
**ISPOD POVRŠINE:
PRIRUČNIK ZA OBOLJELE
OD PSORIJAZE**

Jer psorijaza je više od kože...



UVOD

Dragi čitatelji,

kao predsjednica Društva psorijatičara Hrvatske i urednica ovog priručnika, s velikim zadovoljstvom vam predstavljam izdanje koje smo pripremili kako bismo osobama koje žive sa psorijazom pružili podršku, korisne informacije i ohrabrenje.

Naše Društvo izuzetno je aktivno – iza nas su brojne uspješne javnozdravstvene kampanje, dugogodišnja i plodonosna suradnja s dermatovenerozima i drugim stručnjacima, kao i niz lijepih i vrijednih projekata na koje smo ponosni. Zahvalni smo svima: liječnicima, suradnicima, partnerima i prijateljima Društva, koji nam na bilo koji način pomažu u našoj misiji.

Posebno nas veseli činjenica da su naši projekti prepoznati i na europskoj, pa i svjetskoj razini, što nam daje dodatni poticaj da nastavimo još snažnije i s još više entuzijazma.

Vjerujemo da je znanje moć, a zajedništvo snaga. Ovaj priručnik mali je, ali važan korak prema većem razumijevanju, boljoj informiranosti i kvalitetnijem životu osoba s psorijazom.

Posebno se zahvaljujemo dragoj doktorici Antoaneli Čarija, koja je svojim znanjem, predanošću i ljudskošću ostavila neizbrisiv trag u ovom priručniku. Doktorica Čarija autorica je jednog od ključnih poglavlja, koje je napisala s iznimnom stručnošću, pažnjom i željom da pomogne oboljelima od psorijaze. Nažalost, prerano nas je napustila i nije dočekala tiskanje ovog izdanja.

S iskrenim poštovanjem,

Inka Marinić

Predsjednica Društva psorijatičara Hrvatske

Psorijaza, odnosno, psorijatična bolest je kronična upalna bolest koja zahvaća kožu te u oko 30% pacijenata i zglobove u vidu psorijatičnog artritisa od koje boluje oko 125 milijuna osoba u svijetu.

U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,6% stanovnika odnosno 75-80.000 oboljelih, stoga je psorijaza i važan javnozdravstveni problem.

To je sustavna bolest obilježena blagom kroničnom upalom u cijelom organizmu što za posljedicu ima razvoj brojnih pridruženih bolesti tzv. komorbiditeta uključujući kardiovaskularne bolesti, nealkoholnu bolest jetre, dijabetes, debljinu, depresiju i anksioznost te upalne bolesti crijeva.

Psorijaza je i bolest narušene kvalitete života oboljelih te je velik psihosocijalni teret za bolesnike, ali i njihove obitelji.

To je bolest koja utječe na sve aspekte života oboljelih te ima velik utjecaj na emocionalno i fizičko zdravlje osobe.

S obzirom na to da je psorijaza kronična bolest, važno je razumjeti i prepoznati simptome bolesti, upoznati nove mogućnosti liječenja te pravovremenim ranim liječenjem psorijatične bolesti omogućiti svakom bolesniku dobru i dugotrajnu kontrolu bolesti bez simptoma psorijaze.

Napredak u razumijevanju patogeneze ove bolesti, razvoj novih ciljanih lijekova, a slijedom toga i njihova primjena u svakodnevnoj praksi bili su pokretač za pisanje novog izdanja ovog priručnika. Cilj priručnika je pružiti Vam jasno razumijevanje simptoma psorijaze i sveobuh-

vatan pregled mogućnosti liječenja, uz savjete i smjernice koji će vam pomoći u svakodnevnom životu s ovom bolešću.

Važno je napomenuti da uz kontinuiranu podršku, odgovarajuću terapiju i promjene u životnim navikama, možete dobro kontrolirati simptome bolesti i živjeti kvalitetan život.

Priručnik je namijenjen svim oboljelima od psorijaze i njihovim obiteljima, kao i svima onima koji žele bolje razumjeti ovu kroničnu bolest. Sadrži 16 poglavlja koja su napisali vrhunski stručnjaci u području psorijaze, a u kojima su prikazani različiti aspekti psorijatične bolesti, uključujući najnovija saznanja o suvremenim mogućnostima liječenja, o posebnostima psorijaze u dječjoj dobi i tijekom trudnoće, o psihičkim izazovima povezanim sa psorijazom, a jedno poglavlje posvećeno je komorbiditetima koji mogu pratiti ovu bolest.

Zasebna poglavlja govore o lokalnom i konvencionalnom tj. tradicionalnom sustavnom liječenju psorijaze, a također su detaljno opisani biološki lijekovi koji se danas koriste u liječenju ove kronične bolesti u svakodnevnoj praksi.

Uvođenjem biološke terapije u liječenje oboljelih započelo je novo razdoblje u liječenju naših bolesnika. Biološki lijekovi ciljano inhibiraju ključne posrednike u razvoju psorijatične bolesti te tako u većine bolesnika postizemo cilj liječenja, a to je čista ili gotovo čista koža, dakle život bez psorijaze. Pristup odabiru biološkog lijeka je individualan za svakog pojedinog bolesnika, a ovisi o obilježjima psorijaze, težini bolesti, ali i o utjecaju psorijaze na kvalitetu života oboljelih.

Na kraju priručnika, upoznat ćemo vas s Društvom psorijatičara Hrvatske, organizacijom koja pruža podršku oboljelima, promiče svijest o psorijazi te okuplja stručnjake i pacijente radi razmjene iskustava i unaprijeđenja liječenja oboljelih.

Kao voditeljica Referentnog centra za psorijazu Republike Hrvatske pri KBC Rijeka, s ponosom mogu reći da se kontinuirano trudimo osigurati najnovije smjernice i najbolju moguću skrb za sve oboljele od psorijaze. Naša misija je unaprijediti kvalitetu života pacijenata, podržati ih na svakom koraku i osigurati im pristup najsuvremenijim terapijama.

Zaključno naglašavam da je priručnik namijenjen svim oboljelima od psorijaze, kako bi im pomogao razumjeti bolest, njene simptome i načine liječenja.

U njemu ćete pronaći korisne informacije o tome kako se nositi sa psorijazom, kako ublažiti simptome i poboljšati kvalitetu života.

Referentni centar za psorijazu Republike Hrvatske i Društvo psorijatičara Hrvatske pružaju Vam podršku na tom putu, jer niste sami u suočavanju s ovom bolešću. Svi zajedno možemo doprinijeti boljoj budućnosti za oboljele od psorijaze.

Prof.dr.sc. Marija Kaštelan, dr.med.
 Voditeljica Referentnog centra za psorijazu RH
 Klinika za dermatovenerologiju KBC Rijeka
 Dopredsjednica Društva psorijatičara Hrvatske

str. 6

1.

**PSORIJATIČNA
BOLEST**

str. 8

2.

**PROCJENA TEŽINE
BOLESTI**

str. 10

3.

**LOKALNA
TERAPIJA**

str. 14

4.

**KONVENCIONALNA
TERAPIJA**

str. 18

5.

**BIOLOŠKA
TERAPIJA**

str. 20

6.

**KOMORBIDITETI
U PSORIJAZI**

str. 24

7.

NAFTALANOTERAPIJA

str. 26

8.

**PSORIJAZA U
DJEČJOJ DOBI**

str. 30

9.

SEKSUALNO
ZDRAVLJE
I PSORIJAZA

str. 34

10.

TRUDNOĆA I
PSORIJAZA

str. 38

11.

PSORIJAZA I
PSIHIČKI
POREMEĆAJI

str. 40

12.

PSORIJATIČNI
ARTRITIS

str. 44

13.

PSORIJAZA I
ZDRAV ŽIVOT

str. 48

14.

TETOVIRANJE,
PIERCING,
DEPILACIJA,
SUNČANJE...DA
ILI NE?

str. 52

15.

RAZVOJNI PUT
LIJEČENJA
PSORIJAZE

str. 56

16.

O DRUŠTVU
PSORIJATIČARA
HRVATSKE

PSORIJATIČNA BOLEST

PSORIJATIČNA BOLEST

prof.dr.sc. Larisa Prpić Massari
spec.dermatovenerolog
uži spec. dermatološke onkologije

PSORIJATIČNA BOLEST

Psorijaza je nasljedna, recidivirajuća, upalna bolest kože obilježena akutnim pogoršanjima i kroničnim postojanim fazama.

Bolest se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi, ali se obično javlja u dobi između 10. i 30. godine života, češće u ljudi bijele rase, nego u ostalih rasa.

Učestalost psorijaze razlikuje se u različitim podnebljima i populacijama, no može se reći da bolest zahvaća 1-3% ukupnog pučanstva.

Budući da je psorijaza poligenetska bolest, potaknuta čimbenicima okoliša, postoje brojni vanjski i unutarnji čimbenici, koji mogu izazvati prijelaz iz prikrivene genotipske psorijaze u klinički izraženu bolest. Od vanjskih poticajnih čimbenika na prvom su mjestu mehaničke ozljede kože (npr. pritisak, trauma, opekline, ubodi insekata, ultraljubičaste zrake, rendgenske zrake i sl.), ozljede kože kemijskim putem (npr. potaknute raznim toksičnim tvarima), te infekcije uzrokovane mikroorganizmima kao što su bakterije, virusi ili gljivične infekcije. Infekcija se smatra čestim poticajnim čimbenikom naročito kod prvog izbijanja psorijatičnih promjena.

Kapljičasta psorijaza obično nastaje 1-2 tjedna nakon akutne streptokokne infekcije. Od unutarnjih ili endogenih čimbenika, psorijazu mogu potaknuti neki lijekovi, trudnoća, dijete te stresne situacije.

Danas se zna da sistemski, a ponekad i lokalno primijenjeni kortikosteroidi kod naglog ukidanja, koje prati dugotrajno uzimanje, mogu dovesti do pogoršanja psorijaze. Pogoršanje bolesti se, također, povezuje i s terapijom antimalaricima, β-blokatorima, inhibitorima angiotenzin-konvertirajućeg enzima (ACE-inhibitorima) i litijem.

U otprilike 30-40% odraslih oboljelih od psorijaze, bolest je izazvana ili pogoršana stresom, dok je taj postotak kod djece još i veći.

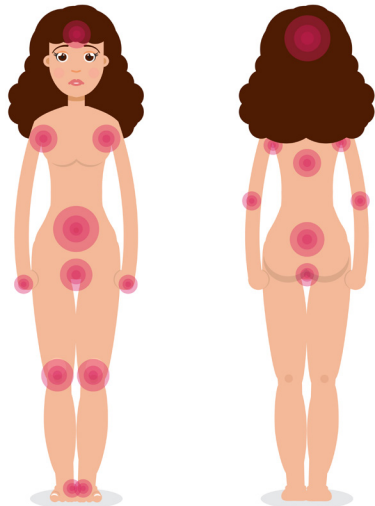
Na temelju životne dobi u kojoj se po prvi put

javlja, te povezanosti s antigenima HLA, razlikujemo dva tipa psorijaze.

Tip 1 je obilježen ranom pojavom bolesti (*prije 40. godine života*), naglašenim obiteljskim pojavljivanjem, te združenošću s HLA antigenima Cw6, B13, DR57 i DRB1*0701.

Tip 2 počinje kasnije, obično u šezdesetim godinama života, nema obiteljskog pojavljivanja bolesti, ali može postojati združenosť s HLA-CW2 ili B27 antigenima.

Najnovija istraživanja mapiranjem gena pokazuju da se genski lokusi odgovorni za psorijazu nalaze na osam različitih kromosoma, od kojih su najznačajnija četiri, PSORS1 na 6p21.3, PSORS2 na 17q, te PSORS3 na 4q i PSORS4 na 1q. HLA aleli vezani za psorijazu se najčešće nasljeđuju po tipu produženog haplotipa HLA Cw6-57-DRB1*0701-DQA1*0201-DQB1*0303.



PROCJENA TEŽINE BOLESTI

PROCJENA TEŽINE BOLESTI

prof.dr.sc. Larisa Prpić Massari
spec.dermatovenerolog
uži spec. dermatološke onkologije

PROCJENA TEŽINE BOLESTI

Budući da klinička slika vulgarne psorijaze može varirati po svojoj težini od vrlo blagih oblika s nekoliko kožnih promjena najčešće lokaliziranih na laktovima i koljenima, do vrlo teških kliničkih slika s lezijama koji zahvaćaju veliki dio kože trupa i udova, te vlasišta i noktiju, liječenje varira od lokalne terapije kremama do sustavnih oblika liječenja tabletama i supkutanim injekcijama.

U skladu s tom činjenicom, za potrebe procjene težine bolesti, a o kojoj potom ovisi primjena odgovarajuće terapije, koristimo razne ljestvice težine bolesti, od kojih se u rutinskoj primjeni najviše koriste BSA, PASI i DLQI.

BSA ljestvica (od eng. *Body Surface Area*) je jednostavna za korištenje i procjenjuje u postocima površinu kože tijela zahvaćenu psorijazom. Površinu tijela je najlakše izračunati „metodom dlana“ odnosno bolesnikov dlan i pridruženi prsti čine 1% površine kože, odnosno BSA 1%. Zbroj površina kože zahvaćenih psorijazom koje su ekvivalentne površini dlana s prstima daje BSA vrijednost za dotičnog bolesnika.

Za jednostavnije računanje površina glave i vrata ekvivalentna je 10 dlanova, odnosno 10%, gornji udovi 20 dlanova odnosno 20%, donji udovi 40 dlanova ili 40%, a trup je 30 dlanova ili 30% površine tijela. Ovisno o zahvaćenosti kože psorijazom, blaži oblik psorijaze ima BSA do 3%, umjereno teška psorijaza 3 do 10%, a teška 10% i više.

