gibalo Društva psoriatikov Slovenije in s tem tudi naše podružnice. Seveda se srečujemo tudi z raznimi težavami. Trenutno je največja težava ohranitev pros-

torov, v katerih se srečujemo, saj je dotok finančnih sredstev čedalje manjši. Najemnina sicer ostaja ista, a vendar sredstva potrebujemo tudi za redno dejavnost. Še enkrat bi se radi vrnili na prvo točko programa dela iz leta 1997 in jo postavili v ospredje, torej, da bi se redno in radi sestajali, da bi nam društvo nekaj pomenilo.

V teh 22 letih smo skupaj doživeli marsikaj, prepotovali našo lepo Slovenijo po dolgem in počez, preplezali kar nekaj vršacev naših gora, se udeležili marsikaterega dogodka, včasih v manjšem včasih večjem številu naših članov. Bilo nam je lepo. In želeli bi, da bi tako tudi nadaljevali, kljub temu, da smo 22 let starejši, vsak s svojimi tegobami in boleznimi poleg luskavice, a vemo, da se splača. Že ob ustanovnem govoru je gospa Stanka Poljšak dejala: »Življenje je živo in drugačno. Več nas bo – močnejši bomo in če bomo skupaj – ne bomo nikoli sami, lažje nam bo in lažje bomo premagovali ovire, ki nam jih neusmiljeno postavlja naša diagnoza.«

Njene besede še vedno veljajo, zato srčno upamo, da bo naša podružnica še vedno aktivna, še vedno deležna pohval in da se bomo mi vsi radi in z veseljem srečevali in drug drugemu pomagali.

21

NEKOČ IN DANES

Avtor:

Fani Močnik

Članica Društva psoriatikov Slovenije

Štiri desetletja! Težko se odločim ali je to malo ali veliko, saj so spomini na tisto poletje davnega leta 1977 še zelo sveži!
Iz idilične vasice, kjer sem se rodila, sem odšla v dijaški dom v Ljubljano, kjer sem obiskovala medicinsko šolo. Sprememba je bila zame ogromna, vendar sem se željna znanja hitro vključila v novo skupnost in natrpan način življenja. Obremenitve in spremembe nasploh so vplivale name in se pokazale z izpuščaji po nogah, ki niso hoteli izginiti. Pomoč sem poiskala pri zdravniku, ki mi je povedal, da imam luskavico, ki bo moja spremljevalka vse življenje. Bolj kot diagnoza, ki je nisem poznala, me je prizadelo to, da so se izpuščaji širili in me kot mlado dekle »oropali«za brezskrbno mladost v času, ko je prišlo v modo mini krilo, prosojne nogavice… In seveda spoznavanje s fanti. Vso energijo sem vložila v mazanje s predpisanimi mazili, ki niso nič kaj pomagali. Zimski čas je bil za bolezen še slabši, a lažje sem jo prikrivala z toplejšimi oblačili. Poleti se je stanje delno izboljšalo. Po zaslugi babice, ki je izvedela za zdravnika v Ljubljani, sem dobila recept za zdravila, ki jih je bilo mogoče kupiti le v Nemčiji. Na srečo je tam delala moja teta in ob prihodu na dopust sem dobila »čudežna« tribarvna zdravila. Kmalu se je pokazal učinek in izpuščaji so bledeli in skoraj izginili. Ker pa sem imela glede uporabe zdravil predpisano pavzo, se je stanje kmalu pričelo slabšati in pojavilo se je še več težav. Terapijo sem še nekajkrat ponovila, a na mojo takratno žalost so zdravila prepovedali (škodljivi učinki). Spet sem bila prepuščena le kremam in predpisani prehrani. A kljub temu sem stanje dokaj dobro vzdrževala. Po zaključeni šoli sem se zaposlila v novo odprtem Kliničnem centru in se ob delu vpisala na višjo šolo, ker sem svoje znanje želela še nadgraditi tudi zaradi moje bolezni. Luskavica je ob prvi nosečnosti popolnoma izginila, a se žal kmalu po porodu spet vrnila v hujši obliki. Ker je bila koža zelo prizadeta, sem bila sprejeta na zdravljenje na Dermatološko kliniko, ob odpustu pa napotena še na klimatsko zdravljenje v zdravilišče Veli Lošinj. Kot mlada mamica in žena sem bila razdvojena, saj sem si po eni strani želela »ozdravitve«, po drugi strani pa sem se težko ločila od družinice. Težavna je bila tudi pot do Veli Lošinja, saj je bila avtobusna povezava le iz Reke, do tam pa vlak iz Ljubljane, seveda z vmesnim večurnim čakanjem.
Tako sem v letu 1977 pozno zvečer prispela na cilj, ki je bil, lahko rečem, nič kaj prijeten. Zdravilišče takratne skupne države Jugoslavije so sestavljale montažne »barake« s štiri do šest posteljnimi sobami, ločene za moške in ženske. Kopalnica s tuši in sanitarije so bile skupne, v eni sobi je bila ambulanta za preglede. Vse je bilo časovno določeno, tako obroki, zdravniška kontrola, odhodi na plažo in spanje. Plaža, oddaljena pol ure hoda, je bila neurejena, ločena na moški in ženski del, saj je bilo sončenje v »evinem kostimu«. Obroki hrane so bili za vse enaki, po nekaj dneh smo si lahko naročili »lunch paket« in tako ostali na plaži od jutra do večera. Po večerji smo se družili v parku zdravilišča, kjer so se stkala

