

Łuszczyca (*psoriasis*) choroba ciagle nieuleczalna

Spis treści :

01.	Rys historyczny	3
02.	Objawy choroby	3
03.	Mechanizm powstawania zmian łuszczykowych	3
04.	Genetyczne uwarunkowania łuszczycy	4
05.	Immunologiczne podłoże choroby	4
06.	Występowanie choroby	4
07.	Typy łuszczycy	5
08.	Czynniki prowokujące	5
09.	Charakterystyka kliniczna	5
10.	Postacie łuszczycy	5
11.	Metody leczenia	9
12.	Farmakoterapia	9
13.	Zestawienie dostępnych preparatów	11
14.	Szczegółowy opis preparatów	12
15.	Leki przeciwwskazane i niepożądane	19
16.	Metody alternatywne	20
16a.	Dieta	21
16b.	Ziołolecznictwo	20
16c.	Kąpiele	22
16d.	Masaże	22
17.	Literatura	22

01. Rys historyczny

Łuszczyca (*psoriasis*) jest chorobą, która pomimo postępu jaki dokonał się w medycynie nie została jeszcze w pełni poznana. Termin psoriasis wywodzi się z greckiego słowa psora, czyli świąd. W czasach starożytnych oznaczał on różne świądowe, złuszczone i krostkowe choroby skóry. Łuszczyca jako zdefiniowana klinicznie jednostka zaistniała około 200 lat temu, kiedy to Robert Willian podał szczegółowy opis tej choroby.

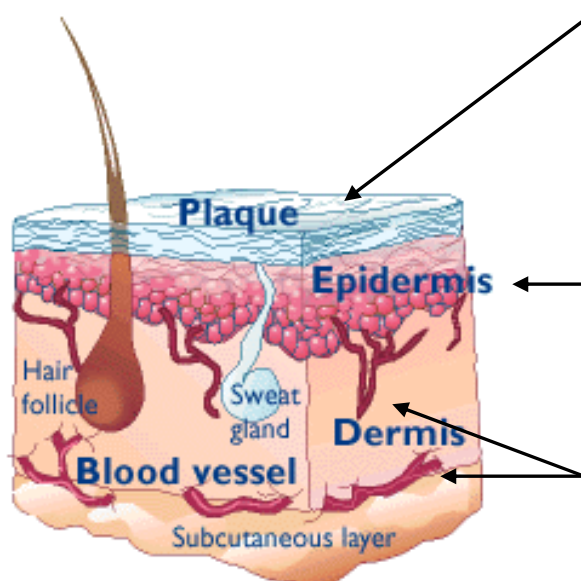
02. Objawy choroby

Łuszczyca jest przewlekłą dermatozą charakteryzującą się okresowymi nawrotami i remisjami. Może rozpocząć się w każdym wieku, choć najczęściej pojawia się przed trzydziestym rokiem życia, równie często u kobiet, jak i u mężczyzn. Z wyjątkiem rzadko występujących ciężkich odmian, łuszczyca nie upośledza ogólnego stanu chorych, często jednak jest negatywnie postrzegana przez otoczenie, a uciążliwe leczenie ogranicza komfort życia chorego.

Zmiany skórne, wielkości od kilku milimetrów do kilkudziesięciu centymetrów, najczęściej przybierają postać czerwono-brunatnych grudek lub wypukłych ognisk pokrytych łuskami. Występują zwykle na łokciach, kolanach, w okolicy krzyżowej, czasem pokrywają całą skórę, a nawet pojawiają się na paznokciach. Często łuszczyca zaczyna się ujawniać na owłosionej skórze głowy.

03. Mechanizm powstawania zmian łuszczykowych

W normalnie funkcjonującej skórze proces proliferacji i złuszczenia komórek skóry trwa około jednego miesiąca. W łuszczyce system odpornościowy wysyła wadliwe sygnały, które znacznie przyspieszają ten proces, skracając go do czterech dni. Ta nienormalna sytuacja związana z wzmożeniem wzrostu i podziału komórek powoduje także przyspieszenie przepływu krwi i rozszerzenie naczyń krwionośnych w chorych miejscach, co wynika ze wzmożonego zapotrzebowania na składniki odżywcze. Dochodzi do zaczerwienienia chorych miejsc i szybkiego gromadzenia się martwych komórek na powierzchni skóry.



Naskórek w łuszczyce jest o wiele grubszy niż u osób zdrowych. Wynika to z faktu silnego przyspieszenia wzrostu komórek skóry z 28 – 30 dni na 3 – 4 dni. Na powierzchni skóry powstaje gruba warstwa martwych komórek.

Komórki skóry właściwej dzielą się 28 razy szybciej, co powoduje jej dwukrotne pogrubienie.

Ukrwienie silnie wzrasta by nadażyć dostarczać składniki odżywcze nienormalnie szybko rosnącym i namnażającym się komórkom skóry. Silny wzrost ukrwienia powoduje powstawanie czerwonych plam.

04. Genetyczne uwarunkowania łuszczycy

Choć etiopatogeneza łuszczycy nie jest w pełni poznana, genetyczne uwarunkowanie tej choroby nie budzi wątpliwości. W piśmiennictwie istnieją rozbieżne dane co do modelu jej dziedziczenia. Część autorów uznaje łuszczycę za chorobę dziedziczącą się w sposób autosomalny dominujący, z niepełną penetracją genu, co oznacza, że nie u wszystkich osób, które odziedziczą „gen/geny łuszczycowe” choroba się ujawni. Inni wskazują na dziedziczenie wieloczynnikowe, uwzględniające zarówno genetyczne, jak i środowiskowe wpływy na ujawnienie się choroby. Za rolę czynników dziedzicznych w patogenezie choroby przemawiają badania bliźniąt. Równoczesne występowanie łuszczycy u bliźniąt jednojajowych jest częstsze niż u dwujajowych. Jednak fakt, że wskaźnik zgodności u bliźniąt identycznych waha się od 40 do 65% wskazuje na istotną rolę czynników środowiskowych w ujawnieniu się choroby. Za genetyczny marker łuszczycy uważa się niektóre antygeny zgodności tkankowej HLA klasy I i II, kodowane przez geny Głównego Układu Zgodności Tkankowej, a szczególnie antygen Cw6, którego częstość u chorych na łuszczycę jest znamienne wyższa w porównaniu z populacją zdrową.

Choć nie ustalono dokładnego sposobu dziedziczenia, to uważa się, że chory rodzi się już z pewną predyspozycją do łuszczycy i że w rozwoju łuszczycy występują 3 okresy:

1. **bezobjawowy** - mimo obecności genów odpowiedzialnych za rozwój łuszczycy choroba nie uaktywnia się;
2. **przejściowy** - geny łuszczycowe „czekają” na czynnik zewnętrzny lub wewnętrzny aby uaktywnić się;
3. **objawowy** - liczony jest od pierwszego wysiewu zmian łuszczycowych. Geny pozostają „aktywne”, aby przy każdej prowokacji wyzwać kolejne wysiewy łuszczycy lub zaostrzać jej przebieg.

05. Immunologiczne podłoże choroby

Istotą zmian łuszczycowych jest nadmierna proliferacja i czynnościowe pobudzenie keratynocytów, wyrażające się zwiększoną produkcją cytokin oraz nacieków z komórek zapalnych: limfocytów T, granulocytów obojętnochłonnych, makrofagów i komórek tłuszczowych w obrębie skóry i naskórka. Nadmierne i przedłużone uwalnianie cytokin wraz ze zmienioną ekspresją ich receptorów oraz wzajemne oddziaływanie cytokin naskórkowych z komórkami nacieków zapalnych i innymi komórkami w skórze właściwej ma, jak się wydaje, podstawowe znaczenie w patogenezie choroby. Zarówno przewlekły, jak i nawracający charakter choroby, a także obecność nacieków z komórek zapalnych mogą sugerować immunologiczne podłoże choroby. Przemawia za nim również skuteczność terapeutyczna leków o działaniu immunosupresyjnym, takich jak cyklosporyna A, kortykosterydy, PUVA.

06. Występowanie choroby

Łuszczyca występuje przeciętnie u 0,1-2,8% populacji ludzkiej. Niektórzy autorzy uważają, że nawet 5% populacji choruje na łuszczycę zaś zaniżone dane wynikają z wstydlwego ukrywania tego schorzenia przez wielu chorych. Częstość występowania zależy od czynników geograficznych. Łuszczyca jest częsta w Europie, rzadziej występuje u Azjatów, sporadycznie u ludności czerwonoskórej.

07. Typy łuszczycy

Wyróżnia się dwa typy łuszczycy:

Typ I: (z obecnością u ok. 85% pacjentów HLA Cw6) - **typ młodzieńczy**, w którym pierwsze objawy choroby ujawniają się przed końcem 30. r.ż, szczególnie między 16. a 22. r.ż. Przebieg choroby jest cięższy, częściej występuje rodzinnie.