PASI (od eng. *Psoriasis Area and Severity Indeks*) je najčešće korištena ljestvica za procjenu težine bolesti. Razmatra se i ocjenjuje težina psorijatičnih promjena, odnosno jačina eritema, debljina infiltrata i količina ljuštenja, u vrijednostima od 0 do 4, kao i proširenost bolesti u postocima u području glave, trupa, gornjih i donjih ekstremiteta. Sve vrijednosti se unose u formulu i izračunava vrijednost PASI indeksa koja može varirati od 0 do 72, gdje 0 znači stanje bez bolesti, a 72 najteži oblik psorijaze.

Vrijednost PASI indeksa ispod 5 znači blagi oblik psorijaze, PASI 5 do 10 predstavlja umjerenu bolest, a rezultat iznad 10 tešku bolest. Budući da izračunavanje PASI indeksa zahtijeva dosta vremena, u novije vrijeme mogu se naći aplikacije na internetu za bržu i lakšu procjenu PASI indeksa, odnosno težine bolesti naših pacijenata.

DLQI (od eng. *Dermatological Quality of Life Indeks*) je alat od 10 pitanja koji se koristi za mjerenje utjecaja psorijaze na svakodnevno funkcioniranje, te tako na kvalitetu života. DLQI se izračunava na način da se svakom odgovoru dodjeljuju bodovi i to od 0 što znači minimalan do 3 što znači maksimalan utjecaj bolesti na određenu životnu situaciju.

Zbrajanjem pojedinačnih vrijednosti dobije se ukupan rezultat od 0 do 30 gdje 0 znači da bolest ne utječe na bolesnikov kvalitetu života, a 10 i više označava tešku psorijazu sa značajnim utjecajem na kvalitetu života bolesnika, odnosno veća socijalna ili profesionalna oštećenja.

Osim ovih, najčešće korištenih ljestvica, koje se koriste u svakodnevnom radu i određivanju terapije, za potrebe istraživanja i kliničkih studija postoje i specifične procjene težine psorijaze pojedinih lokalizacija kao npr. vlasišta (*PSSI- od eng. Psoriasis scalp severity indeks*), noktiju (*NAPSI- od eng. Nail psoriasis severity indeks*) te dlanova i tabana (*PPASI- palmoplantar psoriasis area and severity indeks*).



LOKALNA TERAPIJA

LOKALNA TERAPIJA

doc. prim. dr. sc. Daniela Ledić Drvar, dr.med.
spec. dermatovenerolog
uži spec. dermatološke onkologije

LOKALNA TERAPIJA

Lokalna terapija primjenjuje se u bolesnika s blažim oblicima bolesti (*PASI* < 10, *DLQI* <, *BSA* < 10). Ovaj oblik liječenja može se kombinirati s fototerapijom ili sustavnom terapijom u bolesnika sa srednje teškim ili teškim oblicima bolesti.

Emolijensi ili ovlaživači su topički pripravci koji sprječavaju isušivanje kože, održavaju kožu vlažnom i glatkom, te na taj način smanjuju svrbež, osjetljivost i nastanak psorijatičnih lezija na mjestima potencijalne ozljede. Emolijensi se koriste kako bi *stratum corneum* postao podatniji i kako bi se smanjilo površinsko ljuštenje. Djeluju stvaranjem zatvorenog filma koji smanjuje gubitak vode iz kože. Oni su vrlo važan dodatak liječenju bolesnika.

Keratolitici

Salicilna kiselina

Preparati na bazi salicilne kiseline koriste se za odstranjenje ljušaka. Treba napomenuti da tijekom lokalne primjene dolazi do apsorpcije salicilata. Primjenjuje se 3,0 do 5,0% salicilna kiselina u bijelom vazelinu za žarišta na trupu i udovima. Na psorijatična žarišta u predjelu dlanova i stopala može se primijeniti 10 do 15% salicilna kiselina u bijelom vazelinu. U vlasište se primjenjuje 3 do 5% salicilna kiselina u maslinovom ulju ili svinjskoj masti.

Najčešće se kombinira s kortikosteroidima. Na tržištu postoje fiksne kombinacije salicilne kiseline i kortikosteroida u koncentracijama od 3% i 5% u obliku masti, te 2% losiona.

Ukoliko se nanosi na veliku površinu kože, više od 20%, moguća je sustavna apsorpcija salicilata, uz znakove toksičnosti, poput mučnine, povraćanja, hiperventilacije, šuma u ušima.

Preparati koji sadrže salicilnu kiselinu ne preporučuju se trudnicama, novorođenčadi te djeci do dobi od minimalno 8 godina.

Ditranol (*cignolin*, *antralin*)

Danas se uglavnom koristi u dnevnim bolnicama ili kod hospitaliziranih bolesnika, budući da ostavlja mrlje na odjeći i ima iritativni učinak.

Primjena treba biti strogo ograničena na psorijatične promjene na koži. Primjenjuje se u koncentracijama od 1 do 2%. U liječenju kronične plak psorijaze učinkovita je primjena kombinacije ditranola i UVB fototerapije (*modificirana terapija po Ingramu*).

Kortikosteroidi

su najčešći lijekovi koji se koriste u lokalnom liječenju psorijaze. Prednost im je izvrsna učinkovitost u kratkotrajnoj uporabi. U liječenju prednost treba dati visokopotentnim kortikosteroidima (*klasa III i IV po europskoj klasifikaciji*). Učinak se može povećati primjenom okluzivne terapije. Visoko potentne kortikosteroide ne treba primjenjivati dulje od 6 tjedana. U dugotrajnoj terapiji se mogu koristiti u intervalnom liječenju ili u kombinaciji s analogima vitamina D.

Nefluorirani kortikosteroidi se koriste u liječenju psorijaze na licu, genitalnoj i intertriginoznoj regiji.

Kortikosteroidi se mogu kombinirati s primjenom fototerapije i sustavnom terapijom.

Nuspojave dugotrajne uporabe uključuju atrofiiju kože, kortikosteroidnu purpuru, hipertrihozu (pojačana dlakavost), pojavu strija, teleangiektazija, kao i moguće sustavne učinke uslijed apsorpcije. Rijetko se može razviti rezistencija na određeni kortikosteroidni pripravak (tahiflaksija) kada treba promijeniti lijek.

Analozi vitamina D

Analozi vitamina D3, kalcipotriol i takalcitol su odobreni za lokalno liječenje psorijaze.

Učinak analoga vitamina D3 posredovan je receptorima u jezgri stanice, smanjujući sintezu proupalnih citokina. Važan je i učinak sprječavanja proliferacije keratinocita i pojačavanja diferencijacije.

Ima i imunomodulatorne učinke na monocite, T limfocite i Langerhansove stanice. Učinkovitost je slabija od klase III kortikosteroida. Najčešće se koriste u kombinaciji s kortikosteroidima. Nuspojave uključuju iritaciju, osobito ukoliko se primjene na licu. Fiksna kombinacija betametazona i kalcipotriola u obliku gela, masti i spreja danas se najčešće koristi u prvoj liniji lokalne terapije.

Inhibitori kalcineurina

Iako nisu odobreni za liječenje psorijaze, i takrolimus mast i pimekrolimus krema su se pokazali učinkovitima u liječenju psorijaze lica i intertriginoznih predjela. Inhibitori kalcineurina smanjuju sintezu brojnih upalnih citokina važnih u patogenezi psorijaze. Najvažniji farmakološki učinak je inhibicija citoplazmatskog enzima kalcineurin fosfataze i inhibicija aktivacije mastocita. Učinkovitost se uspoređuje s djelotvornošću umjereno jakih kortikosteroida (*II skupina*). Primjena inhibitora kalcineurina tijekom trudnoće i dojenja spada u kategoriju C, te se njima ne preporuča primjena ovih preparata.



FOTOTERAPIJA

U dermatologiji se, u terapijske svrhe, koristi UVA (315-400 nm) i UVB (280-320 nm) svjetlo.

UVB fototerapija

Smatra se da UVB svjetlo djeluje kao imunomodulator. Ciljne stanice su Langerhansove stanice i keratinociti.

Uskosppektralna UVB fototerapija (311 nm) je danas najčešći oblik fototerapije. Samo povremeno se još uvijek koristi širokosppektralna UVB fototerapija.

Početna doza obasjavanja se u svakodnevnom radu odabire prema tipu kože. Tijekom izvođenja fototerapije doza obasjavanja se postupno povećava. Fototerapija se obično provodi tri do pet puta tjedno tijekom četiri do pet tjedana. Kontraindikacije za provođenje fototerapije uključuju bolesnike liječene zbog melanoma, sindrom displastičnih nevusa, bolesnike koji boluju od autoimunih bolesti, Xeroderma pigmentosum te Bloomov sindrom.

Učinkovitost fototerapije dokazana je brojnim kliničkim istraživanjima. Nakon 4 do 6 tjedana fototerapije PASI 75 postiže 50-75% bolesnika.

Fotokemoterapija

PUVA fotokemoterapija označava primjenu fotosenzibilizirajućih tvari psoralena (P) i UVA obasjavanja u liječenju psorijaze. Koristi se kod težih oblika bolesti, sa zahvaćanjem > 30% površine kože.

Fotosenzibilizator, najčešće 8-metoksipsoralen, se može primijeniti peroralno, lokalno u kupkama (*PUVA kupke*) ili primijenjen u kremi (*PUVA krema*). Potom se koža izlaže UVA zrakama.

Psoralen se aktivira pod utjecajem svjetla i kovalentno veže na DNA lance te na taj način ometa sintezu proteina i diobu stanica. Fotokemoterapija u psorijazi ima antiproliferacijsko, apoptotičko, antiangiogeno djelovanje, te ima supresijski učinak na imunološki sustav.

Prije planiranja PUVA terapije potrebno je učiniti kompletan dermatološki pregled cijelog tijela. Također je potrebno učiniti standardnu laboratorijsku obradu, ANF (antinuklearni faktor) te pregled okulista.

Početna doza se može odrediti prema tipu kože ili određivanjem minimalne fototoksične doze (MPD).

Broj tjednih obasjavanja je ograničen, zbog moguće kumulacije fototoksičnosti i provodi se prema posebnim protokolima.

Učinkovitost fotokemoterapije dokazana je brojnim kliničkim istraživanjima. Nakon 4 do 6 tjedana fotokemoterapije PASI 75 postiže 75 -100% bolesnika.

Nuspojave PUVA fotokemoterapije

Rane: eritem, PUVA svrbež – simptom fototoksičnosti, bolnost kože.

Kasne: povećani rizik nastanka malignih tumora kože.

Apsolutne kontraindikacije za provođenje PUVA fotokemoterapije uključuju genetske bolesti koje dovode do pojačane fotoosjetljivosti, melanom u anamnezi, fotodermatoze (lupus erythematosus), trenutno postojanje malignih tumora kože, terapija ciklosporinom, trudnoća i dojenje.

Kombinacija fototerapije i fotokemoterapije s drugim oblicima liječenja psorijaze

Preporuča se fototerapiju i fotokemoterapiju primjenjivati u kombiniranom liječenju kako bi se povećala učinkovitost, a smanjilo ukupno kumulativno izlaganje UV zrakama, a time i rizik mogućih dugoročnih štetnih učinaka.

Od lokalne terapije s fototerapijom i fotokemoterapijom se mogu kombinirati kortikosteroidi, ditranol i analozi vitamina D. Retinoid acitretin je pogodan za sustavnu kombinacijsku terapiju (Re-UVB, Re-PUVA).



KONVENCIONALNA TERAPIJA



KONVENCIONALNA TERAPIJA

doc.dr.sc. Iva Blajić, dr.med.
spec. dermatovenerolog



KONVENCIONALNA TERAPIJA

Konvencionalna terapija u psorijazi se koristi ako promjene na koži zauzimaju površinu kože veću od 10%, ako lokalna terapija nije učinkovita s obzirom na aktivnost bolesti i ako je kvaliteta života bolesnika sa psorijazom narušena.

Bitno je razumijeti da svaki lijek u medicini nosi svoje potencijalne nuspojave pa tako i sistemska konvencionalna terapija koja se koristi za liječenje psorijaze, ali je bitno istaknuti da se ta terapija u liječenju koristi više desetljeća te da su dermatolozi upoznati s načinom praćenja bolesnika za vrijeme sistemske terapije i mogućih nuspojava.

Dobra komunikacija s dermatologom omogućuje bolju suradljivost bolesnika sa psorijazom u liječenju sistemskim konvencionalnim lijekovima.

U Hrvatskoj su za liječenje psorijaze dostupni protuupalni lijekovi imunosupresivi: metotreksat i ciklosporin te derivat vitamina A acitretin.

Svaki od navedenih lijekova ima svoj način stišavanja upale kod psorijaze s kojom se postiže različita učinkovitost kod pojedinog bolesnika. Također svaki od ovih lijekova ima svoje moguće nuspojave, koje mogu biti češće i rjeđe, a s kojima se bolesnici trebaju upoznati na početku liječenja te razumjeti važnost redovitog praćenja laboratorijskih nalaza i eventualno drugih pretraga.

Metotreksat je lijek koji se primjenjuje u medicini za brojne upalne bolesti te treba naglasiti da lijek ne djeluje specifično na psorijazu nego ima učinak na imunološki sustav na način da stišava upalu s visokom učinkovitosti kod bolesnika sa psorijazom, na kožu i nokte, i psorijatičnim artritisom. Lijek se daje u obliku tableta i u obliku potkožnih injekcija što omogućuje bolju raspodjelu po organizmu, a time i veću učinkovitost. Obavezna je njegova primjena uz vitamin B folnu kiselinu jer metaboliziranje metotreksata u organizmu onemogućuje dovoljnu sintezu folne kiseline. Terapija metotreksatom je jednostavna

utoliko što se lijek uzima jedan dan u tjednu koji se odabere, a folna kiselina dan ili dva nakon, isto jedan dan u tjednu.