prijateljstva, ki trajajo še danes! Prisotni smo 31.8. podpisali Peticijo Veli Lošinj za ustanovitev društva s 41 podpisi. Stvari so takrat tekle počasneje in tako je bila ustanovna skupščina šele v januarju 1979 leta . Največ zaslug za to sta imela dr. Stjepan Bunta in g. Štefan Sreš, ki je bil izvoljen za prvega predsednika. Po štirih letih ga je nasledil g. Ladislav Horvat. V teh letih se je število članov povečevalo, srečevali smo se na sestankih, dobivali informacije o bolezni, prihajala so nova zdravila-mazila… Sprva smo bili organizirani po pokrajinskih odborih, kasneje pa so se preimenovali v podružnice, ki jih je danes 11. Ko je leta 1988 vodenje društva prevzel prim. mag. Jože Arzenšek je za nas bolnike in bolezen nastopilo novo obdobje. Luskavica je bila uvrščena med kronične bolezni, zato doplačila niso bila več potrebna, dostopna so nam bila nova zdravila in načini zdravljenja. Sodeloval je pri pridobitvi humanitarnega statusa društva in nakupu dveh apartmajev, kjer lahko letujemo člani društva. V tem času se je dograjeval tudi sistem obnovitvene rehabilitacije po naravnih zdraviliščih, kjer je bilo zdravljenje prijaznejše in sodobnejše. Število novih članov v podružnicah se je povečevalo, v ljubljanski podružnici največ po zaslugi ga. Majde Pielich (žal že pokojne), ki je izvajala »kvarcanje«, kasneje tudi SUP in PUVA terapijo. V začetnih letih delovanja smo se člani odborov dobivali privatno, tam pisali vabila, pakirali pošto, komunikacija je bila le preko telefona. Počasi smo podružnice pridobivale tudi lastne prostore in opremo za delo, bili smo povezani, vztrajni, pripravljeni pomagati sobolnikom. Sama sem bila vsa leta aktivno vključena v celotno društvo, matično ljubljansko podružnico pa sem vodila od leta 2000 do 2009. Za vse nas je druženje vedno pozitivno, tako na športnih igrah, izletih in prednovoletni srečanjih. Vodenje DPS je od leta 2005 uspešno opravljala ga. Dragica Dremelj, v letošnjem letu pa prevzema to delo mlajša generacija-g. Jan Koren.

Največji napredek pri naši bolezni in zdravljenju pa so prinesla nova biološka zdravila, ki so nam v veliki meri spremenila življenje na bolje. Mlajši bolniki najbrž ne poznajo dolgotrajnega ležanja v bolnici, kjer so nas namazane za več ur zavijali v rjuhe, namakali v razne kopeli, obsevali… To je danes preteklost! Sama sem neizmerno hvaležna za sodobna zdravila, saj mi omogočajo »normalno« življenje: ni potrebno pogosto mazanje, nenehno sesanje, pranje, oblečem si krilo, bluzo brez rokavov, grem lahko na vsako plažo, na masažo, rekreacijo, brez zadržkov sem z bližnjimi...

Še vedno pa je prisoten drobec strahu- kaj če se bolezen vrne? To sem izkusila ob zamenjavi zdravila in kljub vsemu znanju in znanosti ni enostavno ponovno doživljati vse to, kar je nekoč bilo-predvsem vidno na naši koži in za vedno v zavesti psoriatika! Ta prispevek posvečam naši dragi pokojni Jani Lekšan in vsem ostalim prizadevnim članom, ki jih ni več med nami, zahvala pa tudi vsem, s katerimi smo vsa leta soustvarjali društvo, da je tako kot danes je!

40. obletnico delovanja Društva psoriatikov Slovenije so podprli:

















Društvo psoriatikov Slovenije
Maribor 2019