Typ II: (z obecnością u ok. 15% pacjentów HLA Cw6) - **typ dorosłych**. Ujawnia się po 40. r.ż., szczyt zachorowania przypada ok. 60. r.ż. i charakteryzuje się łagodniejszym przebiegiem, na ogół nie stwierdza się występowania rodzinnego.

08. Czynniki prowokujące

Spośród czynników prowokujących pojawienie się zmian łuszczycowych na pierwszym miejscu wymienia się **urazy mechaniczne**. Zjawisko to, opisane przez Koebnera w 1872 roku, występuje u 30-50% chorych. **Infekcje** (często jak grypa, angina, zapalenie migdałków) stanowią kolejny, klasyczny czynnik wyzwalający wysiewy łuszczycy. 56-85% chorych z ostrą, wysiewną postacią choroby podaje w wywiadzie przebycie infekcji paciorkowcowej, natomiast 30-40% chorych wiąże pojawienie się zmian łuszczycowych ze **stresiem psychicznym**. Znany jest również fakt zaostrzenia choroby **po niektórych lekach** (solach litu, beta-blokerach, po przerwaniu ogólnego leczenia kortykosteroidami).

09. Charakterystyka kliniczna

Klinicznie choroba charakteryzuje się grudkowo-złuszczającymi wykwitami o bogatej morfologii. Najczęściej zajęta jest skóra prostowników kończyn, szczególnie łokci i kolan oraz okolica łędzwiowa i pośladki. Często zmiany lokalizują się na skórze owłosionej głowy, zwykle wzdłuż linii włosów, na czole i małżowinach usznych. U około 50% chorych zajęte są płytki paznokciowe. Nasilenie zmian może być różne, od niewielkich ognisk zajmujących wymienione wyżej okolice, do postaci z zajęciem całej skóry, a nawet stawów. Łuszczycowe zapalenie stawów występuje u 5-7% chorych na łuszczycę i definiowane jest jako seronegatywne zapalenie stawów ze współistnieniem zmian łuszczycowych na skórze.

10. Postacie łuszczycy

W zależności od obrazu klinicznego i nasilenia procesu chorobowego wyróżnia się następujące postaci choroby:

1. **łuszczycę zwyczajną** (*psoriasis vulgaris*) - wysiewną, zadawnioną, przewlekłą plackowatą,
2. **łuszczycę krostkową** (*psoriasis pustulosa*) - ograniczoną dłoni i stóp, rozsianą, uogólnioną typu von Zumbusch,
3. **łuszczycę stawową** (*psoriasis arthropatica*),
4. **łuszczycę paznokci** (*psoriasis unguium*).

Najczęściej spotykana jest **łuszczycyca zwyczajna** (*psoriasis vulgaris*), w której grudki zlewając się tworzą blaszki łuszczycowe; na ich powierzchni pojawia się drobnopłatowa, nawarstwiona łuska. Wykwity te tworzą ogniska łuszczycowe od kilkumilimetrowej do kilkunastocentymetrowej plackowatej wielkości. Niekiedy, po dłuższym okresie utrzymywania się zmian łuszczycowych, dochodzi do częściowego ustępowania ich w części centralnej. Tworzą się wtedy zmiany obrączkowate, z tendencją do szerzenia się obwodowo.

W przebiegu łuszczycy zwykłej obserwuje się zmiany paznokciowe o charakterze nieregularnych, drobnych, punkcikowatych wgłębień w płytce (paznokcie naparstkowe), które stanowią zaburzenie rogowacenia paznokci. Nasilone jest znacznie rogowacenie podpaznokciowe, co powoduje, że wolny koniec płytki paznokciowej unosi się ku górze (koniecznie należy różnicować te zmiany z grzybicą paznokci). Występowanie żółtych lub brązowych plam w obrębie płytki, tzw. plam olejowych, świadczy o obecności w obrębie łożyska paznokcia grudek łuszczycowych.

Poza tymi objawami obserwuje się kruchość, łamliwość, podłużne rowkowanie płytki, zmiany jej zabarwienia oraz oddzielanie się od łożyska.

Różnicowanie postaci zwykłej łuszczycy należy przeprowadzić m.in. z: liszajem płaskim, przewlekłą przyłuszczycą liszajowatą, łupieżem różowym Gilberta, grzybicą skóry gładkiej i paznokci, osutką kiłową, podostrą postacią liszaja rumieniowatego.

Zmiany, szczególnie na skórze owłosionej głowy, mogą sugerować łojotokowe zapalenie skóry (*dermatitis seborrhoica*), trzeba też pamiętać o nierzadkim współistnieniu obu tych chorób.

Ryc.1. Łuszczyca zwyczajna



Placki łuszczycowe



Ogniska łuszczycowe na łokciach



Zmiany łuszczycowe na paznokciach

Łuszczyca krostkowa (*psoriasis pustulosa*) - charakteryzuje się występowaniem jałowych krostek wielkości 2-3 mm, zlokalizowanych na podłożu rumieniowym, najliczniej na obwodzie ognisk zapalnych. Często zlewają się one ze sobą, powodując w dalszym przebiegu spełzanie powierzchni zmian.

Postać łuszczycy krostkowej uogólnionej (von Zumbusch) jest najcięższą postacią choroby, OB jest zwykle podwyższone, we krwi stwierdza się leukocytozę, pacjent może gorączkować i niekiedy opisuje się zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej w postaci „języka geograficznego”.

Łuszczyca krostkowa ograniczona (dłoni i stóp) występuje na powierzchni dłoni i podeszw stóp. Ogniska rumieniowe, w których obrębie stwierdza się liczne krosty z jałową treścią ropną, wykazują tendencję do zlewania się i uporczywych nawrotów (np. związanych z infekcją).

Łuszczyca krostkowa na dłoniach i stopach różnicowana jest z grzybicą, wypryskiem potnicowym rąk i stóp.

Ryc.2. Łuszczyca krostkowa.



Łuszczyca krostkowa na powierzchni
dłoni i stóp.

Liczne zlewające się wykwity krostkowe w obrębie zapalnych, rumieniowo-wysiękowych zmian na wyprostnych częściach kończyn dolnych

W **łuszczycy stawowej** (*psoriasis arthropatica*) poza wykwitami łuszczycowymi występują zmiany stawowe. W ostrym okresie występuje rumień, obrzęk dystalnych okolic międzypaliczkowych, a gdy proces chorobowy trwa długo, dochodzi do destrukcji i zniekształceń kości, skrócenia paliczków, które radiologicznie przypominają zaostrome ołówki. Zmiany stawowe prowadzą niejednokrotnie do trwałego inwalidztwa. Badania laboratoryjne wykazują brak czynnika reumatoidalnego w surowicy krwi (80%), natomiast częstą obecność antygenu zgodności tkankowej HLA- B27.

Łuszczycza stawowa jest różnicowana z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Rys.3. Łuszczycza stawowa



W **erytrodermii łuszcycowej** stan zapalny i złuszczenie obejmują całą skórę. Jest ona wynikiem uogólnienia się różnych postaci łuszczycy. Wymaga zróżnicowania z powstającymi na innym tle uogólnionymi zapaleniami skóry, tj. w przebiegu atopowego zapalenia skóry, wyprysku, liszaja płaskiego, zespołu Sezarięgo, odczynów polekowych i innych. Może stanowić trudność diagnostyczną, gdy występuje u pacjenta z dotychczas nie rozpoznaną łuszczycą.

11. Metody leczenia

Chociaż wiadomo, że przyczyny łuszczycy są najprawdopodobniej genetyczne, to należy pamiętać, że jej występowanie zależy także od:

1. silnych wstrząsów psychicznych i stresów;
2. niedoborów pierwiastków (wg najnowszych badań zwłaszcza cynku i selenu);
3. niedoborów NNKT, zwłaszcza omega-3 (NNKT - niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe);
4. zatrucia organizmu;
5. stanów zapalnych w organizmie.

W związku ze zbyt małą wiedzą na temat tej choroby stale poszukuje się sposobów na usunięcie jej objawów. Cały czas trwają także badania zmierzające do poznania mechanizmów jej powstawania i odkrycia sposobu na jej wyleczenie.

12. Farmakoterapia

Ponieważ przyczyna łuszczycy pozostaje nadal nieznana, leczenie farmakologiczne ma ciągły charakter objawowy.

Podstawowe znaczenie w terapii większości chorych na łuszczycę odgrywa leczenie miejscowe. Terapia miejscowa stanowi również niezbędne uzupełnienie leczenia ogólnego. Rozpoczyna się zazwyczaj od stosowania **leków keratolitycznych** (zawierających kwas salicylowy) usuwających łuskę łuszcycową i umożliwiających w ten sposób penetrację do skóry aktywnych leków.