Za potpuni učinak metotreksata treba biti strpljiv jer se učinkovitost vidi nakon mjesec dana do puna tri mjeseca.

Neke osobe nemaju sposobnost dobro metabolizirati metotreksat te se posljedično javlja osjećaj mučnine i lošeg osjećaja nakon primjene lijeka. Ta nuspojava je jedna od češćih te joj se može doskočiti ili promjenom oblika lijeka iz tableta u injekcije ili drugačijim režimom primjene folne kiseline.

Druge nuspojave su moguće promjene jetrenih nalaza kao i promjene u osnovnoj krvnoj slici što se prati redovitim nalazima krvi, u početku terapije češće, a ako su nalazi uredni onda i rjeđe. Kod osoba koje imaju oštećenu funkciju bubrega treba prilagoditi dozu lijeka.

Sve navedeno je u vođenju dermatologa, redovitim praćenju bolesnika i njihovih nalaza.

Ako bolesnik ima nuspojave i ukoliko učinko-

vitost terapije nije dovoljna prelazi se na drugi oblik sistemske terapije. Ono što je najbitnije za istaknuti je da ženske osobe koje uzimaju metotreksat u terapiji ne smiju zatrudnjati zbog teratogenog učinka lijeka kao niti iduća 3 mjeseca nakon što se lijek ukine.

Kod muškaraca je još uvijek kontroverzna tema primjene metotreksata i utjecaja na spermogram jer novija znanstvena istraživanja ukazuju da nema dokazanog negativnog utjecaja.

Treba nadodati da parove koji su u potpomognutim metodama planiranja obitelji ne treba opterećivati uzimanjem metotreksata, ali treba odlučiti na koji drugi način liječiti oboljele s obzirom na aktivnu upalnu bolest kao što je psorijaza s negativnim učinkom na reproduktivnu sposobnost i muškaraca i žena.

Ciklosporin se u hrvatskoj dermatološkoj praksi primjenjuje rjeđe za liječenje psorijaze jer lijek ide na financijski teret zdravstvenih ustanova, a ne HZZO-a.

Lijek je u većini slučajeva rezerviran za bolesnice sa psorijazom koje su trudne, doje ili planiraju obitelj u skorije vrijeme jer nema teratogeni učinak.

Lijek stišava imunološki sustav na drugačiji način od metotreksata te smiruje upalu kod psorijaze. Primjenjuje se ovisno o tjelesnoj težini jedanput na dan. Za vrijeme primjene ciklosporina potrebno je praćenje laboratorijskih nalaza i krvnog tlaka te se ne preporuča njegova primjena dulja od godinu dana.

Za razliku od metotreksata lijek brže počne djelovati i ima visoku učinkovitost.

Acitretin je drugi najčešći izbor sistemskog lijeka čije djelovanje se sastoji u smanjenju sazrijevanja stanica u površnom sloju kože što je kod psorijaze ubrzano i obilježeno stvaranjem bjelkastih ljusaka na koži.

Lijek je u obliku kapsula i daje se ovisno o tjelesnoj težini jedanput na dan.





Najčešća nuspojava acitretina je suhoća kože i sluznica što mnoge bolesnike ograniči u uzimanju terapije. Potrebno je naglasiti stalno vlaženje i mašćenje usnica, kože i drugih sluznica tijekom terapije acitretinom.

Druge nuspojave su rjeđe i potrebno ih je prokomentirati s dermatologom.

Bitno je naglasiti da učinkovitost acitretina nije visoka kao kod primjene metotreksata, s iznimkom visoke učinkovitosti na psorijazu dlanova i tabana. Također lijek u kombinaciji s fototerapijom ima uzajamni pozitivni terapijski odgovor.

Nadalje, bitno je istaknuti da se acitretin ne smije davati bolesnicama koje planiraju zatrudnjeti jer je teratogen, a trudnoća se može planirati 3 godine nakon prekida liječenja.

Dermatolozi svakom bolesniku sa psorijazom prema standardima zdravstvene zaštite pristupaju individualno u izboru konvencionalne terapije ovisno o njihovoj težini psorijaze, utjecaju na kvalitetu života, ali i spolu, dobi, načinu života i rada te drugim pridruženim bolestima.



BIOLOŠKA TERAPIJA

prof.dr.sc. Romana Čević, dr.med.
spec. dermatovenerolog
uži spec. dermatološke onkologije

BIOLOŠKA TERAPIJA

Veliki napredak u razumijevanju imunopatogeneze psorijaze posljednjih desetljeća, kao i razvitak novih biotehnoloških metoda, omogućio je razvoj bioloških lijekova za liječenje psorijaze. Biološki lijekovi doveli su do značajne promjene u liječenju psorijaze u posljednjih petnaestak godina. Radi se o specifičnim protutijelima i fuzijskim proteinima sintetiziranim rekombinantnom DNK tehnologijom koji blokiraju specifične molekularne ciljeve i pružaju novi koncept u liječenju psorijaze.

Liječenje modernom biološkom terapijom omogućuje oboljelima od psorijaze čistu ili gotovo čistu kožu te dugoročnu kontrolu bolesti. Dobro poznavanje karakteristika pojedinih bioloških lijekova omogućuje precizniju personalizaciju terapije, što rezultira boljim učinkom i duljom djelotvornošću lijeka te, posljedično, povećanjem kvalitete života oboljelih i smanjenjem utjecaja psorijaze na razvoj drugih bolesti. Uporabom bioloških lijekova psorijaza se ne može izliječiti, ali se mogu ukloniti vidljivi simptomi i postići čista koža.

Biološki lijekovi predviđeni su za liječenje srednje teških do teških oblika kronične plak psorijaze kod bolesnika koji nisu reagirali (ili ne podnose ili imaju kontraindikaciju) na najmanje dva različita sustavna lijeka, uključujući uskoppektralnu UVB terapiju, PUVA terapiju, retinoide, ciklosporin i metotreksat. Dodatni kriteriji za njihovu primjenu su psorijatični artritis te zahvaćenost posebnih lokalizacija kao što su lice, genitalna regija, zahvaćenost dlanova i stopala te nokti.

Prije liječenja biološkim lijekovima treba isključiti aktivnu i latentnu tuberkulozu (TBC), druge teške infektivne bolesti, demijelinizirajuću bolest, malignom, kongestivnu srčanu bolest i trudnoću.

U terapiji psorijaze danas se primjenjuje više skupina bioloških lijekova: antagonisti TNF- α (adalimumab, etanercept i infliksimab), antagonist IL 12/23 (ustekinumab), antagonisti IL-17A (secukinumab, ixekizumab, bimekizumab) te antagonist IL-23 (guselkumab, risankizumab).

Uz biološke lijekove danas se u liječenju psorijaze i psorijatičnog artritisa primjenjuju i bioslični lijekovi koji su vrlo slične kopije originalnog biološkog lijeka za koje proizvođač dokazuje visoko sličan učinak i profil nuspojava.

Sve biološke i bioslične lijekove pacijenti primaju u obliku potkožnih injekcija, a neke i infuzijama u razmacima ovisno o kojem se lijeku radi, od jedanput tjedno do jedanput svaka dva ili tri mjeseca.

Uz navedene oblike liječenja u suvremenoj terapiji psorijaze primjenjuju se i tzv. ciljane male molekule koje blokiraju signalne putove unutar upalnih stanica.

To su lijekovi apremilast i deukravacitinib koji se uzimaju u obliku tableta.

Biološki lijekovi registrirani u Republici Hrvatskoj su:

antagonisti TNF- α (*adalimumab, etanercept i infliksimab*),

antagonist IL 12/23 (*ustekinumab*),

antagonisti IL-17A (*secukinumab, ixekizumab, bimekizumab*)

antagonisti IL-23 (*guselkumab, risankizumab*).

KOMORBIDITETI U PSORIJAZI

doc.dr.sc. Antoanela Čarija, dr.med.
spec. dermatovenerolog
uži spec. dermatološke onkologije

KOMORBIDITETI U PSORIJAZI

Psorijaza je upalna multisustavna bolest koja uz kožu može zahvatiti i brojne druge organske sustave. Danas često govorimo o psorijatičnoj bolesti, koja osim kože obuhvaća i zglob te oko. Uz psorijazu javljaju se i brojne pridružene bolesti poput hipertenzije, dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, upalnih bolesti crijeva - koje još nazivamo komorbiditetima. Psorijaza je s većom učestalošću povezana sa psihičkim i psihijatrijskim poremećajima. Bolesnici sa psorijazom imaju dva puta veći rizik za razvoj pretilosti, hipertenzije i kardiovaskularne insuficijencije, te 1,5 puta veći rizik za razvoj dijabetesa i infarkta miokarda. Bolesnici s teškom psorijazom imaju povećanu smrtnost zbog razvoja hipertenzije, srčane insuficijencije i koronarne arterijske bolesti. Ove bolesti kao i psorijaza karakterizirane su sustavnom upalom.

Komorbiditete stoga dijelimo na one povezane sa sustavnom upalom

(pretilost, metabolički sindrom, ateroskleroza, infarkt miokarda, hipertenzija i dijabetes);

komorbiditete povezane s narušenom kvalitetom života *(anksioznost, depresija, suicidalne ideje, pušenje i alkoholizam)* te

komorbiditete povezane s terapijom koju koristimo u liječenju psorijaze *(toksično oštećenje bubrega (ciklosporin) ili jetre (metotreksat), ili recimo povećana učestalost ne-melanomskih kožnih karcinoma nakon dugotrajne PUVA terapije).*

Psorijaza i metabolički sindrom

I psorijaza i pretilost su sustavna upalna stanja. Psorijaza se češće javlja u pretilih osoba. Pretile osobe češće imaju teži oblik bolesti i lošiju prognozu. Ti bolesnici učestalije imaju povišene vrijednosti triglicerida i kolesterola što je važan čimbenik rizika za razvoj ateroskleroze i posljedično kardiovaskularnih bolesti. Danas se psorijaza smatra neovisnim čimbenikom kardiovaskularnog rizika gotovo u istoj mjeri kao dijabetes. Stoga je važno bolesnike sa psorija-

zom, liječiti rano i po smjernicama s učinkovitim terapijama.



Bolesnici sa psorijazom češće razvijaju simptome depresije u odnosu na opću populaciju pa i u odnosu na bolesnike s drugim dermatološkim bolestima. Bolesnici sa psorijazom češće se samoizoliraju zbog osjećaja srama i prethodnih traumatičnih iskustava, osobito ako boluju od psorijaze od ranog djetinjstva. Psorijaza značajno i vrlo intenzivno utječe na kvalitetu života. Danas dermatolozi tim psihičkim komorbiditetima pristupaju vrlo aktivno. Intenzitet narušenosti kvalitete života je čimbenik koji se koristi u procjeni težine bolesti, kao i pri odluci o primjeni sustavne terapije neovisno o težini kliničke slike same psorijaze.

Psorijaza i psorijatički artritis

Psorijatički artritis (PsA) se danas smatra dijelom psorijatične bolesti, a ne klasičnim komorbiditetom. Psorijatički artritis se javlja u 30-40% bolesnika sa psorijazom. U 85% slučajeva psorijaza prethodi (i to za oko 10 godina) psorijatičnom artritisu. Samo u oko 5% slučajeva prvi simptomi su zglobne manifestacije, a psorijaza se javlja nakon PsA, time se dijagnoza odgađa i do 5 godina. Nokti su često zahvaćeni u psorijazi, no s većom učestalošću (70-80%) u bolesnika sa PsA. Stoga zahvaćenost noktiju smatramo prediktorom težeg oblika bolesti i znakom možebitnog razvoja PsA.

Dermatolozi danas sukladno kliničkim smjernicama, trebaju informirati bolesnika o psorijazi i mogućem povišenom riziku za razvoj komorbiditeta, napose metaboličkih bolesti. Bolesnik s druge strane treba biti otvoren i treba upoznati dermatologa sa simptomima i bolestima koje nisu direktno vezane sa psorijazom kako bi liječenje moglo biti sveobuhvatnije i uspješnije. Zbog velikog broja komorbiditeta pristup bolesniku sa psorijazom mora biti multidisciplinarni te uključivati liječenje psorijatične bolesti uz prevenciju, rano prepoznavanje i odgovarajuće liječenje komorbiditeta.





NAFTALANOTERAPIJA



NAFTALANOTERAPIJA

prim. Gordana Krnjević-Pezić, dr.med.
spec. dermatovenerolog

NAFTALANOTERAPIJA

Psorijaza je genski uvjetovana kronična upalna bolest kože. Jedna je od najčešćih kožnih bolesti, a u Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,7% stanovništva. Od psorijaze podjednako obolijevaju oba spola. Može se pojaviti u svakoj životnoj dobi, najčešće između 20. i 40. godine života. Psorijaza se često pojavljuje i u dječjoj dobi.

Psorijaza znatno utječe na kvalitetu života bolesnika, njegovo fizičko i psihičko zdravlje, radnu sposobnost, odnose u obitelji.

Danas se psorijaza smatra sustavnim upalnom bolešću, a uz psorijazu, naročito teže oblike, pojavljuju se tzv. pridružene bolesti kao što su psorijatični artritis kod 5-35% oboljelih, hipertenzija, šećerna bolest, bolesti srca, prekomjerna tjelesna težina, depresija, čak i sklonost samoubojstvu. Ovisnost o alkoholu i cigaretama češća je u bolesnika sa psorijazom nego u zdravoj populaciji.

Odabir liječenja ovisi o težini bolesti. Preporuke za liječenje možemo naći u smjernicama za liječenje psorijaze.

