

## Psoriasis vulgaris

Псоријазата е честа хронична, генетски условена, инфламаторна дерматоза која се карактеризира со постоење на лосос црвени плаки, препокриени со сребрено бели луспи. Плаките можат да бидат локализирани на само неколку регии, но можат да се соединат и да зафаќаат големи површини на кожата. Освен кожата често афицирани се и ноктите, а кај помал број на пациенти, псоријазата е асоцирана со ревматоидниот артрит.

Псоријазата се јавува подеднакво кај двата пола, кај различни возрасни групи. Излекувањето на псоријазата не е можно, перзистира цел живот, со тенденција за подобрување во летниот период и егзацербација (влошување) во зимскиот.

Во етиологијата на ова заболување важна улога имаат наследните фактори (8-10% степен на наследување со еден псоријатичен родител, и 30-40% со два такви родители). Како тригер фактори можат да се јават **егзогени причинители**: физичка траума, вакцинација, оперативна инцизија, убоди од инсекти, рентген зрачење, хронично оштетување на кожата со разни хемикалии од лекови и козметика.



**Ендогени фактори** кои ја иницираат псоријазата се инфективните болести, особено стрептококните респираторни инфекции, кои ја провоцираат гутатната псоријаза; вирусни инфекции, акутен тонзилит, фарингит, бронхит и HIV инфекцијата како провокатор на псоријазата. Болеста може да биде иницирана и од лекови: системски кортикостероиди, орален литиум, антimalарици, интерферон,  $\beta$ - адренергични блокери. Други тригер фактори се емоционални стресови, хормонални дисбаланси (пубертет, бременост, менопауза), разни диети, како и климатските фактори.

Во **патогенеза** на псоријазата се зборува за воспалителен дермален инфилтрат и активен псоријатичен епидермис кој е со зголемена клеточна функција (продукцијата на нови клетки е зголемена за 20-30 пати, доведувајќи до зголемен епидермален волумен, па така времето на движење на клетката од базата до површината на епидермисот е скратено од нормални 28-30 дена, на 3-4 дена.)

Псоријатичната лезија започнува како мала црвеникава папула-точка, препокриена со бела лушпа, која покажува тенденција за ширење и формирање на типична еритемосквамозна плака (плоча). Псоријазата покажува симетрична дистрибуција со предилекција на лактите, колената, косматиот дел на главата, сакралната регија и ноктите, но може да се јави и на било кое друго место, а текот може да биде акутен или субакутен но може да има и примарно хроничен тек.

Според големината, формата и локализацијата на псоријатичните промени разликуваме неколку варијанти на вулгарната псоријаза:

**Psoriasis punctata; psoriasis guttata** - промени со големина на точки и капки дистрибуирани по телото, горните и долните екстремитете; се јавува акутно, вообичаено кај деца и млади, најчесто по горно-респираторна стрептококна инфекција.

**Psoriasis nummularis** - промени со големина на метална монета.



**Psoriasis inversa** – доколку се зафатени делови од кожата, обратно од типичните предилекциони места. Вообичаено се јавува во интертригинозните регии ( под пазуви, препони, глутеална регија), каде кожата е жар црвена, мазна и без сквами.

**Psoriasis palmo-plantaris** – ја карактеризираат дебели хиперкератотични плажи на дланките и табаните со наместа присутни рагади – пукнатини.

**Psoriasis capillitii** – се јавува во форма на белузлави, задебелени, дискоидни и лентести промени на косматиот дел од главата. Псоријазата не го зафаќа коренот на косата така што по правило косата не опаѓа.



Кај 20-50% од пациентите со псоријаза се јавуваат **промени на ноктениот матрикс**, најчесто се гледаат точкести вдлабнивања на ноктената плоча, па ноктот изгледа како напрсток. Поретко се гледа т.н. „масна флека“, жолтеникава флека под ноктот, која со неговото растење се движи кон дисталниот дел. Постојат и карактеристични промени на ноктот во смисла на кршливост, задебеленост и избраздена површина.

## ПОСЕБНИ ФОРМИ НА ПСОРИЈАЗА

**Psoriasis arthropathica** – псоријаза асоцирана со инфламаторен артрит кој може да се јави пред, за време и по псоријатичната ерупција.



**Psoriasis erythrodermica**- кај еритродермичната псоријаза локализираните промени преминуваат во целосна универзална инфламација на кожата која е сјајно црвена со изразена десквамација (лупење). Кај овој тип на псоријаза јадежот е силно изразен, постои лимфаденопатија (зголемени лимфни жлезди) и нарушена општа состојба.

**Psoriasis pustulosa**- псоријаза која се јавува во две форми: генерализирана и локализирана. Карактеристични се воспалителни плажи посипани со маса од жолти пустули (гнојаници). По акутната пустулизација следи десквамација со опасност од секундарна бактериска инфекција на кожата, уринарниот тракт, и белите дробови.

## ТЕРАПИЈА НА ПСОРИЈАЗА

Се дели на локална, системска и фототерапија.

### 1. Локална терапија:

- Како наједноставен кератолитик е салицилната киселина во концентрација во 3-20%, во масло или масти.
- Катрански препарати во облик на 5-10% масти и 10-20% течен катран, кој може да се комбинираат со кортикостероиди.
- Calcipotriol маст, или крем, се аплицира два пати дневно со ограничување до 100г. Неделно. Се употребува како моно терапија или во комбинација со кортикостероиди UVB и PUVA терапија.
- Кортикостероиди, најчесто се користат во форма на маст, крем, гел или лосион, во зависност од псоријатичната лезија, како монотерапија или комбинирана со други терапевтици, отворено или оклузивно.

### 2. Системска терапија:

- Methotrexat , најдолго употребуван цитостатик, антагонист на фолната киселина, се дава еднократно, еднаш неделно, пер орално, интрамускулно или интравенозно, а терапискиот одговор почнува по втората или третата недела од терапијата.
- Ретиноиди ( деривати на витамин А киселина), се употребуваат перорално во доза од 0,3-1мг/кг. Кај екстензивната псоријаза, пустулозната, артропатичната и еритродерматичната псоријаза.
- Cyclosporin A , имуносупресивен медикамент, особено ефикасен во терапија на артропатичната псоријаза.
- Терапија со моноклонални антитела.

### 3. Фототерапија (терапија со светлосни зраци)

- Познато е дека симптомите на псоријаза регредираат по изложување на сончева светлина поради што на пациентите им се препорачува сончање и капење во морехелиоталасо терапија.
- Се користат и вештачки извори на UV светлина (UVA и UVB зраци).
- Фотохемотерапија (PUVA= псорален+ UVA), псоралените се даваат пер орално или локално, два часа пред зрачењето во доза од 0,6 мг/кг.
- UVB терапија се применува без фотосензибилизатор на бранова должина од 290-320 нм. Најчесто се употребува на локализирани делови на кожата.
- **Ласеро терапија со Nd Yag ласер на локализирана плакарна псоријаза во комбинација со кортикостероидна терапија.**

Автор на текстот

Спец. дерматовенеролог

Др. Ивана Панговска