Kwas salicylowy używany jest w stężeniach 3 do 10%; wyższe mogą być aplikowane na skórę dłoni i stóp. Kwas salicylowy powinien być stosowany z ostrożnością u chorych z zajęciem rozległych obszarów skóry i/lub jej uszkodzeniami, a także u dzieci.

Cignolina (anthralin, dithranol) – lek tradycyjnie stosowany w terapii łuszczycy od dziesiątków lat, wywierająca wielokierunkowe działanie na naskórek łuszcycowy (m.in. poprzez wpływ na syntezę DNA i blokowanie aktywności prostaglandyn). Leczenie cignoliną - ze względu na jej efekt podrażniający - rozpoczyna się od aplikowania najniższych stężeń leku - 0,125% na 12 godzin i stopniowego ich zwiększania do 0,25%, 0,5%, 1%, zależnie od skuteczności klinicznej i objawów podrażnienia skóry otaczającej (tzw. terapia ciągła). Alternatywną formą opisanej metody jest, tzw. leczenie minutowe, przydatne szczególnie w warunkach leczenia ambulatoryjnego, w którym stosowane są wyższe stężenia: od 1 do 2% przez krótszy czas (od 5 minut do 1-2 godzin).

Dziegcie - produkty suchej destylacji drewna lub węgla kamiennego stosowane są w postaci 20-50% past i maści, wchodzi w skład gotowych preparatów łączonych oraz preparatów leczniczo-pielęgnacyjnych przeznaczonych dla skóry łuszcycowej (szampony, oleje do kąpieli). Dziegcie mogą uwrażliwiać skórę na działanie światła słonecznego, a także działać miejscowo drażniąco.

Kortykosteroidy stosowane są w przypadkach zmian łuszcycowych z dużą komponentą zapalną, z towarzyszącym świądem oraz do leczenia ognisk łuszczycy zadawnionej. Obecnie dostępna jest szeroka gama preparatów o różnej sile działania przeciwzapalnego i stopniu przenikania do skóry. Glikokortykosteroidy powodują spadek przepuszczalności naczyń krwionośnych dla mediatorów stanu zapalnego. Maści glikokortykosteroidowe, szczególnie fluorowane, należy stosować bardzo ostrożnie

w związku z możliwością powikłań ogólnych związanych z wchłanianiem i możliwością wystąpienia zaników skóry, odbarwień, przebarwień oraz rozstępów. Stosuje się je krótko, przez kilka dni, by uniknąć zjawiska tachyfilaksji, unikając stosowania w okolicach twarzy, szyi, krocza, czyli w miejscach o kilkakrotnie zwiększonej wchłanialności. Korzystne w działaniu są połączenia sterydów i dziegci. Długotrwałe stosowanie glikokortykosteroidów powoduje częstsze nawroty i oporność na dalsze leczenie. Można sprowokować nawet wysiew zmian o charakterze łuszczycy krostkowej.

Pochodne witaminy D - calcitriol i jego obecnie stosowane pochodne calcipotriol i takalcitol stanowią najnowszą grupę preparatów do miejscowego leczenia łuszczycy. Leki te redukują nadmierną proliferację keratynocytów, regulują ich prawidłowe różnicowanie, modulują również funkcje limfocytów. Skuteczność pochodnych witaminy D w redukowaniu rumienia, złuszczenia i nacieku w obrębie ognisk łuszczycowych jest porównywalna z efektem, jaki wywierają kortykosteroidy o średniej i dużej mocy. Podstawowym efektem niepożądanym tej terapii jest miejscowe działanie drażniące, szczególnie w obrębie twarzy i owłosionej skóry głowy.

Fototerapia jest obecnie szeroko stosowaną metodą leczenia łuszczycy. Kwalifikowani są do niej chorzy z niemal wszystkimi postaciami łuszczycy zwyczajnej, szczególnie ze zmianami rozległymi lub rozsianymi, w których stosowanie preparatów miejscowych jest utrudnione lub niemożliwe, a także łuszczycą stawową i łuszczycą krostkową w fazie ustępowania (przeciwwskazaniem jest okres wysiewny uogólnionej łuszczycy krostkowej typu von Zumbusch). Fototerapię stosuje się przy wykorzystaniu dwóch podstawowych sposobów: naświetlania promieniami UVB, w którym stosuje się najczęściej dwa rodzaje naświetlań: pełnym spektrum UVB: 290-320 nm lub wąskim pasmem napromieniania UVB: 320 nm (SUP) oraz fotochemioterapii (PUVA). Metoda PUVA polega na zastosowaniu długich promieni UVA (320-400 nm) w połączeniu z miejscowym lub ogólnym podawaniem leków z grupy psoralenów: 8-metoksypsoralenu lub 5-metoksypsoralenu. Zabiegi PUVA stosuje się zazwyczaj 3 razy tygodniowo. Dawki promieniowania podwyższa się w zależności od typu skóry i jej reakcji na promienie UVA. W trakcie leczenia mogą wystąpić ostre objawy niepożądane w postaci nudności, wymiotów, złego samopoczucia, rumienia fototoksycznego. Do późnych objawów ubocznych zalicza się przyspieszone starzenie skóry, zwiększone ryzyko nowotworów skóry, zwłaszcza raków kolczystokomórkowych, zaćmę. Ze względu na ryzyko powstania zaćmy pod wpływem PUVA istnieje bezwzględna konieczność ochrony narządu wzroku (okulary przeciwsłoneczne) przez co najmniej 8 godzin od momentu zażycia psoralenów.

Opisane powyżej metody terapii miejscowej i fototerapii pozwalają uzyskać w większości przypadków chorych na łuszczycę o łagodnym i średnio ciężkim przebiegu różnie długo utrzymujące się remisje choroby; u pozostałych chorych niezbędne jest stosowanie leczenia ogólnego.

Metotreksat jest lekiem stosowanym od ponad 40 lat w leczeniu ciężkich postaci łuszczycy, a szczególnie łuszczycowego zapalenia stawów. Do leczenia metotreksatem mogą być także kwalifikowani chorzy z łuszczycą krostkową i rozległą łuszczycą zwyczajną oporną na inne metody leczenia.

Pochodne witaminy A - retinoidy - są lekami z wyboru w leczeniu uogólnionej łuszczycy krostkowej i erythrodermii łuszczycowej. Stosowane są także w leczeniu nasilonych postaci łuszczycy zwyczajnej i łuszczycy stawowej. **Acitretin** (neotigason), będący pochodną wcześniej stosowanego tigasonu, stosuje się w pojedynczej, dziennej dawce 25 mg do 50 mg na dobę przez 4 tygodnie, następnie w dawce zredukowanej, dobieranej indywidualnie dla każdego chorego, w zależności od reakcji klinicznej. Głównym objawem niepożądanym, ograniczającym stosowanie retinoidów u kobiet w wieku rozrodczym, jest ich teratogenne działanie. Z tego powodu zapobieganie ciąży w trakcie terapii i do 2 lat od jej zakończenia jest bezwzględnie konieczne. Ostre objawy niepożądane są zależne od dawki leku i mają odwracalny charakter. Należą do nich: suchość śluzówek jamy ustnej, nosa, spojówek, zwiększona urażalność skóry, przerzedzenie włosów, bóle mięśniowo-stawowe. U części chorych dochodzi do podwyższenia poziomu cholesterolu, trójglicerydów, transaminaz i bilirubiny. Retinoidy stosuje się również w leczeniu skojarzonym w połączeniu z terapią promieniami UVB (metoda nosi nazwę Re-SUP) oraz z fotochemioterapią - Re-PUVA.

Immunosupresory

Chorzy z ciężką łuszczycą zwyczajną i łuszczycą stawową, u których leczenie ogólne metodą PUVA, retinoidami, Re-PUVA, metotreksatem okazało się niewystarczająco skuteczne lub istnieją przeciwwskazania do stosowania tych leków, kwalifikowani są do leczenia cyklosporyną A. Jest to cykliczny polipeptyd o właściwościach immunosupresyjnych, hamujący cytokiny limfocytów T i keratynocytów. Do bezwzględnych przeciwwskazań tej terapii należy uszkodzenie funkcji nerek, nie kontrolowane nadciśnienie tętnicze krwi, ciężkie choroby wątroby, choroba nowotworowa, czynne infekcje, ciąża. Leczenie rozpoczyna się zazwyczaj od dawki 2,5 mg/kg/d i nie przekracza się 5 mg/kg/d, kontrolując co 2-4 tygodnie ciśnienie tętnicze krwi, morfologię, stężenie kreatyniny, kwasu moczowego, bilirubiny, fosfatazy alkalicznej, AST, ALT. Uszkodzenie nerek oraz nadciśnienie tętnicze stanowią dwa najważniejsze objawy niepożądane terapii cyklosporyną A. Lek może ponadto uszkadzać wątrobę, powodować bóle głowy, nudności, wymioty, parestezje, nadmierne owłosienie, przerost dziąseł oraz zwiększać ryzyko rozwoju nowotworów przy wieloletnim leczeniu.

