

Psorijaza je hronično genetski determinisano oboljenje, koje je nepridivdivog toka i rasprostranjenosti a karakteriše se eksudativno-inflamatornim papulama, koje su prekrivene sedefastim parakeratotičnim naslagama sa mogućnošću pustulizacije i pojavom patoloških promjena na nokatnim pločama i zglobovima.

Na kliničko pogoršanje bolesti u velikoj mjeri utiču i provocirajući faktori kao i stanje imunog sistema.

Psorijaza je jedno od najčešćih dermatoloških oboljenja, a rasprostranjena je u svim zemljama svijeta.

Najnovija istrazivanja pokazuju da 1-3% svjetske populacije boluje od ove bolesti.

U sjeverozapadnim dijelovima Evrope njena učestalost je 3-7%, a u ostalim djelovima Evrope je 1,5%- 3%.Učestalost psorijaze u banjalučkoj regiji 1997.g. bila je 1,2%.

Etiopatogeneza psorijaze je još uvijek nedovoljno poznata. Za pojavu psorijaze najčešće su odgovorni sledeći faktori:

- Genetska predispozicija oboljelih od vulgarne psorijaze,
- Imunološko stanje bolesnika,
- Metabolički poremećaji kod oboljelih od psorijaze,
- Provocirajući faktori.

Osnovna promjena kod psorijaze je crvenilo (eritem) i perutanje (deskvamacija).

Prvi simptomi nastaju u obliku sitnih tačkastih promjena koje su oblika kapi. Kako bolest napreduje promjene se stapaju i šire u obliku pločastih formacija, a vrlo često i cijela površina kože bude zahvaćena ovim promjenama. Bolest može da se javi u bilo kom uzrastu ali se ipak najčešće javlja u periodu između desete i dvadeseta godine života.

Bolest se javlja podjednako u oba pola ali se kod osoba ženskog pola javlja ranije.

Predilekciona mjesta na kojima se javljaju prve promjene su: kapilicij, ekstenzorne strane ekstremiteta, laktovi, koljena i lumbosakralni predio tijela.

Promjene su uglavnom simetrično rasporedjene mada to još nije u potpunosti razjašnjeno, zašto.

Psorijaza se može podijeliti na osnovu, veličine i oblika promjena, na osnovu lokalizacije tih promjena kao i na osnovu težine kliničke slike bolesti.

Prilikom liječenja psorijaze trebalo bi kliničkim pregledom i na osnovu laboratorijskih pretraga ustanoviti o kom obliku psorijaze se radi i prema tome odlučiti koji je način liječenja potreban.

Veoma je važan i psihološki pristup pacijentu, jer je poznato da je to neizlječiva bolest i da samo saznanje kod pacijenta izaziva otpor na saradnju sa dermatovenerologom.

Vrlo je važno otkloniti provocirajuće (precipitirajuće) faktore, kao što su infekcije i stresna stanja. Pridržavajući se osnovnih postulata, liječenje psorijaze se može provoditi primjenom lokalnih, fizikalnih metoda ili njihovom kombinacijom.

Uopšteno se liječenje psorijaze može podijeliti na lokalno ili topijsko liječenje i sistemsku terapiju.

U lokalnu terapiju ubrajamo keratolitike (salicilnu kiselinu). Ditranol (Cignolin ili Antralin), Ditranol uz salicil i vazelin, Ingramov metod, 'Minutni' tretman ditranolom. Katranske preparate (Gekermanov metod), topijski retinoid tazaroten. Fototerapija individualno ili u kombinaciji sa drugim lijekovima. Klimatoterapija, selektivna ultravioletna fototerapija (SUP), lokalna fototerapija.

Topijska primjena kortikosteroida, intralezionalna promjena kortikosteroida još uvijek je najkorištenija metoda liječenja.

Kalcipotriol, emolijenti, indiferentni kremovi kao i potencijalna sredstva za topijsko liječenje psorijaze.

Sistemska terapija se obično koristi nakon topikalne terapije u strogo indikovanim slučajevima mada danas nije rijetkost da se sa sistemskom terapijom počne i ranije što je uglavnom u samoinicijativnom liječenju oboljelih.

U sistemsku terapiju ubrajamo, citostatike (Metotreksat, Hidroksiureu, Azatioprim), retinoide (Etreinat, Acitretin). Ciclosporin A, Sistemsku fotohemoterapiju (PUVA terapija-sistemska), inicijalnu terapiju i intervalnu terapiju, Retinoide i selektivnu fototerapiju (Re-SUP), Retinoide i fotohemoterapiju-PUVA-Re-PUVA, Metotreksat i PUVA, Ciclosporin i PUVA.

Takodje je važno napomenuti da se veliki broj novih supstanci nalazi u fazi ispitivanja. A to su: estri fumarinske kiseline, mikofenolat-mofetil, kalcitriol, inhibitori leukotriena, inhibitori 5-lipooksigenaze, anti-CD4 monoklonska antitijela.

Na osnovu svega izloženog se da zaključiti da je liječenje psorijaze vrlo kompleksno i zahtjeva vrlo studiozan i temeljit pristup svakom oboljelom kako bi rezulteti i uspjeh liječenja bio što uspješniji sa što dužim periodom do novog recidiva bolesti.