Smjernice Hrvatskog dermatovenerološkog društva za liječenje psorijaze objavljene su 2021. godine. U Smjernicama je navedena naftalanoterapija psorijaze kao jedna od mogućnosti liječenja blage i srednje teške psorijaze.

Ljekoviti učinci naftalana poznati su više od 100 godina. Naftalan se dobiva iz posebne vrste nafte - naftenske nafte, koja se svojim sastavom razlikuje od nafte koja se koristi u industrijske svrhe. Naftenska nafta sadrži malo lakih spojeva (benzina i kerozina), ali je bogata policikličkim ugljikovodicima, spojevima čija je struktura slična strukturi nekih hormona i vitamina. Upravo se tim spojevima pripisuju ljekovita svojstva naftalana.

Naftalan djeluje protuupalno i regulira rast i razvoj stanica kože u psorijatičnoj promjeni. Pro-

tuupalni učinak naftalana dovodi do umanjenja bolnosti i otekline zglobova u bolesnika sa psorijatičnim artritisom.

Naftalanoterapija se primjenjuje u obliku kupki u kadama s naftalanom, premazivanja cijelog ili dijelova tijela, kao kontaktni medij pri primjeni ultrazvuka ili s istosmjernom strujom. Primjenjuje se i kruti pripravak naftalan – mastika. Lokalno se na oboljelu kožu primjenjuju Naftalanska krema i Naftalan ulje.

Naftalanske kupke provode se u kadama s naftalanom jednom dnevno kroz 12-15 minuta. Temperatura naftalana u kadi je 36-38°C, a bolesnik je uronjen u naftalan do bradavica dojki. Preporuča se provesti naftalanotereapiju u trajanju 2-4 tjedna, kroz šest dana u tjednu. Naftalanoterapiju možemo kombinirati s fototerapijom, kao i ostalim lijekovima za lokalno ili sustavno liječenje psorijaze ili psorijatičnog artritisa.

Kontraindikacije za primjenu naftalanskih kupki su teška srčana bolest, neregulirane visoke vrijednosti krvnog tlaka, neregulirana šećerna bolest, teško oštećenje jetre ili bubrega. U takvih bolesnika naftalanoterapija se može primijeniti premazivanjem cijele kože naftalanskim uljem.

Prema dosadašnjem iskustvu, naftalanoterapija nema štetnih učinaka na ljudski organizam, čak niti u onih bolesnika koji su liječeni naftalanoterapijom više od 20 puta.

Naftalanoterapija se pokazala učinkovitom u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom, te predstavlja jednu od mogućnosti liječenja takvih bolesnika.

PSORIJAZA U DJEČJOJ DOBI

PSORIJAZA U DJEČJOJ DOBI

izv.prof.dr.sc.Suzana Ožanić Bulić, dr.med.
spec.dermatovenerolog
uži spec. pedijatrijske dermatovenerologije



PSORIJAZA U DJEČJOJ DOBI

Psorijaza dječje dobi značajno se razlikuje od psorijaze odraslih.

Najviše je oboljele djece u zapadnoeuropskim zemljama, dok na dalekom istoku gotovo nema oboljelih.

Bolest je češća i ranije se javlja u djevojčica. Udio oboljelih je najveći u dobi od 9. do 13. godine, značajno je manji između 5. i 8. godine, a najmanji u ranoj dječjoj dobi do 4. godine života.

Psorijaza u djece više svrbi, promjene su manje zadebljane, mekše i manje se ljušte. Kožne promjene mogu biti različite distribucije i izgleda, a češće se javljaju na licu i pregibima poput pazuha i prepona, ali i u pelenskoj regiji (*pelenska psorijaza*), stoga postavljanje dijagnoze ponekad predstavlja izazov.

Poseban oblik psorijaze dječje dobi je kapljičasta psorijaza, često povezana sa streptokoknom infekcijom i za razliku od psorijaze u odraslih, može u potpunosti proći, osobito u djece koja u obitelji nemaju oboljelih od psorijaze.

Za razliku od kapljičaste psorijaze, u klasičnoj plak psorijazi više od polovice djece ima oboljelog člana obitelji.

Psorijaza nije samo kožna bolest. Često ju prate psorijatični artritis, povišen krvni tlak, povišene masnoće u krvi, debljina, ali i depresija, osobito u adolescenata.

Budući se radi o čestoj kožnoj bolesti povezanoj s brojnim komorbiditetima, posebnu je pažnju potrebno posvetiti ranom otkriću i liječenju komorbiditeta u djece i adolescenata.

Zanimljivo je da većina djece oboli od psorijatičnog artritisa u ranoj dječjoj dobi, a čak u 80% djece zahvaćenost zglobova javlja se prije pojave kožnih promjena. Upravo zato je od velike važnosti rana suradnja dermatologa i reumatologa. Postoji uska povezanost psorijaze, debljine i metaboličkog sindroma

(povišene masnoće i jetreni nalazi).

Masno tkivo je izvor upalnih citokina, tvari koje potiču aktivnost psorijaze. Dokazano je da su djeca oboljela od psorijaze češće pretela od vršnjaka. Smanjenje tjelesne težine oboljelih je težak zadatak i često je potrebno u liječenje uključiti nutricionista i endokrinologa.

Ne smijemo zaboraviti psihički aspekt bolesti. Zbog vidljivih kožnih promjena oboljeli su od najranije dobi često predmet izrugivanja vršnjaka i stigmatizacije.

Stoga ne čudi da je upravo u djece i adolescenata oboljelih od psorijaze uočena povećana učestalost depresije, anksioznosti i rizičnog ponašanja.

Ozbiljni komorbiditeti su stvarnost koja prati psorijazu od najranije dobi i značajno utječu na ishode liječenja. Izuzetno je važno rano prepoznati i liječiti bolest kako bi se spriječio negativan kumulativni utjecaj psorijaze na kvalitetu života malih bolesnika i njihovih obitelji. Psorijaza se danas izuzetno uspješno liječi. Odabir liječenja ovisi o težini bolesti koju procjenjuje liječnik primjenom alata poput PASI indeksa i upitnika DLQI za procjenu kvalitete života.

Blaga bolest koja zahvaća manju površinu tijela (npr. laktovi, koljena) se uspješno liječi kombinacijom kortikosteroida i analoga vitamina D u pjeni, masti ili gelu, a primjenjuju se prema uputi dermatologa.

Psorijaza lica, vrata i osjetljivih dijelova tijela poput pazuha, prepona i genitalne regije liječi se imunomodulatorima poput takrolimus masti i pimekrolimus kreme. Umjereno teška do teška psorijaza zahvaća više od 10% površine tijela (znači više od 10 dlanova) i u tom slučaju nije dovoljno propisati samo lokalni pripravak (npr. mast ili kremu), već je potrebno razmotriti druge oblike liječenja. Jedan oblik je fototerapija. Predstavlja primjenu UVB svjetla u strogo kontroliranim uvjetima.

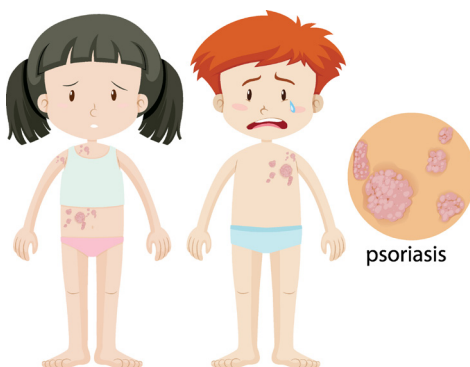


Prikladna je za osobe kojima se psorijaza poboljšava ljeti nakon izlaganja suncu.

Ograničavajući čimbenik je udaljenost mjesta stanovanja od centara koji provode fototerapiju. Teži oblici psorijaze se i u djece liječe imunosupresivnom terapijom. Prvi izbor od klasičnih sistemskih lijekova je metotreksat. Sistemska terapija je u potpunosti sigurna kada se primjenjuje u dječjoj dermatološkoj ambulanti, a provodi ju liječnik s dugogodišnjim iskustvom liječenja djece sa psorijazom.

Osim klasičnih imunosupresivnih lijekova danas u liječenju djece sa psorijazom primjenjujemo pametne lijekove koje nazivamo biološkom terapijom. Biološka terapija je sigurna za primjenu u djece i dugogodišnji podaci praćenja oboljelih ukazuju na veliku učinkovitost uz minimalne neželjene učinke. Odobrena je već od 4. godine života za djecu s teškom psorijazom. Nekoliko je bioloških lijekova dostupno na recept i njihova primjena je danas sastavni dio liječenja psorijaze. Poboljšanje od 90 do 100%, odnosno potpuni ili gotovo potpuni nestanak psorijaze danas predstavlja realan cilj liječenja psorijaze, a ostvariv je zahvaljujući novim, pametnim lijekovima.

Ranim, učinkovitim i sigurnim liječenjem djece i adolescenata s umjerenom do teškom plak psorijazom imamo priliku spriječiti negativan kumulativan učinak psorijaze na fizičko i mentalno zdravlje oboljelih.





SEKSUALNO ZDRAVLJE I PSORIJAZA

SEKSUALNO ZDRAVLJE I PSORIJAZA

Marija Šola, dr.med.
spec.dermatovenerolog

SEKSUALNO ZDRAVLJE I PSORIJAZA

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) seksualno zdravlje definira kao: "...stanje tjelesnog, emocionalnog, mentalnog i društvenog blagostanja u odnosu na seksualnost; to nije samo odsutnost bolesti, disfunkcije ili slabosti.

Seksualno zdravlje zahtijeva pozitivan pristup seksualnosti i seksualnim odnosima punim poštovanja, kao i mogućnost ugodnog i sigurnog seksualnog iskustva, bez prisile, diskriminacije i nasilja. Da bi se spolno zdravlje postiglo i održalo, seksualna prava svih osoba moraju se poštovati, biti zaštićena i ispunjena."

Seksualno zdravlje je, dakle, vrlo važan segment cjelokupnog zdravlja pojedinca i stoga na seksualno zdravlje i seksualnost značajno negativno utječe prisutnost bolesti.

Kožne bolesti su specifične jer su uočljive i često značajno narušavaju kvalitetu života oboljelih osoba koje se nerijetko osjećaju stigmatizirano.

Psorijaza je kronična imunološki posredovana bolest kože, adneksa kože; karakterizirana nastankom tipičnih eritematoznih plakova koji se više ili manje ljušte, često je udružena s psorijatičnim artritismom i nizom pridruženih bolesti i stanja.

Osobe oboljele od psorijaze često se ne osjećaju ugodno u svojoj koži, imaju manjak samopouzdanja, upravo zbog vidljivih psorijatičnih kožnih promjena, a to se reflektira i na seksualnost.

Prema istraživanju provedenom još 1997. 40,8% oboljelih od psorijaze ima nekakav oblik seksualne disfunkcije. 25% svih oboljelih od psorijaze navodi reduciranu seksualnu aktivnost.

Negativan učinak psorijaze na seksualno zdravlje može biti posljedica nekoliko čimbenika: promijenjenog tjelesnog izgleda, osjećaja nelagodnosti uslijed obilnog ljuštenja kože ili uslijed primjene topikalne terapije, smanjenog libida.

Zbog prisutnosti kožnih promjena oboljele osobe se često osjećaju tjelesno neprivlačno, stoga se povlače u sebe, izbjegavaju socijalne kontakte, izbjegavaju komunikaciju s potencijalnim ili postojećim partnerima što rezultira narušenom kvalitetom seksualnog zdravlja.

Osobit problem oboljelima predstavlja zahvaćenost genitalne regije. Osim psihološkog tereta koji psorijaza donosi oboljelima, genitalne psorijatične lezije mogu biti praćene i neugodnim senzacijama u vidu svrbeža, osjeta pečenja, pucanja kože i nastanka plićih ragada, bolnosti te predstavljaju objektivni problem zbog kojih oboljeli izbjegavaju seksualne odnose.

Kod muškaraca može biti prisutna i erektilna disfunkcija. Erektalna disfunkcija je usko povezana s uznapredovalom aterosklerozom, stoga je važno komunicirati svom liječniku postojanje iste kako bi se na vrijeme moglo poduzeti odgovarajuće terapijske postupke.

Važno je imati na umu da psorijaza nije zarazna bolest te da se psorijaza danas može izvrsno liječiti kombiniranjem sustavne i lokalne terapije. Sve oboljele osobe trebaju bez ustručavanja dermatologu i svom liječniku obiteljske medicine skrenuti pozornost na promjene u genitalnoj regiji kako bi pravovremeno dobile adekvatnu terapiju.

Također, ukoliko oboljela osoba ima neku od seksualnih poteškoća, važno je komunicirati ju svom dermatologu i svom liječniku obiteljske medicine kako bi se moglo pravodobno terapijski intervenirati, u proces liječenja uključiti psihologa, psihijatra, seksualnog terapeuta.

Prema dostupnim istraživanjima uspješno liječenje psorijaze rezultiralo je većim zadovoljstvom vlastitim seksualnim zdravljem. Dakle, ključno za osobu oboljelu od psorijaze je potražiti liječničku pomoć, jer iako se radi o kroničnoj bolesti danas imamo dostupne razne izvrsne terapijske opcije.



Od općih mjera važno je nositi udobno donje rublje od prirodnih materijala, održavati higijenu genitalne regije preparatima namijenjenim za pranje tog područja, osobito je to važno za žene (*birati sindete s niskim PH vrijednostima*), koristiti toaletni papir bez dodataka mirisa, a za muškarce je od osobite važnosti pri svakom tuširanju prevlačiti prepucij kako bi se izbjeglo nakupljanje smegme.

Važno je kožu cijelog tijela, pa tako i genitalne regije njegovati odgovarajućim emolijensima. Genitalno se mogu primjenjivati emolijensi s dekspantenolom ili dodatkom bakra i cinka koji djeluju antimikrobno.