Profilaktyka

W zapobieganiu nawrotom łuszczycy bardzo istotne jest postępowanie profilaktyczne. Polega ono na unikaniu znanych czynników zaostrzających i prowokujących wysiewy łuszczycy (stresy, niektóre leki, nadwaga) oraz zwalczaniu przewlekłych stanów zapalnych (leczenie próchniczo zmienionych zębów, chorób przyzębia, infekcji pasożytniczych, usuwanie migdałków podniebiennych przy nawracających infekcjach paciorkowcowych górnych dróg oddechowych). Zalecana jest umiarkowana ekspozycja na światło słoneczne, dieta niskokaloryczna oraz eliminacja używek, szczególnie alkoholu.

13. Zestawienie dostępnych preparatów

Leki przeciwłuszczycowe do stosowania zewnętrznego

Preparaty dziegciowe

- Delatar
- Freederm Tar Shampoo
- Linola D-krem
- Polytar AF
- Polytar liquid
- Psorisan

Pochodne antracenu

- Cignoderm

Psoraleny

- Oxsoralen

Inne

- Betasol
- Curatoderm
- Psorcutan

Leki recepturowe

Leki przeciwłuszczycowe do stosowania wewnętrznego

Psoraleny

- Geralen
- Oxsoralen

Retinoidy

- Neotigason

14. Szczegółowy opis preparatów

Leki przeciwłuszczycowe do stosowania zewnętrznego

Preparaty dziegciowe

Delatar – *Coal tar*

Dermaticum, antipsoriaticum - maść: (0,02g/g) tuba 50 g - 30%

Skład - 1 g maści zawiera 20 mg bezbarwnej i bezwonnej smoły węglowej (dziegciu).

Działanie - Smoła węglowa działa silnie keratolitycznie. Wywierając działanie drażniące skórę, zwiększa jej wrażliwość na promieniowanie słoneczne i nadfioletowe. Działa także antymitotycznie, hamując procesy regeneracji naskórka, oraz antyseptycznie; ponadto łagodzi świąd i zmniejsza odczyny zapalne.

Wskazania - Łuszczyca, wyprysk, łojotok, przyłuszczyca grudkowa i inne przewlekłe choroby skóry przebiegające z lichenizacją.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na lek, liszaj rumieniowaty, łuszczyca przebiegająca z poważnym zakażeniem skóry. Nie zaleca się stosowania w ciąży i okresie karmienia piersią. Ostrożnie stosować w ostrej fazie łuszczycy.

Działania niepożądane - Podrażnienie i stany zapalne skóry. Stosowany przez dłuższy czas na dużą powierzchnię skóry może spowodować uszkodzenie nerek.

Dawkowanie - Miejsca chorobowo zmienione smaruje się maścią 2-3 razy dziennie. Należy chronić oczy przed kontaktem z maścią.

Frederm Tar Shampoo – *Coal tar*

Dermaticum, antipsoriaticum - szampon leczniczy: (0,005 g/g) flakon 150 ml

Skład - 1 g preparatu zawiera 5 mg oczyszczonej smoły pogazowej.

Działanie - Leczniczy szampon przeciwłojotokowy, będący połączeniem oczyszczonej smoły pogazowej z łagodnie działającym środkiem powierzchniowo czynnym. Usuwa nadmiar łoju z owłosionej skóry głowy. Preparat nie zawiera środków konserwujących, barwników i substancji zapachowych, odpowiedzialnych najczęściej za reakcje nadwrażliwości.

Wskazania - Łojotokowe zapalenie oraz łuszczyca skóry głowy.

Dawkowanie - Włosy należy umyć dwukrotnie, pozostawiając za drugim razem szampon na włosach przez 5 min, a następnie spłukać. Szampon stosuje się co 3 dni.

Linola D – *Coal tar*

Antisepticum, dermaticum - krem (2,0%) tuba 25 g

Skład - 100 g kremu zawiera 2,0 g dziegciu z węgla kamiennego (Pix Lithanthracis).

Działanie - Preparat do stosowania zewnętrznego, emulsja typu W/O działająca silnie natłuszczająco. Dziegieć, otrzymywany w procesie destylacji węgla kamiennego, jest związkiem wykazującym właściwości redukujące, przeciwświądowe i odkażające.

Wskazania - Łuszczyca zwykła, różne postaci wyprysku z objawami lichenizacji, świerzbiaczka ograniczona, liszaj płaski.

Przeciwwskazania - Choroby skóry przebiegające z wysiękiem, ostre stany zapalne skóry, uszkodzenia naskórka. Nie stosować długotrwale i na duże powierzchnie skóry u pacjentów z niewydolnością nerek. Ostrożnie stosować na skórę twarzy, fałdy skórne i okolice narządów płciowych.

Działania niepożądane - Podrażnienie skóry, wysypka trądzikopodobna, rzadko reakcje nadwrażliwości. Stosowany długotrwale i na duże powierzchnie skóry może powodować uszkodzenie nerek.

Dawkowanie - chorobowo zmienioną powierzchnię skóry smaruje się 2-3 razy dziennie kremem. Leczenie należy kontynuować jeszcze przez kilka dni po ustąpieniu objawów.

Uwaga - Podczas leczenia należy unikać nasłonecznienia.

Polytar AF – (Coal tar, Pyrithione zinc)

Dermaticum, antipsoriaticum - szampon leczniczy: (63 4%) flakon 150 ml

Skład

100 g szamponu zawiera 1 g mieszaniny dziegci i 1 g pirytionianu cynku.

Działanie - Dziegcie działają keratolitycznie, przeciwświądowo, antyseptycznie. Zmniejszając syntezę DNA, hamują nadmierny podział komórek naskórka, m.in. w łuszczycy. Pirytionian cynku wywiera działanie bakteriostatyczne i przeciwgrzybicze, m.in. wobec *Pityrosporum ovale* - grzyba odpowiedzialnego za powstawanie łupieżu.

Wskazania - Leczenie chorób owłosionej skóry głowy, takich jak: łuszczyca, łupież, łojotok, stany zapalne i świąd skóry. Profilaktyka łojotoku i łupieżu.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na składniki preparatu. Brak danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania w ciąży i okresie karmienia piersią.

Działania niepożądane - Może wystąpić podrażnienie skóry, wysypka, rzadziej fotonadwrażliwość.

Dawkowanie - 2-3 razy w tygodniu nanosi się szampon na wilgotne włosy, masuje skórę głowy przez 2-3 min, a następnie spłukuje. Czas leczenia wynosi 3 tyg. W profilaktyce łojotoku i łupieżu szampon stosuje się raz w tygodniu.

Polytar liquid – Coal tar

Dermaticum, antipsoriaticum - szampon leczniczy: (63,4%) flakon 150 ml

Skład - 100 g szamponu zawiera 1 g mieszaniny dziegci.

Działanie - Szampon leczniczy o pH 5,5, zawierający mieszaninę dziegci, działających keratolitycznie, przeciwświądowo i antyseptycznie na owłosioną skórę głowy; zmiękcza zrogowaciały naskórek, ułatwia mechaniczne usunięcie łusek. Dzięki działaniu przeciwświądowemu zmniejszają tendencję do drapania, zapobiegając zakażeniu skóry.

Wskazania - Choroby owłosionej skóry głowy: łuszczyca, łupież, łojotok, wyprysk, świąd. Ponadto preparat zaleca się do zmywania maści przeciwłuszczycowych.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na składniki preparatu. Brak danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania w ciąży i okresie karmienia piersią.

Działania niepożądane - Niekiedy może wystąpić podrażnienie skóry, wysypka i fotonadwrażliwość (jeśli podrażnienie utrzymuje się przez dłuższy czas, stosowanie preparatu należy przerwać).

Dawkowanie - 1-2 razy w tygodniu stosuje się szampon do dwukrotnego mycia włosów i skóry głowy.

Uwaga - Należy chronić oczy przed kontaktem z preparatem.

Psorisan – (Coal tar, Salicylic acid, Zinc oxide)

Dermaticum, antipsoriaticum - maść 5%: tuba 50 g maść 10%: tuba 50 g maść 20%: tuba 50 g

Skład - 100 g maści zawiera 5 g (10 g lub 20 g) smoły węglowej (dziegciu), 25 g tlenku cynku, 2 g kwasu salicylowego i 10 g wosku pszczelego.

