

ŽIVOT S PSORIJAZOM

VODIČ ZA PACIJENTE
I NJIHOVE NAJBLIŽE

Prof. dr. Emina Kasumagić-Halilović
Dr. Senada Resić Džananović
Dr. Marina Čović



*„Zajedno za zdravlje.
Zajedno za nas!“*



“

*Niste sami na ovom putu.
Svaka osoba zaslužuje
razumijevanje, podršku i
priliku za kvalitetan život.*

”



SADRŽAJ

- 03.** PODRŠKA
- 04.** ZAJEDNIŠTVO
- 06.** HRABROST
- 10.** AUTORI
- 12.** PSORIJAZA
- 15.** DIJAGNOZA
- 17.** LIJEČENJE
- 26.** ISHRANA
- 28.** LITERATURA
- 29.** IMPRESSUM

Rijec predsjednice

Poštovani čitatelji,

pred Vama se nalazi brošura koja je nastala sa željom da oboljelima od psorijaze i psorijatičnog artritisa pruži pouzdane informacije, podršku i nadu. Život s kroničnom bolešću nosi brojne izazove, ali vjerujemo da znanje, pravovremena dijagnoza i suradnja između pacijenata i zdravstvenih djelatnika mogu značajno pridonijeti boljoj kvaliteti života.

Društvo psorijatičara Federacije Bosne i Hercegovine nastoji biti oslonac svim oboljelima i njihovim najbližima.

Kroz edukaciju, međusobnu podršku i suradnju sa stručnjacima želimo potaknuti rano prepoznavanje bolesti, pravovremeno liječenje i veću osviještenost javnosti o problemima s kojima se oboljeli susreću.

Nadamo se da će ova brošura biti koristan izvor informacija i poticaj svima koji se suočavaju s psorijazom i psorijatičnim artritisom da znaju kako nisu sami.

Sanijela Ljubić
Predsjednica

Društvo psorijatičara Federacije Bosne i Hercegovine



4 ZAJEDNIŠTVO

O DRUŠTVU PSORIJATIČARA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE

Društvo psorijatičara Federacije Bosne i Hercegovine osnovano 2018. godine s ciljem pružanja podrške osobama oboljelim od psorijaze i psorijatičnog artritisa te njihovim obiteljima.

Kroz suradnju s dermatolozima, reumatolozima i drugim zdravstvenim stručnjacima Društvo organizira edukativne aktivnosti, sudjeluje u javnozdravstvenim kampanjama i promiče važnost pravodobne dijagnoze i liječenja.

Poseban naglasak stavlja se na informiranje pacijenata, razmjenu iskustava, podizanje svijesti javnosti i borbu protiv stigmatizacije s kojom se oboljeli često susreću.

MISIJA

Unaprijediti kvalitetu života osoba oboljelih od psorijaze i psorijatičnog artritisa kroz edukaciju, podršku i zagovaranje bolje dostupnosti zdravstvene skrbi.

VIZIJA

Društvo u kojem osobe oboljele od psorijaze i psorijatičnog artritisa žive bez predrasuda, uz pravodobnu dijagnozu i dostupno učinkovito liječenje.

NAŠE AKTIVNOSTI

- Edukacija pacijenata i njihovih obitelji
- Suradnja s dermatolozima, reumatolozima i drugim zdravstvenim stručnjacima
- Obilježavanje svjetskog dana psorijaze
- Organiziranje stručnih predavanja i javnozdravstvenih kampanja
- Promicanje važnosti ranog postavljanja dijagnoze
- Podizanje svijesti javnosti
- Borba protiv stigmatizacije
- Zagovaranje dostupnosti suvremenih terapija

NAŠ PUT OD 2018. DO DANAS

- 
- 2018.** ● *Osnivanje Društva psorijatičara FBiH u Sarajevu. Početak okupljanja članova i prvih aktivnosti.*
 - 2019.** ● *Pokretanje edukativnih tribina i radionica za pacijente i javnost. Uspostavljanje suradnje s dermatolozima.*
 - 2020.** ● *Zagovaranje šire dostupnosti biološke terapije. Prvi sastanci s predstavnicima zdravstvenih institucija.*
 - 2021.** ● *Projekti podizanja svijesti o psorijazi kroz medijske kampanje i javne događaje.*
 - 2022.** ● *Jačanje suradnje s reumatolozima u vezi psorijatičnog artritisa. Edukacija zdravstvenih radnika.*
 - 2023.** ● *Proširenje članova i aktivnosti u više gradova Federacije BiH.*
 - 2024.** ● *Nastavak zagovaranja jednakog pristupa terapiji i poboljšanja kvalitete života oboljelih.*

6 HRABROST

Moja priča – Sanijela Ljubić



Prve znakove bolesti primijetila sam sa sedamnaest godina, kada se pojavila mala promjena na tjemenu. U to vrijeme nisam ni slutila da je riječ o psorijazi.

Prva trudnoća u devetnaestoj godini života bila je okidač za širenje bolesti. Nakon druge trudnoće, u dobi od 24 godine, konačno je postavljena dijagnoza psorijaze.

Treća trudnoća donijela je novo pogoršanje bolesti, a oko tridesete godine psorijaza je zahvatila gotovo cijelo tijelo. Oko 35. godine života razvio se i psorijatični artritis.

Mogućnosti liječenja u Bosni i Hercegovini tada su bile vrlo ograničene. Terapija se uglavnom svodila na kortikosteroidne kreme i preparate za njegu kože, dok je za liječenje psorijatičnog artritisa bio propisan citostatik koji sam teško podnosila zbog nuspojava. Punih pet godina odlazila sam na liječenje u Specijalnu bolnicu Naftalan u Ivanić Gradu, a sve troškove liječenja snosila sam sama.