U slučaju postojanja vaginalne suhoće mogu se primjenjivati odgovarajući lubrikanti.

Seksualno zdravlje je važan aspekt zdravlja pojedinca, stoga multidisciplinarnim pristupom liječenju oboljele osobe i adhezijom oboljele osobe za liječenje moguće je živjeti život punim plućima unatoč psorijazi.



TRUDNOĆA I PSORIJAZA

TRUDNOĆA I PSORIJAZA

Marija Šola, dr.med.
spec.dermatovenerolog

TRUDNOĆA I PSORIJAZA

Psorijaza je kronična imunološki posredovana bolest kože i adneksa kože koja se javlja u genetski predisponiranih osoba.

Znači, moguće je potomstvu prenijeti gene koji sudjeluju u nastanku bolesti i budući roditelji trebaju biti svjesni te činjenice.

U većine žena mogućnost trudnoće, tijekom trudnoće i porod ne razlikuju se od trudnoće i poroda u žena koje ne boluju od psorijaze. Od izuzetne važnosti je trudnoću planirati. Naime, liječenje psorijaze podrazumijeva primjenu lokalne i sustavne terapije.

Pojedini lijekovi se ne smiju primjenjivati u trudnica radi njihovog štetnog učinka na plod, stoga je važno ne uzimati takve lijekove određeni vremenski period prije začeća. Vremenski interval u kojemu žena koja planira trudnoću ne smije uzimati pojedini lijek je za svaki od štetnih lijekova definiran, stoga je od presudne važnosti da svaka žena otvoreno komunicira sa svojim dermatologom o planiranju trudnoće kako bi potencijalno štetan lijek na vrijeme bio isključen iz terapije.

Tijekom trudnoće u 40 do 60% žena psorijaza se poboljša, što se objašnjava hormonalnim i imunološkim promjenama koje se fiziološki odvijaju u trudnoći.

Nažalost, u oko 20% žena psorijaza se u trudnoći pogorša.

Pri izboru vrste liječenja u trudnoći važno je uzeti u obzir težinu kliničke slike psorijaze i potencijalni utjecaj lijeka na plod te ovisno o tome odabrati modalitet liječenja.

Za primjenu u trudnoći sigurni su emolijensi i hidratantne kreme; kreme, masti i losioni s kortikosteroidima; preparati s malim postotkom salicilne kiseline (*kratkotrajno i na ograničenim površinama tijela*). Samo lokalna terapija bit će dovoljna kod lakših oblika psorijaze.

Kada je u pitanju umjerena do teška psorijaza

najbolja terapijska opcija je primjena fototerapije - uskospektralne **UVB fototerapije** (*nb-UVB*).

Važno je naglasiti da se uz primjenu nb-UVB fototerapije treba uzimati preparat folne kiseline peroralno jer nb-UVB fototerapija može dovesti do snižavanja serumske razine folata, a folna kiselina je neophodna za razvoj fetusa.



Acitretin je lijek koji se koristi za sustavno liječenje psorijaze, ali njegov metabolit se odlaže u masnom tkivu te je neophodno da žena koja planira trudnoću ne uzima acitretin 3 godine prije planiranog začeća. Iz navedenih razloga acitretin se niti ne propisuje ženama generativne dobi.

Metotreksat je lijek koji se vrlo često koristi u liječenju umjerene i teške psorijaze. Primjena metotreksata je strogo kontraindicirana u trudnoći jer lijek ima teratogeni učinak na fetus. Stoga se savjetuje metotreksat isključiti 3 mjeseci prije planiranog začeća.

U slučaju teške psorijaze kada je sustavna terapija u trudnoći neophodna dolazi u obzir primjena ciklosporina ili pojedinih bioloških lijekova.

Certolizumab pegol je biološki lijek iz skupine TNF- α inhibitora i jedini ne prelazi placentarnu barijeru te se smatra sigurnim za primjenu u trudnoći.

Od ostalih lijekova u trudnoći se mogu koristiti i ostali TNF- α inhibitori: adalimumab, etanercept, infliksimab, ali se primjena istih obustavlja nakon 2. tromjesečja trudnoće jer mogu interferirati s razvojem imunološkog sustava u novorođenčeta.

Podaci o primjeni ostalih bioloških lijekova još nisu dovoljni za savjetovanje nastavka liječenja tim lijekovima tijekom trudnoće te se isti u trudnoći ne primjenjuju.

Psorijaza koja je bila u remisiji za vrijeme trudnoće u postpartalnom periodu se najčešće pogorša, a što se opet pripisuje utjecaju hormona.

Pristup liječenju u postpartalnom periodu će ovisiti o tome doji li roditelja ili ne.

Psorijazu u trudnoći je potrebno liječiti, a za to je važna dobra suradnja i multidisciplinarni pristup liječenju ginekologa i dermatologa.

Od izuzetne važnosti je otvorena komunikacija oboljelih žena i muškaraca koji planiraju potomstvo sa svojim dermatologom koji ih liječi kao i sa svojim liječnikom obiteljske medicine te ginekologom.

Najvažnije od svega je trudnoću planirati i na vrijeme isključiti primjenu svih potencijalno štetnih sustavnih lijekova ili lokalnih pripravaka.







PSORIJAZA I PSIHIČKI POREMEĆAJI

doc. dr. sc. Maja Živković, dr. med.
spec. psihijatrije
uži spec. biologijske psihijatrije

PSORIJAZA I PSIHIČKI POREMEĆAJI

Psorijaza je multifaktorijalna, upalna i kronična relapsirajuća bolest kod koje genetičke predispozicije, psihički poremećaji i različiti stresori mogu imati ključnu ulogu.

Psihički poremećaji predstavljaju najčešće komorbiditete kod osoba oboljelih od psorijaze. Unatoč ovim saznanjima, oboljeli još uvijek ostaju nedovoljno prepoznati i liječeni.

Pod posebnim rizikom od razvoja psihičkih poremećaja su žene, osobe mlađe životne dobi, ratni veterani, oboljeli s težom kliničkom slikom psorijaze te osobe s vidljivim kožnim lezijama ili oni koji imaju zahvaćeno anogenitalno područje. Poremećaji spavanja predstavljaju najčešći psihijatrijski komorbiditet kod oboljelih od psorijaze s prosječnom prevalencijom od 62%. Nadalje, u odnosu na opću populaciju, oboljeli od psorijaze imaju povećanu učestalost od razvoja depresije, odnosno čak do 55% oboljelih može imati depresivne simptome.

Iako međuodnos psorijaze i depresije nije u potpunosti razjašnjen, poznato je da ove dvije bolesti dijele određene zajedničke biološke mehanizme te da psorijaza može uzrokovati depresiju, ali isto tako depresija može dovesti do pogoršanja psorijaze. Umjereni i teška depresija je prisutna kod 13,9% oboljelih od psorijaze, a takve kompleksnije kliničke slike mogu biti praćene i suicidalnim ponašanjem.

Osim depresivne simptomatologije, anksioznost je vrlo česta među populacijom oboljelih od psorijaze i može sezati do čak 82,8%. Nerijetko mogu istovremeno biti prisutni simptomi anksioznosti i depresije što može voditi u terapijsku rezistenciju i prolongirano liječenje.

Osobe koje boluju od psorijaze imaju povećan rizik od razvoja bipolarnog poremećaja. Granični poremećaj ličnosti je također važan komorbiditet kod oboljelih s prevalencijom od 17,5%. Konzumacija alkohola i prevalencija zlouporabe alkohola su povećane kod ove populacije.

Sama konzumacija alkohola može doprinijeti razvoju psorijaze. Pretjerana konzumacija alkohola povezana je s težim oblikom kliničke slike i može imati inhibitorni učinak u odgovoru na liječenje. Nadalje, postoji snažna povezanost psorijaze sa sadašnjim i bivšim pušenjem, odnosno povećana prevalencija i incidencija pušenja kod oboljelih od psorijaze pa bi se oboljelima trebale dati snažne preporuke za prestanak pušenja.

Kod oboljelih su često prisutne emocije poput srama i neugode, a to rezultira izbjegavanjem uobičajenih društvenih aktivnosti. Osim toga, nerijetko imaju osjećaj smanjene fizičke i seksualne atraktivnosti, kao i osjećaj bespomoćnosti, ljutnje i frustracije što sve može utjecati na smanjenu kvalitetu svih aspekata života.

Budući da se psihički poremećaji mogu procijeniti i učinkovito liječiti, tijekom liječenja psorijaze trebalo bi osvijestiti teret mentalnog zdravlja za oboljele osobe i sukladno tome educirati ih o povezanosti psorijaze i psihijatrijskih komorbiditeta, kontinuirano evaluirati psihičko zdravlje oboljelih te uputiti psihijatru kada za to postoji indikacija.



PSORIJATIČNI ARTRITIS

PSORIJATIČNI ARTRITIS

dr.sc. Jakov Ivković, dr.med.
spec.fizikalne medicine i rehabilitacije

Katarina Kastner, dr.med.

PSORIJATIČNI ARTRITIS

Psorijatični artritis (*Arthritis psoriatica; PsA*) kronična je upalna reumatska bolest povezana s psorijazom i lokomotornim tegobama. Zahvaćenost kralježnice, perifernih zglobova i struktura povezanih sa zglobovima, ali i izvan zglobne manifestacije svrstavaju psorijatični artritis u skupinu spondiloartritisa.

Nije poznato koliko točno ljudi boluje od psorijatičnog artritisa. Ovisno o izvoru riječ je o 0,1–1% ukupne populacije. Podatci o učestalosti psorijatičnog artritisa u osoba oboljelih od psorijaze variraju, te se raspon kreće od 6 do 41%. Pretpostavka je da u Hrvatskoj oko 15% oboljelih od psorijaze ima pridružen artritis. Iako se može pojaviti u bilo kojoj dobi, psorijatični artritis se najčešće javlja između 30. i 50. godine života. Podjednako je zastupljen među oba spola. Kožne promjene uglavnom prethode zglobnim simptomima, povremeno se javljaju istodobno, dok u otprilike 10–15% slučajeva artritis prethodi psorijatičnim kožnim promjenama.

Točan uzrok psorijatičnog artritisa nije poznat. Smatra se da u nastanku psorijatičnog artritisa ulogu imaju genetski, imunološki i okolišni čimbenici koji međusobnom interakcijom aktiviraju upalne događaje u više upalnih puteva, a češća pojava bolesti unutar obitelji govori u prilog utjecaja nasljeđa.

Simptomi psorijatičnog artritisa su različiti izgledom, pojavnošću kao i intenzitetom tegoba te tijekom bolesti. Postoje različite domene koje mogu biti zahvaćene, a uključuju periferne zglobove, kralježnicu, kožu i nokte, enteze i daktilits. Također, mogu biti prisutni i opći simptomi, kao što su pojačani umor, poremećaj sna, bolovi u mišićima i sl., a koji su česti u autoimunim zbivanjima. Kada postoji zahvaćenost perifernih zglobova, oni su najčešće bolni, ukočeni (osobito ujutro) i otečeni. Iako postoje različite manifestacije bolesti, za psorijatični artritis karakteristična je asimetrična raspodjela zahvaćenosti zglobova, što znači da nisu zahvaćeni isti zglobovi na lijevoj i desnoj strani tijela, uz zahvaćenost distalnih interfalangealnih (DIP) zglobova, krajnjih zglobnih razina na prstima. Kod zahvaćenosti kralježnice, javljaju se bolovi tupog karaktera u leđima, koji su najčešći noću ili nakon dužeg mirovanja, uz osjećaj jutarnje zakočenosti.

Temelj za postavljanje dijagnoze psorijatičnog artritisa je kvalitetna anamneza i klinički pregled. Psorijatični artritis je prva dijagnoza za razmotriti u pacijenata koji imaju psorijazu i upalni artritis. Ne postoje specifični laboratorijski nalaz za potvrdu dijagnoze psorijatičnog artritisa.





Bitno je kontrolirati upalne parametre (SE, CRP), čija vrijednost može dobro kolerirati sa aktivnošću bolesti, ali je bitno znati da do 50% pacijenata može imati uredne vrijednosti tih parametara. Dostupna je i radiološka obrada koja se indicira ovisno o kliničkoj slici i zahvaćenim zglobovima.

Cilj liječenja psorijatičnog artritisa je smanjenje bolova, suzbijanje upale i nastanka trajnih oštećenja zglobova. Liječenje započinje edukacijom i promjenom stila života. Korisno je povremeno provoditi fizikalnu terapiju, ambulantno ili u stacionarnim uvjetima. Ovisno o tome koliko je bolest aktivna, te koji su zglobovi zahvaćeni, odabire se i odgovarajuća farmakoterapija. U liječenju blažih oblika bolesti ili za ublažavanje bolova u kontekstu pogoršanja simptoma, koriste se nesteroidni antireumatici (NSAR).

U slučaju umjerene kliničke slike artritisa perifernih zglobova, sljedeća terapijska opcija je uvođenje nekog od lijekova koji mijenjaju tijek bolesti (DMARDs – ‘disease-modifying antirheumatic drugs’) poput metotreksata, sulfasalazina ili leflunomida. Sljedeća terapijska opcija u slučaju teže kliničke slike ili lošeg odgovora na prethodnu terapiju su biološki lijekovi koji mijenjaju tijek bolesti (bDMARD), lijekovi koji ciljaju točno određene molekule koje sudjeluju u upalnom procesu.

S obzirom da nije moguće obnoviti upalom oštećen zglob, bolest je važno prepoznati i liječiti na vrijeme te redovito provoditi kontrole nadležnih liječnika.