Działanie - Głównym składnikiem leku jest prodermina - dziegć z węgla kamiennego (smoła pogazowa) - która posiada bardzo silne właściwości redukujące. Poprzez odbieranie tlenu z tkanek powoduje ona osłabienie procesów życiowych skóry, hamuje czynności mitotyczne naskórka i zmniejsza odczyny zapalne. Wykazuje więc silne działanie keratolityczne. Związki siarkowe występujące w proderminie potęgują jej działanie redukujące. Poza tym prodermina wykazuje właściwości przeciwbakteryjne i przeciwświądowe. Siarka hamuje wydzielanie gruczołów łojowych.

Wskazania - Łuszczyca, wyprysk, złuszczenie łuszczycowate, świerzbiączka, zapalenie łojotokowe skóry.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na lek. Uszkodzenie nerek.

Działania niepożądane - Stosowana na duże powierzchnie skóry może dać objawy zatrucia oraz uszkodzenie nerek ze względu na obecność związków fenolowych. Czasami występuje podrażnienie skóry lub uczulenie kontaktowe. Uczuła na słońce.

Dawkowanie - Chorobowo zmienione miejsca smarować maścią 1-2 razy dziennie.

Pochodne antracenu

Cignoderm – (*Dithranol, Salicylic acid*)

Dermaticum, antipsoriaticum

Skład - 1 g maści zawiera 1 mg (5 mg, 10 mg lub 20 mg) ditranolu oraz 500 mg kwasu salicylowego.

Działanie - Preparat o synergicznym działaniu składników. Ditranol - pochodna antranolu - wykazuje silne działanie keratolityczne i drażniące. Hamuje replikację DNA i syntezę białek, przez co zmniejsza szybkość podziałów komórkowych. Ze względu na silne właściwości redukujące łatwo się utlenia do nieczynnych związków. Obecność kwasu salicylowego w preparacie przeciwdziała utlenianiu oraz nasila działanie złuszczone.

Wskazania - Łuszczyca zwykła.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na składniki preparatu, ostre stany łuszczycy (z erythrodermią), łuszczyca wysiękowa, krostkowa, kamica nerkowa, ciąża, dzieci. Nie stosować w skojarzeniu z miejscowo działającymi preparatami kortykosteroidów. Nie stosować na skórę twarzy.

Działania niepożądane - Podrażnienie i zaczerwienienie skóry, uczucie pieczenia. Po zastosowaniu na błony śluzowe wywołuje ostre stany zapalne, a w razie przedostania się do oczu może być przyczyną owrzodzenia rogówki. Preparat stosowany na zbyt dużą powierzchnię może spowodować zatrucie ditranolem, który bardzo dobrze wchłania się z powierzchni skóry. Ostre zatrucie może dawać objawy ze strony o.u.n. (drgawki, pobudzenie, później osłabienie ruchowe, apatia, majaczenia). Długotrwałe stosowanie może spowodować uszkodzenie nerek, methemoglobinemię.

Dawkowanie - Na zmienioną chorobowo powierzchnię nanieść cienką warstwę maści. Po 1-3 h zetrzeć maść wacikiem i zmyć powierzchnię skóry ciepłą, wodą, z dużą ilością, mydła. Preparat 2,0% stosowany jest do tzw. terapii minutowej: nałożyć na 5-30 min, po czym zmyć powierzchnię skóry.

Uwaga - Do aplikacji używać rękawiczek ochronnych - lek powoduje brązowe zabarwienie skóry i włosów (można je usunąć wodnym roztworem chlorku wapnia). Chronić oczy przed lekiem. Kuracja nie powinna trwać dłużej niż 4 tygodnie.

Psoraleny

Oxsohalen – *Methoxsalen*

Hyperpigmentativum - płyn do stos. na skórę: (0,01 g/ml) flakon 50 ml

Skład - 1 ml płynu zawiera 10 mg metoksalenu.

Działanie - Powoduje wzrost wrażliwości skóry na promienie ultrafioletowe i zwiększa wytwarzanie melaniny przez komórki barwnikowe. Lek nie działa, gdy melanocyty są niewydolne, naświetlania lub ekspozycja na słońce mogą spowodować ciężkie poparzenia.

Wskazania - Bielactwo; lek stosowany jest w leczeniu skojarzonym z kontrolowaną ekspozycją na promienie ultrafioletowe A (320-400nm) lub na światło słoneczne.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na światło słoneczne, tocznia rumieniowata, porfiria, choroby skóry związane z nadwrażliwością, na światło i promienie ultrafioletowe, czerniak lub inne nowotwory skóry aktualnie i w wywiadzie. Nie określono zasad bezpiecznego stosowania u dzieci poniżej 12 r.ż.

Działania niepożądane - Ostre poparzenia leczonych obszarów skóry pod wpływem naświetlania. Przy przestrzeganiu właściwego stosowania leczenie jest bezpieczne, niewielkie pęcherzyki, nie stanowią przeciwwskazania do kontynuacji leczenia.

Interakcje - Należy zachować ostrożność podczas jednoczesnego przyjmowania leków zwiększających wrażliwość na promienie ultrafioletowe takich jak: gryzeofulwina, fenotiazyny, kwas nalidiksowy (Negram), sulfonamidy, tetracykliny, tiazydy, leki zawierające barwniki (błękit metylenowy, błękit toluidynowy, oranż metylenowy), salicylanidy (mydła bakteriostatyczne).

Dawkowanie - Płyn powinien być nałożony na ściśle określoną okolicę, po 1-2 h może nastąpić ostrożna ekspozycja na słońce lub na promienie UV - w 1 tygodniu 1/4 min., w 2 tygodniu 1/2 min., w 3 tygodniu 1 min., w 4 tygodniu 1 1/2-2 min. Przez cały czas należy obserwować reakcje skóry. Przy dobrej tolerancji leczenie należy kontynuować przez następne 3-4 tygodnie.

Betasol – (*Bardana extract, Betula extract, Eguisetum extract, Ononis extract, Pericarpium Phaseoli extract, Rheum extract, Sambucus extract*)

Antipsoriaticum - płyn doustny: flakon 90 g PP

Skład - Preparat zawiera 90,0% wyciągu płynnego z: *Pericarpium Phaseoli*, *Radix Bardanae*, *Radix Ononidis*, *Radix Rhei*, *Herba Equiseti*, *Herba Fagopyri*, *Fructus Sambuci*, *Folium Betulae*, 10,0% gliceryny.

Działanie - Preparat o wielokierunkowym działaniu: strąki fasoli wykazują, właściwości moczopędne i przeciwcukrzycowe; korzeń łopianu obok działania moczopędnego zwiększa wydzielanie potu i żółci; korzeń wilżyny pobudza wydzielanie soku żołądkowego i wydalanie moczu; korzeń rzewienia wykazuje zarówno działanie przeczyszczające (obecność antrazwiązków), jak i zapierające (garbniki); ziele skrzypu zmniejsza kruchość i przepuszczalność naczyń włosowatych; liście brzozy i owoce bzu czarnego działają moczopędnie i napotnie.

Wskazania - Pomocniczo w leczeniu i zapobieganiu nawrotowi łuszczycy.

Działania niepożądane - Przejściowo mogą wystąpić nudności, wymioty i brak łaknienia.

Dawkowanie - Dorośli - 3 razy dziennie po 1 łyżeczce do herbaty rozpuszczając w 1/3 szklanki płynu.

Curatoderm – *Tacalcitol monohydrate*

Antipsoriaticum

Skład - 1 g maści zawiera 4,17 µg monohydratu takalcitolu.

Działanie - Analog witaminy D3. Hamuje nadmierny rozrost naskórka, wspomaga prawidłowy proces rogowacenia i moduluje procesy zapalne. Zastosowany miejscowo na skórę wchłania się zaledwie w około 0,5%. Jego główny metabolit wykazuje 5-10 razy mniejszą aktywność niż witamina D. Takalcitol i jego metabolity są wydalane głównie z moczem.

Wskazania - Miejscowe leczenie lekkiej i umiarkowanej postaci łuszczycy zwykłej plackowatej.

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na składniki preparatu, ciąża i okres karmienia piersią, łuszczyca krostkowa i grudkowa. Nie zaleca się stosowania u dzieci i osób poniżej 21 r.ż. oraz u pacjentów z zaburzeniami gospodarki wapniowej lub ciężką niewydolnością, wątroby, nerek bądź serca. Nie stosować na obszary skóry przekraczające 10% jej całkowitej powierzchni (tj. powyżej 5 g maści dziennie), ani na sączące zmiany rumieniowe, jeżeli jest z tym związana wyraźna okluzja. Nie stosować łącznie z preparatami kwasu salicylowego. Nie stosować dłużej niż przez 8 tygodni.

Działania niepożądane - U około 7% pacjentów występują, miejscowe reakcje skórne o łagodnym przebiegu (świąd, rumień, pieczenie). Stosowanie preparatu w dawkach większych niż zalecane może prowadzić do hiperkalcemii.

Interakcje - Kwas salicylowy (kwaśne pH) powoduje rozkład takalcitolu.