PSORIJAZA I ZDRAV ŽIVOT



PSORIJAZA I ZDRAV ŽIVOT

Lucija Tomić Babić, dr. med.
spec. dermatovenerolog

PSORIJAZA I ZDRAV ŽIVOT

U cjelovitom pristupu liječenju oboljelih od psorijaze važno je savjetovati bolesnike koliko sami mogu utjecati na simptome psorijaze - što često izostane tijekom posjeta liječniku.

Gensku sklonost za nastanak psorijaze nitko nije odabrao. Okidače iz okoline također. Međutim, način života može pridonijeti nastanku i opsegu bolesti, kao što može utjecati i na ishod liječenja.

Zdrav život za oboljele od psorijaze još je važniji nego za zdrave ljude.

Redovita tjelesna aktivnost, kontrola zdrave tjelesne težine, dobar odabir namirnica u prehrani u primjerenj količini, dovoljna količina sna, izbjegavanje alkohola i prestanak pušenja predstavljaju simbole dobre brige o vlastitom zdravlju. Važno je spoznati koliko svaki taj segment utječe na psorijazu i ishode liječenja.

PRETILOST I PSORIJAZA

Kontrola tjelesne težine je prvi korak u kontroli psorijaze. Poznato je da su teški oblici psorijaze puno češći u pretilih bolesnika te je čak 46% bolesnika s teškom kliničkom slikom pretilo.

Pretilost i porast tjelesne težine povećavaju rizik za nastanak teške psorijaze. Isto tako, i sama psorijaza dovodi do nastanka pretilosti. Nekoliko pojedinačnih izvješća kirurškog liječenja pretilosti i poboljšanja psorijaze je vrlo impresivno.

Uz debljinu, usporedno se javljaju i druge popratne bolesti kao što su metabolički sindrom, šećerna bolest, povišen krvni tlak, ateroskleroza, povećan rizik za srčani i moždani udar ili bolest masne jetre i stoga je kontrola tjelesne težine (po mogućnosti, idealne tjelesne težine) neizmjenjivo bitna.

Sa svakim kilogramom viška, pogoršava se psorijaza i popratne bolesti.

U pretilih osoba gubitak tjelesne težine i dijeta sa smanjenim unosom kalorija dovode do smanjivanja simptoma u kliničkoj slici te psorijaza postaje blažom.

Dokazano je da pretili bolesnici imaju slabiji terapijski odgovor na propisane lijekove za liječenje psorijaze, posebno neke biološke lijekove, te da se učinak lijeka može poboljšati ako se tjelesna težina reducira. Na taj način lijek i njegov učinak postaje održiviji. Uz bolji učinak lijeka, smanjenjem tjelesne težine, smanjuje se i vjerojatnost nastanka popratnih bolesti, ali i nuspojave primijenjenih lijekova za liječenje psorijaze.

Mršaviji bolesnici češće postižu bolji terapijski učinak u startu u odnosu na pretile bolesnike. Kako je smršavjeti ponekad izrazito teško, a sama bolest nosi breme debljanja, već sama činjenica da je tjelesna težina stabilna i da se ne povećava, za bolesnika sa psorijazom predstavlja prvi korak prema kontroli upale. Strategija postupnih ili dramatičnih promjena životnih navika treba biti usmjerena prema tome da se jede zdravije, manje i da se smanji tjelesna težina.



PREHRANA I PSORIJAZA

Mediteranska prehrana je prepoznata kao zdravi oblik izbalansirane prehrane za gotovo svakog pojedinca. Nema razlike ni kad je riječ o oboljelima od psorijaze. To uključuje puno lisnatog i gorkog povrća (npr. špinat, blitva, raštika, rikula, radič ili maslačak, kelj, brokula...) i voća (dodatan bogat izvor vitamina, minerala i dijetalnih vlakana), mahunarki (grah, grašak, slanutak, leća, bob...), žitarica, maslinovog ulja i ribe (bogat izvor omega masnih kiselina). Postoje dokazi da se uzimanjem omega 3 masnih kiselina smanjuju simptomi psorijaze. Zdrava prehrana je također kalorijski siromašnija i olakšava kontrolu tjelesne težine.

U prehrani kojom se nastoji smanjiti upala u organizmu dobro je izbjegavati određenu hranu, npr. šećere i brzu hranu te svinjetinu i suhomesnate proizvode.

Celijakija je češća bolest u oboljelih od psorijaze (više od dvostruko u odnosu na zdravu populaciju). U tom smislu važno je sve koji imaju simptome nadutosti, proljeva, vjetrova i anemiju prouzročenu nedostatkom željeza testirati na glutensku preosjetljivost, odnosno glutensku enteropatiju. Osobama kojima je dokazana glutenska preosjetljivost i/ili enteropatija svakako treba preporučiti dijetu bez glutena jer daje dobar rezultat u liječenju psorijaze.

Od dodataka u prehrani postoje ograničeni dokazi o dobrobiti suplementacije kurkuminom, tj. ekstraktom kurkume, u kombinaciji s piperinom, tj. ekstraktom crnog papra, o suplementaciji resveratrolom i vitaminom D (prethodno je važno utvrditi manjak vitamina u krvi), kombiniranim antioksidansima uz selen, koenzim Q10 i vitamin E. Posavjetujte se s vašim liječnikom o uzimanju dodataka prehrani.

PUŠENJE I PSORIJAZA

Pušači imaju veću vjerojatnost nastanka psorijaze, a za one koji puše više od 20 cigareta – ta je vjerojatnost udvostručena. Osim utjecaja na nastanak psorijaze, pušači imaju dokazan slabiji terapijski odgovor na samo liječenje.

Stoga je prestanak pušenja najbolji odabir za svakog oboljelog od psorijaze, ali i za svaku os-

obu koja nosi gensko naslijeđe i rizik za nastanak bolesti.

Jednako je važno izbjegavati zadimljene prostore i pasivno pušenje. U osoba koje imaju psorijatične promjene na dlanovima i tabanima, povezanost s pušenjem je još značajnija. Kod odluke o prestanku pušenja nije dobro koristiti nikotinske flastere jer dodatno mogu izazvati pogoršanje bolesti.

ALKOHOL I PSORIJAZA

Veća konzumacija alkohola povezana je s nastankom psorijaze, s težinom bolesti, kao i sa smanjenim učinkom na liječenje. Alkohol u većim količinama dovodi i do oštećenja jetre pa tako povećava mogućnost još većeg propadanja jetre korištenjem lijekova u liječenju psorijaze.

Iz svega navednog jasno je da bi alkohol trebalo izbjegavati.



SAN I PSORIJAZA

Oboljeli od psorijaze često imaju narušen san koji je ujedno i lošiji što je bolest teža. Posljedično tome javlja se otežano funkcioniranje tijekom dana. To dodatno utječe na smanjenje kvalitete života i pridonosi stresu te pogoršava bolest. Odlazak na počinak prije ponoći povećava vjerojatnost dovoljne količine sna koja je važna za fizičko i mentalno zdravlje. Postoji opcija dodavanja melatonina u terapiji kao pristup za poboljšanje kvalitete sna.

TJELESNA AKTIVNOST I PSORIJAZA

Vježbanje sagorijeva kalorije i omogućuje lakšu kontrolu i postizanje optimalne tjelesne težine. Redovita tjelesna aktivnost također omogućuje i očuvanje funkcionalnog statusa u osoba koje imaju dijagnozu psorijatičnog artritisa.

Redovita tjelesna aktivnost snažno potiče sintezu serotonina, tzv. hormona sreće, koji bitno ublažava stres za koji se zna da predstavlja jedan od najvažnijih okidača psorijaze. Oblici meditacije ili kvalitetnih druženja također dobro utječu na smanjivanje stresa i poboljšanje psorijaze.

Današnje terapijske mogućnosti omogućuju gotovo svakom oboljelom od psorijaze postizanje čiste ili gotovo čiste kože. Kombiniranjem lijekova i osobnih intervencija u vlastitom životu taj učinak postaje maksimalan.

Redovitom tjelovježbom uz zdravu prehranu, dovoljno sna i izbjegavanjem loših navika kao što su pušenje i alkohol, smanjuje se rizik za nastanak i pogoršanje bolesti.

Zdrav način života bitan je i za potomke oboljelih koji nose gensko naslijeđe i povećani rizik za nastanak psorijaze. Održavanjem umjerene tjelesne težine omogućujemo lijekovima koje koristimo u liječenju psorijaze da budu djelotvorniji, održivijeg učinka i s manje nuspojava. Pretili bolesnici će smanjenjem tjelesne težine pridonijeti boljem ishodu liječenja. Ukupan učinak osobnih promjena u vlastitom životu svakog bolesnika sa psorijazom je od velikog značaja. Za bolju kontrolu bolesti bitno je ustrajati u cjelokupnom odabiru zdravog života.



TETOVIRANJE,PIERCING,DEPILACIJA,SUNČANJE... DA ILI NE?

TETOVIRANJE, PIERCING, DEPILACIJA, SUNČANJE...DA ILI NE?

Bernarda Mišanović Marković, dr. med.
spec. dermatovenerolog
uži spec. pedijatrijske dermatologije

TETOVIRANJE, PIERCING, DEPILACIJA, SUNČANJE...DA ILI NE?

Psorijaza je kronična upalna bolest kože koja može utjecati na odluke vezane uz njegu i estetske zahvate. Tetoviranje, piercing, depilacija i sunčanje kod osoba sa psorijazom zahtijevaju poseban oprez kako bi se izbjegle moguće komplikacije.

TETOVIRANJE

Kada se radi tetovaža, tattoo majstor ubrizgava tintu u kožu pomoću sitnih uboda igle. Osobe s psorijazom trebaju biti svjesne Koebnerovog fenomena, pri kojem oštećenje kože (npr. ubodi igle tijekom tetoviranja) može potaknuti pojavu novih psorijatičnih lezija.

Psorijaza može povećati rizik od imunološke i alergijske reakcije na tintu i produžiti vrijeme zacjeljivanja, što povećava rizik od infekcije kože nakon tetoviranja. Tinta za tetovaže sadrži razne kemikalije, koje mogu izazvati alergijske reakcije, poput osipa i oticanja te samog pogoršanja psorijaze.

Privremene henna (kana) tetovaže često sadrže p-fenildiamin (PPD) kemikaliju koja može izazvati jaku kožnu reakciju.

PREPORUČUJE SE:

- Tinta koja se koristi treba biti namijenjena isključivo za tetoviranje i ne smije biti isteklog roka.
- Ne tetovirati područja sklona izbijanju psorijaze, a pogotovo dok je bolest aktivna.
- Posavjetovati se s dermatologom prije donošenja odluke.
- Odabrati iskusnog tattoo majstora koji poštuje higijenske standarde i koji mora biti obaviješten o psorijazi i potencijalnim rizicima.



PIERCING

Budući da piercing uključuje ubod iglom, postoji mogućnost da se psorijaza razvije na tom području nekoliko tjedana, mjeseci ili čak godi- na kasnije.

Slično tetoviranju, piercing može izazvati iritaciju ili infekciju te potaknuti Koebnerov fenomen. Pojedini pacijenti sa psorijazom imaju pojačanu osjetljivost na određene metale (nikal, kobalt) što može izazvati kontaktni alergijski dermatitis i pogoršanje psorijaze.

PREPORUČUJE SE:

Prije nego se odlučite na piercing, konzultirajte svog dermatologa.

- Koristite nakit od biokompatibilnih materijala kako biste smanjili rizik od iritacija i alergija.
- Pronađite iskusnog i licenciranog piercera. Pobrinite se da studio poštuje higijenske standarde i koristi sterilnu opremu.
- Izbjegavati piercing na dijelovima tijela gdje je psorijaza prisutna ili česta.
- Pridržavati se uputa o njezi i održavanju higijene.
- Pratiti reakciju kože i odmah se obratiti liječniku ako dođe do crvenila, otekline, pojačane boli ili gnojne sekrecije.



DEPILACIJA

Kod osoba sa psorijazom, uklanjanje dlačica može izazvati iritaciju ili ozljedu kože. Sigurniji načini depilacije uključuju:

Brijanje - može izazvati mikroskopske posjekotine i iritaciju; preporučuje se prvo omekšati kožu toplom vodom i blagim gelom za brijanje. Koristiti oštru i čistu britvicu, te brijati u smjeru rasta dlačica kako biste smanjili trenje.

Nakon brijanja nanesite hidratantnu kremu bez mirisa kako biste spriječili iritaciju kože.

- Vosak i šećerna pasta - nisu preporučljivi jer mogu uzrokovati upalu i pogoršati simptome.
- Depilacijske kreme - mogu sadržavati kemikalije koje iritiraju kožu; potrebno je testirati proizvod na malom dijelu kože prije upotrebe. Koristite blage formule za osjetljivu kožu bez jakih kemikalija i mirisa.
- Epilator - najbolje za osobe koje žele dugotrajan rezultat bez kemikalija. Izbjegavajte ako imate osjetljivu kožu, jer epilatori mogu izazvati bol, iritaciju i time potaknuti psorijatične promjene na koži. Odaberite epilator s niskim intenzitetom kako biste smanjili nelagodu. Nakon depilacije nanesite hidratantnu kremu bez mirisa kako biste spriječili iritaciju kože.
- Laserska depilacija - može biti dugotrajno rješenje, ali samo ako nemate aktivnu psorijazu na tretiranom području.

Prije tretmana posavjetujte se s dermatologom kako biste bili sigurni da je ova opcija sigurna za vas. Izbjegavajte ako imate aktivne plakove na mjestu tretmana, kao i izlaganje suncu prije i poslije tretmana. Nakon tretmana potrebno je hidratizirati kožu kremama kako biste smanjili iritaciju.

SUNČANJE

Umjereno izlaganje suncu može biti korisno, jer UVB zrake mogu ublažiti simptome psorijaze. Međutim, pretjerano izlaganje može dovesti do opekline i pogoršanja stanja.