Dawkowanie - Raz dziennie (najlepiej wieczorem) nanosi się cienką warstwę maści na chorobowo zmienioną, skórę.

Uwaga - Takalcitol jest wrażliwy na działanie promieni UV. W przypadku stosowania naświetlań UVA w trakcie kuracji takalcitolem zaleca się stosować preparat wieczorem, a naświetlania rano. W przypadku jednoczesnego stosowania preparatów wapnia i/lub witaminy D zaleca się okresowe kontrolowanie stężenia wapnia we krwi. W przypadku hiperkalcemii leczenie należy przerwać do czasu normalizacji parametrów kalcemii i kalciurii. Chronić oczy przed kontaktem z preparatem.

Psorcutan – *Calcipotriol*

Antipsoriaticum

Skład - 1 g maści zawiera 0,05 mg kalcipotriolu.

Działanie - Preparat do stosowania zewnętrznego, pochodna witaminy D3.

Wskazania - Miejscowe leczenie lekkich i średniociężkich postaci łuszczycy przewlekłej (typu plackowatego).

Przeciwwskazania - Nadwrażliwość na składniki preparatu, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, ciężka niewydolność nerek lub wątroby, ciąża i okres karmienia piersią, dzieci i młodzież do 18 r.ż. Nie stosować na obszary skóry przekraczające 30% jej powierzchni, na twarz i owłosioną skórę głowy oraz w łuszczycy wysiękowej i krostkowej.

Działania niepożądane - Miejscowe, przemijające podrażnienie skóry (świąd, zaczerwienienie, pieczenie), rzadko zapalenie skóry wokół ust (ustępujące po odstawieniu leku).

Dawkowanie - Maść nanosi się 2 razy dziennie na chorobowo zmienioną skórę i delikatnie wklepuje.

Uwaga - Przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu należy oznaczyć stężenie wapnia we krwi, należy je także kontrolować podczas długotrwałego stosowania (w przypadku hiperkalcemii lek należy odstawić). Nie stosować większej ilości maści niż 15 g dziennie i 100 g tygodniowo. Czas leczenia nie powinien przekraczać 6-8 tygodni; w uzasadnionych przypadkach można go przedłużyć do 1 roku, pod warunkiem że tygodniowa dawka maści nie przekracza 50 g.

Leki recepturowe

Zastosowanie znajdują także leki recepturowe o składzie opartym głównie na typowych substancjach stosowanych w leczeniu objawów łuszczycy.

Za publikacją Receptariusz - S.Janicki i inni możemy wymienić:

Rp.

Cignolini 0,5g / Vaselini flavi ad 100,0g

Rp.

Cignolini 0,25g / Pastae Zinci oxydati ad 100,0

Rp.

Cigantrali 0,5g / Acidi salicylici 5,0g / Vaselini albi ad 100,0

Rp.

Cignolini 1,0g / Acidi salicylici 2,5g / Prodermini 5,0g / Vaselini flavi ad 50,0

Rp.

Cignolini 0,25g / Acidi salicylici 3,0g / Olei Ricini 4,0g / Prodermini 5,0g / Adeps suillus ad 100,0

Rp.

Cigantrali 0,15g / Hydrocortisoni 0,3g / Acidi salicylici 1,0g / Vaselini albi ad 30,0

Rp.

Cignolini 0,1g / Hydrocortisoni 0,25g / Anaesthesini 3,0g / Acidi salicylici 10,0g / Zinci oxydati 50,0g / Vaselini flavi ad 150,0

Rp.

Cignolini 0,5g / Resorcini 1,5g / Acidi salicylici 5,0g / Sulfur ppt. 10,0g / Vaselini albi ad 100,0

Rp.

Cigantrali 0,15g / Pix liq. Pini 10,0g / Vaselini flavi ad 100,0

Z leków wykonywanych w mojej aptece mógłbym wymienić:

Rp.

Urea 5,0g; Acidum salicylicum 5,0g; Sulfur precipitatum 10,0g; Vaselinum flavum ad 100,0g

Rp.

Detreomycini 2,0g; Lorindeni A 30g; Vit. A 15 tys. jednostek; Vaselinum flavum ad 100,0g

Leki przeciwluszczykowe do stosowania wewnętrznego

Psoraleny

Geralen – *Methoxy-psoralen*

Hyperpigmentativum

Skład - 1 kaps. zawiera 20 mg 5-metoksypsoralenu.

Działanie - Powoduje wzrost wrażliwości skóry na promienie ultrafioletowe i zwiększa wytwarzanie melaniny przez komórki barwnikowe. Po podaniu doustnym wzrost wrażliwości na naświetlanie pojawia się po 1 h., maksymalny efekt występuje po 2 h i utrzymuje się do 8 h. To,5 wynosi 1 h. 90% jest eliminowane w ciągu 12 h w postaci metabolitów. Lek nie działa, gdy melanocyty są niewydolne, naświetlania lub ekspozycja na słońce mogą spowodować ciężkie poparzenia.

Wskazania - Bielactwo, fotochemoterapia łuszczycy, ziarniak grzybiasty.

Przeciwwskazania - Ciąża, należy przerwać leczenie, gdy pacjentka zajdzie w ciążę. Nadwrażliwość na światło słoneczne, toczeń rumieniowaty, niewydolność wątroby, gruźlica, cukrzyca porfirie. Leku nie stosuje się u dzieci poniżej 12 r.ż.

Działania niepożądane - Niekiedy objawy podrażnienia błony śluzowej żołądka - nudności, wymioty, mniej nasilone niż przy stosowaniu preparatu Oxsolaren, uszkodzenie komórek wątroby; objawy ze strony o.u.n. - bezsenność, stany depresyjne. Długotrwałe stosowanie łącznie z naświetlaniami promieniami UV może zwiększyć ryzyko raka skóry.

Interakcje - Należy zachować ostrożność podczas jednoczesnego przyjmowania leków zwiększających wrażliwość na promienie ultrafioletowe takich jak: gryzeofulwina, fenotiazyny, kwas nalidiksowy (Negram), sulfonamidy, tetracykliny, tiazydy, leki zawierające barwniki (błękit metylenowy, błękit toluidynowy, oranż metylowy), salicylanidy (mydła bakteriostatyczne).

Dawkowanie - Doustnie, dorośli i dzieci powyżej 12 r.ż. - bielactwo: 0,6-1,2 mg/kg m.c. w jednej dawce, następnie, po 2 h może nastąpić ekspozycja na światło słoneczne lub na promienie lampy UV. Pierwsze naświetlenie nie może przekraczać 10-15 minut, czas następnych powinien być każdorazowo zwiększany o 5 minut, pod obserwacją, reakcji pacjenta. Przy wystąpieniu podrażnienia skóry z powodu zbyt intensywnych naświetlań początkowych, należy natychmiast przerwać leczenie. Fotochemoterapia łuszczycy powinna być prowadzona indywidualnie pod kontrolą, reakcji pacjenta przez lekarza kierującego leczeniem. Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać próbę skórna (rumieniową). Dorośli 20-40 mg/dobę podawane w 2 dawkach po śniadaniu i po obiedzie, na około 2 h przed naświetlaniem. W czasie leczenia należy okresowo kontrolować czynność wątroby i morfologię.

Oxsolaren - *Methoxsalen*

Hyperpigmentativum

Skład - 1 kaps. zawiera 10 mg metoksalenu.

Działanie - Powoduje wzrost wrażliwości skóry na promienie ultrafioletowe i zwiększa wytwarzanie melaniny przez komórki barwnikowe. Po podaniu doustnym wzrost wrażliwości na naświetlanie pojawia się po 1 h, maksymalny efekt występuje po 2 h i utrzymuje się do 8 h, 90% jest eliminowane w ciągu 12 h w postaci metabolitów. Lek nie działa, gdy melanocyty są niewydolne; naświetlania lub ekspozycja na słońce mogą spowodować ciężkie poparzenia.

Wskazania - Bielactwo, fotochemoterapia łuszczycy, ziarniak grzybiasty.

Przeciwwskazania - Ciąża, należy przerwać leczenie, gdy pacjentka zajdzie w ciążę. Nadwrażliwość na światło słoneczne, toczeń rumieniowaty, niewydolność wątroby, gruźlica; cukrzyca, porfirie. Leku nie stosuje się u dzieci poniżej 6 r.ż.

Działania niepożądane - Niekiedy objawy podrażnienia błony śluzowej żołądka - nudności, wymioty, uszkodzenie komórek wątroby; objawy ze strony o.u.n. - bezsenność, stany depresyjne. Długotrwałe stosowanie łącznie z naświetlaniami promieniami UV może zwiększyć ryzyko raka skóry.