SAVJETI ZA SIGURNO SUNČANJE:

- Koristiti kremu sa zaštitnim faktorom (SPF 30-50+) na dijelovima kože koji nisu pogođeni psorijazom. Pokrijte osjetljiva područja, nosite šešir i sunčane naočale.
- Izbjegavati sunčanje u razdoblju kada je UV zračenje najjače (od 11:00 do 16:00 h).
- Postupno povećavati vrijeme provedeno na suncu kako bi se izbjegle opekline.
- Nakon sunčanja nanesite hidratantnu kremu kako biste spriječili isušivanje kože.

Tko treba biti posebno oprezan sa sunčanjem?

- Osobe koje koriste imunosupresivne lijekove (metotreksat, ciklosporin, biološke terapije).
- Osobe koje imaju osjetljivu ili vrlo svijetlu kožu sklonu opeklinama, osobe s povišću raka kože ili obiteljskom sklonošću melanomu.

Solarij se ne preporučuje kod osoba sa psorijazom.



Osobe sa psorijazom mogu uživati u tetovažama, piercingu, depilaciji i sunčanju, ali uz poseban oprez.

Ključni su individualni pristup, konzultacije s dermatologom i pridržavanje pravila njege kože kako bi se izbjegle moguće komplikacije.

RAZVOJNI PUT LIJEČENJA PSORIJAZE

RAZVOJNI PUT LIJEČENJA PSORIJAZE

prim. Zlatica Jukić, dr. med.
spec. dermatovenerolog

RAZVOJNI PUT LIJEČENJA PSORIJAZE

Prve spoznaje o psorijazi sežu u daleku povijest. Počeci liječenja su bili uglavnom bizarni, iako su se neki oblici liječenja zadržali i do današnjih dana. Pogotovo se to odnosi na lokalne pripravke. Temelj fotokemoterapije dali su još stari Egipćani koji su shvatili važnost izlaganja suncu u liječenju bolesti kože poput psorijaze, ali i upotrebu ljekovitih biljaka poput Biskupove trave, jestive biljke iz porodice kimovki kojom su još u doba starog Egipta oboljeli mazali bolesne dijelove kože ili pojeli travu i potom se izlagali suncu. To je preteča današnje fototerapije, kao i fotokemoterapije. Biljka je zapravo poslužila kao fotosenzibilizator.

Liječenje psorijaze probijalo se teško, pogotovo sustavno, jer je desetljećima psorijaza bila shvaćena kao upalna bolest kože koja je neugodna i dosadna, te je liječena mukotrpnom lokalnom terapijom koja je otežavala život pacijentu i zahtijevala veliku posvećenost za koju je potrebno puno vremena i oboljeli su najčešće odustajali od liječenja. Današnje poimanje psorijaze je potpuno drugačije.

Psorijaza je kronično recidivirajuća upalna multi-sustavna bolest od koje boluje 125 milijuna ljudi danas u svijetu, a u Hrvatskoj 75-80 000 ljudi, i predstavlja velik javnozdravstveni problem. Narušena je i kvaliteta života, a povezana je i s brojnim pridruženim bolestima, te dovodi do ozbiljnog narušavanja zdravlja oboljelog, psihološki je opterećujuća, te u težim oblicima dovodi i do skraćenja životnog vijeka. Otkako je došlo do znatnog napretka spoznaja o imunopatogenezi te bolesti, promijenio se i pristup liječenju.

Danas se srednje teški i teški oblici psorijaze liječe sustavnom terapijom. U sklopu sustavnog liječenja koristi se fototerapija, fotokemoterapija, acitretin, apremilast, ciklosporin, metotrekstat ovisno o težini kliničke slike. Nastojat ćemo Vam približiti lijekove koje danas koristimo uz napomenu da su istaknute samo neke osnovne značajke tih lijekova i osnovne napomene

vezane uz njih. Prije početka terapije potrebno je provesti točno definiranu obradu za svaki lijek ponaosob, a i svaki lijek se specifično prati. Obavezno je isključiti trudnoću i TBC.

Fototerapija i fotokemoterapija se provodi u kliničkim centrima koji imaju aparate za fototerapiju. Nije dostupna svim pacijentima, a i vremenski je zahtjevna. Kombinira se s drugim oblicima liječenja: lokalnom i sustavnom terapijom, te ima značajan uspjeh, ali je ograničeno dostupna. Nije pogodna za osobe koje imaju svijetli tip kože, a zabranjena u osoba koje u svojoj anamnezi imaju melanom ili displastične nevuse. Prije i nakon terapije se moraju dermatoskopski pregledati pigmentne promjene. Potrebno je upozoriti pacijente da se nakon fotokemoterapije 8h ne smiju izlagati izravno suncu, te obavezno moraju u tijeku fotokemoterapije i nakon toga koristiti fotoprotekciju (sunčane naočale sa UVA i UV B protekcijom).

Retinoidi su derivati vitamina A i vrlo rijetko se daju kao monoterapija, ali se vrlo često uspješno kombiniraju sa nbUVB (fototerapija), PUVA i PUVA bath terapijom. PUVA bath (PUVA kupka) nam daje mogućnost da brže smanjujemo doze retinoida koji mogu biti povezani sa brojnim nuspojavama i imaju neka ograničenja u upotrebi s obzirom na pridružene bolesti. Mnogi dermatolozi nisu pretjerano skloni upotrebi retinoida, jer se za vrijeme njihove upotrebe i 3 godine nakon toga mora provoditi dvostruka kontracepcija. Jedan veći dio populacije automatski ispada iz ovih navedenih shema zbog željene trudnoće i to se pitanje mora jako opširno raspraviti s oboljelim osobom uz pisani pristanak ukoliko dođe do primjene retinoida. To je ipak uspješan sustavni lijek u liječenju srednje teških oblika psorijaze.

Ciklosporin je visoko učinkovit i brzodjelujući imunosupresiv koji je u upotrebi od 1970. godine prvenstveno u transplantacijskoj medicini, a dobitnik u liječenju psorijaze otkrivena je 1979. godine.

Koristi se u situacijama kada je potrebna brza

učinkovitost, dakle kod teških oblika psorijaze. Prethodno treba napraviti obradu (definiranu u Smjernicama HDVD-a za liječenje vulgarne psorijaze). Glavne nuspojave su mu nefrotoksičnost i hipertenzija. Potreban je velik oprez i u kombinaciji sa statinima koje oboljeli često koriste. Ponekad je i rješenje kod pogoršanja psorijaze u trudnoći, jer je jedina opisana komplikacija prijevremeni porod.

Dojenje treba izbjegavati. Spada u C kategoriju rizika, što znači da se može dati trudnici jedino ukoliko potencijalna korist opravdava mogući rizik za fetus. Preporuka za uzimanje tijekom trudnoće ne postoji. Tijekom terapije potrebno je praćenje pacijenta i točno definiranih laboratorijskih parametara. Preporučuje se koristiti do 6 mjeseci.

Metotreksat je citostatik koji je u upotrebi u liječenju psorijaze od 1958. godine. Indiciran je u liječenju umjereno teške do teške psorijaze, posebno u slučajevima istovremene zahvaćenosti zglobova psorijatičnim artritismom, te pustulozne i eritrodermijske psorijaze. Iskustva s ovim lijekom su dugogodišnja i izvrsna. Prije početka liječenja postoji točno definirana obrada (laboratorijska uz Quantiferonski test i RTG srca i pluća).

Apremilast je lijek koji se koristi za liječenje odraslih osoba s umjereno teškom do teškom kroničnom plak psorijazom koje ne reagiraju i/ili ne podnose i/ili imaju kontraindikacije na najmanje dva ranije primijenjena sustavna lijeka. Primjenjuje se sam ili u kombinaciji s antireumatskim lijekovima koji mijenjaju tijek bolesti (DMARD), te je indiciran i za liječenje aktivnog psorijatičnog artritisa u odraslih. Spada u skupinu lijekova malih molekula.

Pogodan je, dakle, za jednu ranjivu skupinu bolesnika kojoj teško možemo dati drugi lijek bez nuspojava. Pogodan je i zbog toga što je i praćenje puno jednostavnije, ali se primjenjuje po shemi koju treba dobro objasniti pacijentu i uvjeriti se da je provodi pravilno. Potreban je oprez kod psihijatrijskih poremećaja. Potrebno je pratiti psihičko stanje pacijenta na apremilastu, kao i pratiti tjelesnu težinu kod pothranjenih bolesnika. Treba upoznati pacijenta sa činjen-

icom da je potrebno određeno vrijeme da bi se pokazali efekti liječenja apremilastom.

Nakon svega izrečenog, rekla bih da je danas moguće uspješno liječenje srednje teške do teške psorijaze sustavnom terapijom. Uz sustavnu terapiju uvijek se koristi i lokalna terapija, kao i pojačana njega kože na što dermatolog mora upozoriti svakog pacijenta. Uvijek postoji i preporuka za heliomaroterapiju i naftalanoterapiju.

Želja svakog pacijenta i svakog dermatologa je što ranije zaustaviti tijek psorijaze i spriječiti njeno dugotrajno pridruženo djelovanje. Novije studije i iskustva s pacijentima pokazuju da oklijevanje sa sustavnom terapijom može imati dalekosežne negativne posljedice. Pravovremeno i adekvatno liječenje nam je svima prioritet da bi se spriječilo kumulativno djelovanje psorijaze na životni tijek svakog pacijenta.

U Smjernicama HDVD-a za liječenje vulgarne psorijaze, a prema pravilima HZZO-a potrebno je pokušati sa primjenom 2 sustavna lijeka, te potom, ukoliko učinak nije zadovoljavajući, prijeći na biološku terapiju. Svaka zemlja ima svoja pravila za primjenu lokalne, sustavne i biološke terapije, a sve su uklopljene u *Europske smjernice za liječenje vulgarne psorijaze*.

Biološki lijekovi su izazvali pravu revoluciju u liječenju psorijaze, ali i veliki financijski teret za održivost zdravstvenog sustava.

Danas su rašireni u primjeni i možemo biti ponosni, jer su na našem hrvatskom tržištu prisutni gotovo svi biološki lijekovi koji se primjenjuju u Europi.

Danas u liječenju srednje teškog do teškog oblika psorijaze imamo na raspolaganju brojne biološke lijekove razvrstane trenutno u TNF-alfa inhibitore – adalimumab, etanercept, infliksimab; inhibitore IL12/23 – ustekinumab; inhibitore IL-17 – sekukinumab, iksekizumab i bimekizumab; te inhibitore IL-23 – guselkumab, risankizumab. Na specijalisti dermatologu je da odabere najprihvatljiviji lijek za svog pacijenta. To znači da je za to potrebno veliko iskustvo, znanje i poznavanje pridruženih bolesti, kao i kvalitetan odnos liječnik-pacijent. Kao i kod sustavne terapije, i kod biološke terapije potrebno je učiniti potreb-

nu indukcijsku obradu i zadovoljiti kriterije za uključivanje pacijenta u liječenje prema Smjernicama HDVD-a za liječenje vulgarne psorijaze. Svaka skupina lijekova predviđena je za liječenje umjereno teškog do teškog oblika vulgarne plak psorijaze, ali postoje i potvrđene indikacije za liječenje pridruženog psorijatičnog artritisa za neke skupine.

Uspješnost liječenja prate specijalisti dermatolozi, a dozvolu za produžetak liječenja daju bolnička Povjerenstva za lijekove. Ukoliko liječenje zadovoljava postavljene kriterije, nastavlja se s primjenom istog, a ukoliko nije zadovoljavajuće, lijek se mijenja.

Dolaze novi biološki lijekovi koji će polako ući u primjenu u hrvatskoj dermatologiji. Sve su brojnije studije o učinkovitosti tih lijekova. Takvim istraživanjima sve bolje i složenije ulazimo u teoriju nastanka i pogoršanja te bolesti što nam otvara nove spoznaje o potencijalnom novom liječenju.

Treba spomenuti i biosimilare (bioslične lijekove) za koje je dokazana sličnost u pogledu kakvoće, biološke aktivnosti, sigurnosti primjene i djelotvornosti s odobrenim izvornim biološkim lijekom. Prednost im je manja cijena i u konačnici smanjenje ukupnih troškova liječenja.

Polagano u liječenje psorijaze ulaze i druge skupine lijekova.

Liječenje psorijaze u Hrvatskoj zadovoljava visoke standarde i nema velikih razlika u dostupnosti lijekova u odnosu na najrazvijenije zemlje u Europi, pa i u svijetu. Psorijaza se danas u Hrvatskoj uspješno liječi i u djece, a pomno se prate i posebne ranjive skupine poput trudnica i dojilja, imunokompromitiranih i onkoloških pacijenata kojima se danas potpuno sigurno može predložiti liječenje.

Možemo biti ponosni, jer je bilo teško doseći takvu razinu liječenja. Velik trud je uložen od strane dermatologa predvođenih HDVD-om, pacijenata predvođenih Društvom psorijatičara RH i uz suradnju HZZO-a. Velik učinak su imale i brojne javnozdravstvene akcije vezane uz psorijazu i donekle promijenile spoznaje o psorijazi kod pacijenata, njihove uže i šire okoline, jav-

nosti općenito, ali i same struke i ostalih kolega. Psorijaza se u Hrvatskoj danas liječi uspješno, pristup je individualan, ali i multidisciplinarnan. Zahvaljujemo kolegama drugih specijalnosti poput reumatologa, gastroenterologa, endokrinologa, imunologa, kardiologa i dr. subspecijalistima, kolegama radiolozima, psihijatrima, onkolozima, ginekolozima, specijalistima fizikalne medicine i svim ostalim kolegama na izuzetno kvalitetnoj suradnji.