Interakcje - Należy zachować ostrożność podczas jednoczesnego przyjmowania leków zwiększających wrażliwość na promienie ultrafioletowe takich jak: gryzeofulwina, fenotiazyny,

kwasy naldyksowe, sulfonamidy, tetracykliny, tiazyny, leki zawierające barwniki (błękit metylenowy, błękit toluidynowy, oranż metylowy), salicylanidy (mydła bakteriostatyczne).

Dawkowanie - Doustnie, pacjentom o m.c. mniejszej niż 40 kg podaje się 1 kaps. (10 mg), 40-50 kg - 2 kaps. (20 mg), 50-60 kg - 3 kaps. (30 mg), powyżej 60 kg - 4 kaps. (40 mg). 1 h po podaniu preparatu pacjent poddawany jest naświetleniu ściśle określoną dawką promieniowania UV-A uzależnioną od rezultatu uprzednio przeprowadzonej próby wrażliwości skóry. Leczenie stosuje się zwykle raz dziennie 4 razy w tygodniu. Po 2 następujących po sobie dniach naświetlania powinno się zrobić 1 dzień przerwy. Dawkę promieniowania UV-A stosowaną w trakcie leczenia należy stopniowo zwiększać ze względu na zmieniające się zabarwienie naświetlanych rejonów skóry. Stopień i częstotliwość wzrostu stosowanej dawki promieniowania powinny być uzależnione od rezultatu uprzednio przeprowadzonej próby wrażliwości skóry oraz klinicznej reakcji pacjenta na stosowane leczenie. Przy wystąpieniu podrażnienia skóry z powodu zbyt intensywnych naświetlań początkowych, należy natychmiast przerwać leczenie. W czasie leczenia należy okresowo kontrolować czynność wątroby i morfologię.

Retinoidy

Neotigason - *Acitretin*

Antipsoriaticum

Skład - 1 kaps. zawiera 10 lub 25 mg acitretinu.

Działanie - Syntetyczny, aromatyczny analog kwasu retinowego. Zmniejsza nadmierne rogowacenie skóry, normalizuje odnowę i różnicowanie się komórek naskórka. Biodostępność po podaniu doustnym wynosi średnio 60% i różni się znacznie u poszczególnych pacjentów (35-95%). Wchłanianie zwiększa się w obecności posiłku. Maksymalne stężenie we krwi występuje po 1-4 h od podania. Ze względu na silne właściwości lipofilne łatwo przenika do tkanek. W 99% wiąże się z białkami osocza. Jest całkowicie metabolizowany w wątrobie; jego głównym metabolitem jest cis-acitretin. T_{1/2} acitretinu wynosi około 50 h, natomiast T_{1/2} metabolitu - około 60 h. U niektórych pacjentów (zwłaszcza po spożyciu alkoholu) jednym z metabolitów acitretinu jest także etretinat, którego T_{1/2} wynosi około 120 dni. Acitretin jest wydalany w postaci zmetabolizowanej w jednakowych ilościach z moczem i z żółcią.

Wskazania - Uogólniona łuszczyca krostkowa, ciężkie postacię łuszczycy zwykłej (w skojarzeniu z Re PUVA), łuszczyca erytrodermiczna, łuszczycowe zapalenie stawów i ograniczona łuszczyca krostkowa (w skojarzeniu z Re PUVA), wrodzona rybia łuska, łupież czerwony mieszkowy, choroba bariera.

Przeciwwskazania - Ciąża (na 4 tyg. przed rozpoczęciem leczenia, podczas jego trwania oraz przez 2 lata po jego zakończeniu należy stosować skuteczną, antykoncepcję), okres karmienia piersią, znaczne upośledzenie czynności wątroby lub nerek, zaburzenia metabolizmu lipidów, hiperwitaminoza A, nadwrażliwość na acitretin lub inne retinoidy. Nie należy stosować u pacjentów leczonych witaminą A lub jej pochodnymi, tetracyklinami, metotreksatem oraz u osób używających soczewek kontaktowych. Ostrożnie stosować u chorych na cukrzycę. U dzieci stosować wyłącznie w przypadku nieskuteczności innych metod leczniczych.

Działania niepożądane - Suchość warg, spojówek, błony śluzowej jamy ustnej i nosowej, zapalenie czerwieni wargowej, rumień, świąd, pieczenie, łuszczenie się naskórka dłoni i stóp, zanokcica, łamliwość paznokci, krwawienie z nosa, wypadanie włosów. Rzadko bóle głowy, bóle kostno-mięśniowe, zaburzenia widzenia (zwłaszcza nocnego), łagodne nadciśnienie wewnątrzczaszkowe. Niekiedy reakcje fotouczuleniowe. Może wystąpić przemijające zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, stężenia bilirubiny, glukozy, cholesterolu i triglicerydów we krwi (zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu lipidów, otyłością, cukrzycą lub nadużywających alkoholu). Objawy te są zależne od dawki i odwracalne. Długotrwałe leczenie podtrzymujące może wywołać hiperostozę i zwapnienia pozaszkieletowe. Acitretin działa silnie teratogennie.

Interakcje - Nasila działanie fenytoiny. Jednoczesne stosowanie z witaminą A lub innymi retinoidami prowadzi do hiperwitaminozy A. Z tetracyklinami - zwiększone ryzyko

podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego; jednoczesne stosowanie z metotreksatem może spowodować zapalenie wątroby.

Dawkowanie - Dorośli doustnie początkowo 25-30 mg dziennie przez 2-4 tyg., a następnie ustala się indywidualnie wielkość dawki podtrzymującej. W łuszczycy wynosi ona zazwyczaj 25-50 mg (maksymalnie 75 mg dziennie); dawkę tę podaje się zazwyczaj przez 6-8 tyg. W leczeniu zaburzeń keratynizacji dawka podtrzymująca może być mniejsza niż 20 mg dziennie (maksymalna dawka dobową - 50 mg). U dzieci dawka początkowa wynosi zazwyczaj około 0,5 mg/kg m.c./24 h; w uzasadnionych przypadkach dawkę tę można zwiększyć do 1 mg/kg m.c./24 h (należy ją stosować krótkotrwale i nie przekraczać całkowitej dawki dobowej 35 mg). Dawkę podtrzymującą ustala się indywidualnie na możliwie najniższym poziomie.

Uwaga - Podczas długotrwałego leczenia należy regularnie kontrolować stężenie lipidów i aktywność enzymów wątrobowych we krwi oraz wykonywać badania radiologiczne kości (szczególnie u dzieci należy zwrócić uwagę na parametry wzrostu i kostnienia). U chorych na cukrzycę należy w początkowej fazie leczenia kontrolować stężenie glukozy. Podczas leczenia i w ciągu roku po jego zakończeniu nie można być dawcą krwi.

15. Leki przeciwwskazane i niepożądane

Omawiając farmakologię łuszczycy należy także zwrócić uwagę na leki, które nie powinny być w stosowane w tej chorobie lub stosowane ze szczególną ostrożnością. Mogą one nasilać lub powodować powstawanie zmian łuszczycowych lub łuszczycopodobnych.

Należą do nich:

Leki β -adrenolityczne

Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa
Acebutolol	Abutol
Atenolol	Atenolol, Normocard, Tenormin
Metoprolol	Betaloc, Metohexal
Bisoprolol	Bisocard, Concor
Sotalol	Darob, Gilucor, Sotahexal, Sotalex
Carvedilol	Dilatrend
Betaxolol	Lokren
Nebivolol	Nebilet
Cerivedilol	Vivacor

Leki działające na układ renina – angiotensyna

Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa
Quinapril	Accupro
Enalapril	Benalapril, Ednyt, Enap, Enapress, Mapryl
Trandolapril	Gopten
Cilazapril	Inhibace
Trendolapril + Verapamil	Tarka

Inne

ABC-Salbe – maść zawierająca w swoim składzie salicylan dietyloaminy, nikotynian benzylu i noniwamidu. Ze względu na swoje działanie drażniące jest przeciwwskazana w łuszczycy.

Arechin (Chloroquine diphosphate) – lek pierwotniakobójczy

Intron A (Interferon alfa-2b) – lek przeciwnowotworowy, przeciwwirusowy i immunostymulujący

Lithium carbonicum (Lithium carbonate) – lek psycholeptyczny

Ontiderm (Polidocanol + Urea) – lek dermatologiczny

Piloxidil (Minoxidil) – lek stosowany w łysieniu

16. Metody alternatywne

Łuszczyca jest niestety ciągle schorzeniem o niewyjaśnionych mechanizmach powstawania a stosowana farmakoterapia ogranicza się do prób hamowania jej objawów.

Jest także tzw. chorobą chimeryczną, co oznacza, że ni stąd ni zowąd, z niewyjaśnionych dotąd dokładniej przyczyn może się pojawić jak i jej objawy mogą ustąpić.

Fakty te dają duże możliwości do opisu dietetykom, zielarzom, radiestetom i wszelkim uzdrowicielom, którzy stosują metody często zaliczane do tzw. medycyny alternatywnej.