Naši su ciljevi sve veći, ali ostvarljivi. Cilj nam je čista do gotovo čista koža, potpuno zadovoljstvo pacijenta i što brži prekid kumulativnog djelovanja psorijaze na naše pacijente.

Našim dragim pacijentima treba reći da je liječenje vulgarne plak psorijaze u Hrvatskoj na europskoj razini, da se s povjerenjem obrate dermatolozima, da se prestanu skrivati i hrabro se suoče sa svojom bolešću. Za svakog se može naći model liječenja koji će dovesti do nestanka promjena i kompletne preobrazbe i poimanja kvalitete života.



O DRUŠTVU PSORIJATIČARA HRVATSKE



O DRUŠTVU PSORIJATIČARA HRVATSKE

Inka Marinić, predsjednica DPH
Nina Vojnić, tajnica DPH

O DRUŠTVU PSORIJATIČARA HRVATSKE

Društvo psorijatičara Hrvatske (DPH) je dobrovoljna, humanitarna društvena organizacija koja okuplja građane oboljele od svih vrsta bolesti psorijaze na području Republike Hrvatske.

Članovi Društva mogu biti i građani koji ne boluju od psorijaze, ali su zainteresirani za probleme vezane za ovu bolest i svojim radom doprinose uspješnom radu Društva.

Cilj Društva je omogućavanje što uspješnijeg liječenja oboljelih od svih vrsta bolesti psorijaze, zaštita i tumačenje njihovih interesa, organizirano rješavanje problema s kojima se ti bolesnici susreću.

Rad Društva psorijatičara Hrvatske pokrenuo je prim. Daniel Živković (1926.-2023.), 16. srpnja 1971. godine u Zagrebu, prvog takvog Društva u tadašnjoj Jugoslaviji. Od osnivanja Društva pa sve do odlaska u mirovinu te prvih godina mirovine prim. Živković obavljao je dužnost tajnika Društva, što mu je omogućavalo kontinuitet u organizaciji rada Društva, s ciljem unaprjeđenja pojedinih oblika stručne skrbi za bolesnika sa psorijazom. Društvo je kao jedno od najstarijih takvih društava u svijetu sudjelovalo i u utemeljenju Međunarodne asocijacije društava oboljelih od psorijaze (engl. International Federation of Psoriatic disease Association, IFPA, 1971.)

Od veljače 2012. godine, od kad je Društvo ponovno počelo aktivno djelovati nakon 12 godina stanke, Društvo je provelo veoma značajne projekte na razini Republike Hrvatske.

Neki od projekata :

Istraživanje o kvaliteti života oboljelih od psorijaze u Hrvatskoj : istraživanje je provedeno 2012. godine u 10 bolničkih ustanova, jednoj poliklinici za dermatovenerologiju i u jednoj privatnoj dermatovenerološkoj ordinaciji u Hrvatskoj. U ispitivanju je ukupno sudjelovalo 274

ispitanika iz različitih gradova Hrvatske. Radi se o prvom takvom istraživanju provedenom u Hrvatskoj i veoma značajnom, jer je pokazalo relevantne rezultate o psihološkom i socijalnom aspektu života oboljelih, te služi i danas kao jedna od bitnih smjernica brojnim stručnjacima u procesu psiho – socijalne rehabilitacije oboljelih.

“Život u mojoj koži” : izložba fotografija poznatih osoba sa oboljelima od psorijaze, rad za grebačkog akademskog umjetnika Saše Šekoranje te pulskih fotografa Valentine Kaić, Ive Finderle i Vilija Paoletića. Poznate osobe iz glazbenog, kulturnog i sportskog života ujedinile su se u javnozdravstvenoj akciji o psorijazi koja je poticala oboljele da se lakše nose sa svojom, često nagruđujućom, bolešću. Kao dio javnozdravstvene akcije “Život u mojoj koži”, Hrvatskog dermatovenerološkog društva HLZ-a, Referentnog centra za psorijazu MZSS i Društva Psorijatičara Hrvatske, otvorene su tri izložbe (u Zagrebu, Osijeku i Puli). Svojim sudjelovanjem u akciji Tony Cetinski, Leona Paraminski, Tereza Kesovija, Nataša Janjić, Daniela Trbović, Ivana Roščić, Gordan Kožulj, Nera Stipičević, Sandra Bagarić, prof. dr. Mirjana Krizmanić, Franko Krajcar, Daniel Načinović, Bruno Krajcar, Gabi iz grupe Nola, voditelji emisije AT Klub sa Radio Pule i Goran Roce željeli su pomoći oboljelima da se lakše nose sa svojom bolešću, te da potaknu javnost na razumijevanje i prihvaćenost.

Kampanja Društva psorijatičara Hrvatske pod nazivom **“Fokus na mene, ne na moju kožu”**, započela je s prigodnim događanjem 27. listopada 2012. na Cvjetnom trgu u Zagrebu. Društvo je pozvalo građane Zagreba i hrvatsku javnost da se pridruže njihovoj akciji i zajedno pokrenu krug podrške za poboljšanje kvalitete života oboljelih od psorijaze. Vizuali za ovu kampanju nagrađeni su prvim mjestom na IMID kongresu u Londonu, te su uvršteni kao najbolji primjer javnozdravstvene kampanje u Psoriasis Report - u Svjetske zdravstvene organizacije (WHO).

„**Mi možemo sve**“ - Cilj ove javnozdravstvene kampanje bio je upozoriti i podsjetiti oboljele i širu javnost kako je pravovremena i adekvatna terapija dostupna i visokoučinkovita. Bez adekvatne, pravovremene i dostupne terapije, oboljeli od psorijaze suočavali su se s nizom problema u partnerskim i obiteljskim odnosima te u profesionalnom životu. Zbog predrasuda okoline i osjećaja srama na javnim mjestima uzrokovanog izgledom svoje kože gotovo svaki drugi oboljeli trebao je podršku, a kod svakog četvrtog oboljelog, psorijaza je utjecala i na profesionalni život. Međutim, dostupna i visokoučinkovita terapija oboljelima omogućava povratak svakodnevnim aktivnostima, kako privatnim tako i profesionalnim.

Društvo je u suradnji sa Specijalnom Bolnicom Naftalan organiziralo 2018. i 2019. godine „**Hrvatski kongres oboljelih od psorijaze**“ na kojem su govorili specijalisti iz raznih područja, predstavnici udruga iz RH i europskih zemalja. Stručnjaci su svojim predavanjima predstavili novosti u liječenju te se dotakli raznih tematika, kao i kvalitete života oboljelih. Dio kongresa bile su i razne edukativne radionice za oboljele od psorijaze te predstavnike nazočnih udruga.

„**Online baza znanja**“ - U izazovnim vremenima pandemije COVID-19 i povodom svjetskog dana psorijaze koji se obilježava svake godine 29. listopada, 2020. pokrenut je projekt stvaranja online baze znanja. Cilj online baze znanja bio je pružiti odgovore na najčešća i najvažnija pitanja koja muče oboljele od psorijaze i psorijatičnog artritisa, ali i članove njihovih obitelji. Odgovori na ta pitanja dolaze u obliku kratkih videa dostupnih na web stranicama Društva psorijatičara Hrvatske, kao i na društvenim mrežama.

„**PS.SORRY**“; **napokon slobodan**“ – *Ako imaš psorijazu, zatraži svog dermatologa novu kožu!* Kampanju je pokrenulo Hrvatsko društvo psorijatičara, a pod pokroviteljstvom Grada Zagreba, Referentnog centra za psorijazu Ministarstva zdravstva RH te Hrvatskog dermatovenerološkog društva, s ciljem pružanja informacija obo-

ljelima od psorijaze o važnosti liječenja te kontinuirane edukacije javnosti o brojnim izazovima s kojima se ova skupina bolesnika svakodnevno susreće u svom privatnom, poslovnom te društvenom životu. Adekvatna i pravovremena terapija oboljelima omogućava povratak svakodnevnim aktivnostima, kako privatnim tako i profesionalnim. Dostupne terapije danas nas vraćaju punoj radnoj sposobnosti i pružaju nam ponovno uživanje u društvenim i sportskim aktivnostima, vraćaju nas u život kojeg smo imali prije bolesti.

Doktor Psori - Doktor superheroj glavni je lik slikovnice i animiranog filma osmišljenih kako bi olakšali život s psorijazom najmanjima – djeci, ali i njihovim roditeljima i nastavnicima, kojeg je povodom obilježavanja Svjetskog dana psorijaze 2022. godine Društvo psorijatičara Hrvatske osmislilo u suradnji s akademskim glumcem Irinom Šimom Rabarom i suradnicima.

PSO EDU -U okviru djelovanja Društva psorijatičara Hrvatske i Referentnoga centra za psorijazu Ministarstva zdravstva RH organiziran je program trajne edukacije oboljelih od psorijaze. Edukacija se održala u 6 različitim hrvatskih gradova tijekom 2023. godine i odvijala se u obliku jednoga „edukacijskog dana“ sastavljenog od tri predavanja/radionice u sveukupnom trajanju od osam sati. Osnovna ideja ove edukacije bila je postizanje boljega razumijevanja ove bolesti i olakšavanje svakodnevnice oboljelima, s konačnim ciljem učinkovitijeg liječenja i sprečavanja neželjenih komplikacija bolesti, odnosno edukacija pacijenata oboljelih od psorijaze.

Članovi Društva su dosad sudjelovali na raznim stručnim međunarodnim kongresima, te pokrenuli projekt i organizaciju prvog Europso Youth round table sastanka u Zagrebu 2012. godine, namijenjenom mladima oboljelim od psorijaze, iz raznih europskih država. Europso Youth round table uspješno se i danas organizira svake godine u raznim europskim gradovima.



Društvo je aktivan član europske (EuroPso) i svjetske (IFPA) mreže udruga oboljelih od psorijaze i psorijatičnog artritisa, kao jedini predstavnik Republike Hrvatske.

Član je također mreže Psoriasis International Network, te hrvatske udruge Koalicije udruga u zdravstvu. Aktivno surađuje sa hrvatskim udrugama HUCUK i Remisija.

DPH je pružalo podršku za uvrštavanje Svjetskog dana psorijaze na listu službenih dana zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). DPH u suradnji sa udrugom IFPA i drugim suradnicima u međunarodnoj mreži kontinuirano radi na povećanju kvalitete života oboljelih od psorijaze, te surađuje na obilježavanju Svjetskog dana psorijaze.

Zalaže se za edukaciju opće populacije u cilju uklanjanja stigmi i diskriminacije oboljelih, unapređenju pristupa adekvatnoj liječničkoj skrbi i efikasnim tretmanima liječenja koji mogu

smanjiti teret bolesti i popratnih kroničnih oboljenja.

Sve navedene aktivnosti Društva doprinose edukaciji oboljelih, njihovih obitelji i okoline o stvarnim problemima oboljelih i mogućim posljedicama neadekvatnog liječenja psorijaze, čime se prevenira nastanak brojnih povezanih kroničnih te ostalih oboljenja.

Budući da je psorijaza kronična bolest koja može trajati cijeli život, iznimno je važno educirati se o vlastitoj bolesti. Na taj način oboljeli može upoznati svoju bolest i svoje tijelo te naučiti nešto o različitim mogućnostima terapije.

Što oboljeli bolje upoznaju psorijazu, znat će što može očekivati i lakše će se pripremiti na nove situacije.

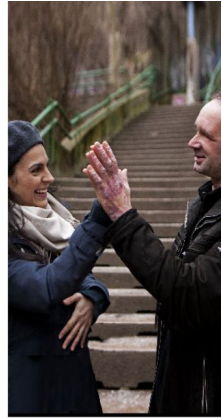




**PS: SORRY;
NAPOKON
SLOBODAN!**

Ako imaš psorijazu, zatraži i ti svog dermatologa novu kožu.

WWW.PSORRYVAZA.HR



DRUŠTVO PSORIJATIČARA
IZJAVLJUJE ČESTITKE ZA
VAŠU MNJOTVARNU DOKAZIVANJE
PSI KAO RUKA

IFPA

**BUDI I TI DIO PROJEKTA
PSO EDU**

- **NAUČI SVE
O PSORIJAZI**
- **KAKO POSTA
EDUCIRANI
PACIJENT?**
- **FUNKCIJA
UDRUGE
PACIJENATA**

ŽUJKA 2023.

PRILAVI SE NA RODNACU I
REZERVIRAJ SVOJE MJESTO NA
dps@psorijaza.hr

099 6781 900
Cijena ulaznice: 10.000 do 12.000

www.drustvo-psorijaticara.hr

anssen
AVANGON PHARMA NEKA

**PS: SORRY;
NAPOKON
SLOBODNA!**

Ako imaš psorijazu, zatraži i ti svog dermatologa novu kožu.

WWW.PSORRYVAZA.HR

Zoom webi

SRIJEDA, 6. travnja u 1

**WORLD
PSORIASIS
DAY
2021**

**ZAJEDNO.
DJELUJMO SADA.**

#SvjetskiDanPsorijaze



NIŠTE SAMI !

Budite član Društva psorijatičara Hrvatske !



www.drustvo-psorijaticara.hr
dph.croatia@gmail.com

 [@psocroatia](https://www.facebook.com/psocroatia)

 [@psorijaza.hrvatska](https://www.instagram.com/psorijaza.hrvatska)

 [Društvo psorijatičara Hrvatske](https://www.youtube.com/Društvo-psorijaticara-Hrvatske)



 Bristol Myers Squibb®

Johnson & Johnson

abbvie

 NOVARTIS

AMGEN

Priručnik uredila: **Inka Marinić**
Grafički dizajn i tisak: **Almar & Goretti**

U Puli, 2025.



ALMAR | GORETTI
CREATIVE HUB