Trudno przy dzisiejszym stanie wiedzy jednoznacznie stwierdzić czy proponowane metody mają jakiegokolwiek uzasadnienie czy też należy je uznać za szarlatanerię.

W niektórych przypadkach okazuje się, że odnoszą one pożądany skutek, jednak żadna z tych metod nie stała się w pełni skuteczna ani nie działa na wszystkich chorych. Można jedynie dywagować, czy uzyskiwane ozdrowienia są wynikiem leczenia czy też wiary i uspokojenia pacjenta, wszak wykazano, że czynnik psychiczny (stres) ma w tej chorobie duże znaczenie.

Uwzględniając powyższe postanowiłem w skrócie, bez komentarza zaszygnalizować metody leczenia łuszczycy opisywane w różnych publikacjach i czasopismach.

16a. Dieta

Bardzo dużo uwagi w leczeniu łuszczycy poświęca się diecie. Często hipotezą ujawniania się zmian łuszczycowych jest źle funkcjonująca wątroba, co sugerują publikacje opisujące pozytywne efekty leczenia łuszczycy przy zastosowaniu odpowiedniej diety.

Według autorów, bardzo często zielarzy, panuje przekonanie, że poza stosowaniem ziół należy zachować ścisłą dietę wątrobową, polegającą na unikaniu wędlin, wędzonego mięsa, wieprzowiny i zup na niej gotowanych. Wszystkie rodzaje kwasów jak ocet, moszcz, wino, cytryny, pomarańcze, grejpfruty jak również jagody i ich soki, także czarne porzeczki - są w łuszczycy niedopuszczalne.

Surowe jabłka, kawa ziarnista, czekolada, kakao i miód pszczeli tworzą w rezultacie kwasy, których nie znosi chora wątroba.

Należy unikać ponadto wszystkich rodzajów ryb w puszkach, wędzonych ryb, konserw mięsnych, warzyw strączkowych takich jak fasola, groch i soczewica oraz wszystkich gatunków alkoholi.

Dopuszczalne są potrawy mleczne, mleko i jego przetwory, sałatki - które powinny być przyprawiane kwaśną smietanką, lekkie mięso np. cielęcina, mięso z kurczaka, wołowina gotowana, dziczyzna, świeże lub mrożone ryby, lekko strawne warzywa i codziennie zamiast świeżych owoców - dużo kompotu z jabłek.

Niestety analizując różne opisywane diety można zauważyć w nich często sprzeczności. Produkty zalecane przez jednego autora są wykluczane przez drugiego.

16b. Ziołolecznictwo

Terapia wg. Tomasza Ćwieka

Ten znany naturoterapeuta uważa, że z powodzeniem potrafi zlikwidować u wielu cierpiących na łuszczycę tę przykrą dolegliwość. Uważa, że dominujące znaczenie ma terapia ziołowa, dieta bezmięsna oraz kilkudniowa głódówka.

Leczenie proponuje rozpocząć od zastosowania mieszanki ziołowej:

1. ziele bratka 100g
2. kłącze perzu 50g
3. ziele skrzypu 50g
4. ziele ogórecznika 50g
5. kwiat nagietka 20g

Zioła dokładnie należy wymieszać i przechowywać w papierowej torbie. Wsypać płaską łyżkę stołową mieszanki do szklanki i zalać wrzątkiem, przecedzić. Pić dwa lub trzy razy dziennie przed jedzeniem. Podczas terapii należy dodatkowo zażywać w kapsułkach wiesiołek (trzy razy dziennie po jednej kapsułce) i korzystać przynajmniej raz w miesiącu z zabiegu bioenergoterapeutycznego.

Pomocna jest również dieta. Po wyczerpaniu tej mieszanki robimy tydzień przerwy, po którym zaczynamy zażywać następującą:

1. ziele bratka 50g
2. ziele bodziszka 30g
3. liść pokrzywy 20g
4. kwiat nagietka 20g
5. ziele skrzypu 20g
6. klacze perzu 20g
7. liść melisy 20g
8. kwiat rumianku 20g
9. ziele ogórecznika 20g

Przygotowanie i stosowanie jak mieszanki poprzedniej. Zioła te pije się aż do skutku z tygodniowymi przerwami między seriami (nie dłużej jednak, niż rok).

Zioła Ojca Grzegorza Sroki

Ojciec Grzegorz zaleca przy łuszczycy pić dwa do trzech razy dziennie szklankę ziół między posiłkami:

1. korzeń łopianu 100g
2. ziele fiołka trójbarwnego 100g
3. liść pokrzywy 50 g
4. ziele drapacza lekarskiego 50g
5. kwiat bzu czarnego 50g

Łyżeczkę tej mieszanki zalewamy szklanką wrzącej wody, a następnie ogrzewamy na parze przez 30 minut i odcedzamy.

Porady zielarza – Witolda Poprzęckiego

Według Witolda Poprzęckiego przyczyną występowania łuszczycy jest awitaminoza B2 i H. Uważa, że bardzo często poprzedza ją niestrawność, nerwica żołądka i wówczas należy dążyć do usunięcia tych właśnie przeszkód. Proponuje uzupełnić braki witaminowe. Jego zdaniem :

1. doskonale robią kąpiele z: 100g korzenia łubczyka, który należy gotować kilka minut w wiadrze wody i dodać do kąpieli. Można zamiennie używać otrąb pszennych - 1 kg otrąb rozmoczyć na zimno przez noc, a następnie gotować w wiadrze wody i odcedzić do wanny lub 1/2 kg igliwia sosny, jodły lub świerku. We wszystkich trzech rodzajach z dodatkiem 100g mięty.

2. do smarowania miejsc zajętych łuszczycą poleca stosowanie następującej maści:: 10g Azulanu, 10g nalewki pomornikowej (Tint. Amicae), 5g nalewki glistnikowej (Tinct. Chelidonii). Następnie całość wymieszać z trzykrotnie większą ilością nie solonego smalcu wieprzowego. Zajęte miejsce łuszczycą smaruje się cienką warstwą na noc, a rano zmywa watą umoczoną w odwarze z korzenia pokrzywy lub liścia melisy.

3. należy spożywać kapustę, jajko, sok z marchwi;
4. stosować zastrzyki z BIOSTYMINY (trzy serie, zastrzyk co drugi dzień);
5. spożywać gotowe preparaty ziołowe: BETAGRAN i BETASOL (według przepisów producentów podanych na opakowaniach);
6. smarować Propolisem objęte miejsca chorobą (raz dziennie).

16c. Kąpiele

Kąpiele w soli Bocheńskiej

Kąpiele te stosowane są w sanatoriach ale także można je stosować w warunkach domowych korzystając z dostępności soli Bocheńskiej w aptekach.

Kąpiele zdrowotne Marii Treben

Ziele skrzypu i ziele ślazu - 200 g ziół (w równych ilościach każdego) zalewamy w garnku na noc zimną wodą. Cedzimy i dodajemy do wody w wannie. Kąpiemy się około 20 minut.

16d. Masaże

Według niektórych artykułów bardzo dobre rezultaty dają masaże ciała z użyciem oleju arachidowego. Masaże przeprowadzamy raz na tydzień przez okres pięciu tygodni. Po miesięcznej przerwie możemy zabieg powtórzyć. Masuje się dokładnie całe ciało miękką szczoteczką lub gąbką. Masaże te należy wykonywać po ciepłej kąpieli, albo jeszcze lepiej, po saunie.

17. Literatura

1. National Psoriasis Foundation (USA) - <http://www.psoriasis.org>;
2. The International Federation of Psoriasis Associations - <http://www.ifpa-pso.org>;
3. Farmakoterapia chorób skóry / Z.Gołucki i J. Łańcucki / Warszawa 1993 – PZWL;
4. Farmakologia kliniczna / Pod redakcją A.Chodery, Z.S.Hermana / Warszawa 1993 / Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich;
5. Służba Zdrowia / nr 15-16 (3010-3011) / 22-26 luty 2001 / **Współczesne poglądy na etiopatogenezę i leczenie łuszczycy** - Aneta Szczerkowska Dobosz - Adiunkt Katedry i Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych AM w Gdańsku;
6. Służba Zdrowia / nr 53-56 (2946-2949) / 06-17 lipca 2000 / **Łuszczyca** - Anita Tarajkowska-Olejnik;
7. MSD Manual – Podręcznik diagnostyki i terapii / Wrocław 1995 – Wydawnictwo Urban & Partner;
8. Receptariusz / S.Janicki i inni / Warszawa 1992 Medyk SP. z o.o.;
9. Leki roślinne w profilaktyce i terapii / J.Lutomski i J.Alkiewicz / Warszawa 1993 – Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
10. Apteka natury tom 3 / J.Górnicka / Warszawa 1992 - Agencja wydawnicza CYMES;