Zbog nedostupnosti biološke terapije u Bosni i Hercegovini, bila sam prisiljena donijeti jednu od najtežih odluka u životu. Tri godine živjela sam i radila u Republici Hrvatskoj kako bih mogla primati biološku terapiju. Za to vrijeme moj suprug i naša tri sina ostali su u Bosni i Hercegovini.

Moja priča - Sanijela Ljubić



Jedan od najvećih izazova bio je nedostatak informacija i podrške. Upravo to postalo je jedan od motiva za osnivanje Društva psorijatičara Federacije Bosne i Hercegovine.

Stigmatizacija i nerazumijevanje i danas su prisutni. Zbog nedovoljne informiranosti mnogi još uvijek pogrešno vjeruju da je psorijaza zarazna bolest.

Najveću snagu tijekom svih ovih godina davali su mi moja obitelj i ljudi koji se suočavaju s istim problemima.



PRIJE



POSLIJE

8 HRABROST

Priča našeg člana – Adnan Karić



Prve simptome psorijaze primijetio sam 1994. godine, u vrijeme rata u Bosni i Hercegovini. Sve je počelo promjenama na tjemenu, a ubrzo su se pojavile i na laktovima i koljenima.

U tim teškim godinama, zbog ratnih okolnosti i nemogućnosti liječenja, nisam ni imao priliku započeti odgovarajuću terapiju.

Nakon rata počela je moja dugogodišnja potraga za liječenjem. Obišao sam mnoge ljekare, kako u Bosni i Hercegovini tako i u inozemstvu, pokušavajući pronaći nešto što bi mi pomoglo. Koristio sam različite lijekove, kreme i preparate. Odlazio sam na liječenje u Jordan, na Mrtvo more, a pokušavao sam i različite alternativne metode, poput čajeva, ljekovitog bilja i akupunkture. Nažalost, ništa od toga nije donijelo trajno poboljšanje.

Psorijaza je tokom godina imala veliki utjecaj na moj život. Zbog velikih i bolnih plakova na šakama i stopalima ponekad sam imao ozbiljne poteškoće s kretanjem, ali i obavljanjem svakodnevnih poslovnih obaveza. Kao informatičaru, promjene i bolovi na šakama često su mi otežavali rad. Svrbež i bol znali su biti toliko jaki da sam imao velike probleme sa spavanjem.

Bolest nije utjecala samo na moje zdravlje i posao. Imala je veliki utjecaj i na moj privatni život, brak i porodicu. Psorijaza je bolest koja vas prati svakoga dana i može utjecati na gotovo svaki aspekt života.

Sve se promijenilo prije četiri do pet godina, kada sam počeo koristiti

Priča našeg člana – Adnan Karić



biološku terapiju. Nakon mnogo godina borbe i pokušaja različitih terapija, konačno sam dobio liječenje koje mi je donijelo stvarnu promjenu.

Biološka terapija mi je omogućila mnogo kvalitetniji život i priliku da ponovo živim normalnije, bez stalne borbe s bolešću. Ponovo sam mogao obavljati svakodnevne aktivnosti, raditi i spavati bez stalnog razmišljanja o psorijazi.

Nakon više od tri desetljeća života s psorijazom, danas mogu reći da odgovarajuće liječenje može napraviti ogromnu razliku. Biološka terapija nije promijenila samo stanje moje kože – promijenila je kvalitet mog života.



PRIJE

POSLIJE

10 AUTORI



**PROF. DR. SCI. MED. EMINA
KASUMAGIĆ-HALILOVIĆ,**

***specijalista dermatovenerolog, subspecijalista kliničke
imunologije i alergologije;***

Šef Klinike za kožne i venerične bolesti KCUS

***Redovna profesorica Medicinskog fakulteta Univerziteta u
Sarajevu***

Prof. dr. sci. med. Emina Kasumagić-Halilović rođena je u Sarajevu gdje završava osnovno, srednje i fakultetsko obrazovanje. Od januara 1996. godine je zaposlena na Klinici za kožne i venerične bolesti KCUS.

U svom dosadašnjem naučnom radu, objavila je 159 naučnih i stručnih radova u recenziranim međunarodnim časopisima, i kao autor i koautor 17 naučnih knjiga. U prethodne dvije uzastupne godine uvrštena je na prestižnu Stanford listu „Top 2% najcitiranijih naučnika u svijetu“ koja služi kao globalno mjerilo za naučnu izvrsnost.

Prof. Dr. Emina Kasumagić-Halilović učestvovala je u više međunarodnih kliničkih studija.

Kao predavač učestvovala je na internacionalnim kongresima u Vašingtonu, Parizu, Londonu, Pekingu, Lisabonu, Buenos Airesu, Kjotu, Havani, Madridu, St Petersburgu, Granadi, Pragu, Krakovu, Barseloni, Milanu, Atini, Beču, Ženevi, Malagi, Padovi i drugim i bila član više naučnih i organizacionih odbora simpozija i kongresa sa međunarodnim učešćem.

Član je Evropske Akademije dermatologa, Udruženja imunologa u BiH i uređivačkog odbora američkih naučnih časopisa: Hair: therapy&transplantation, TOA Journal of Science and technology, Journal of Pigmentary Disorders, Annals of thyroid research, i Aperito Journal of Dermatology.



DR. MARINA ČOVIĆ

***specijalista dermatovenerolog, subspecijalista kliničke imunologije i alergologije;
v.d. predstojnice Klinike za kožne i spolne bolesti
Sveučilišne kliničke bolnice Mostar***

Marina Čović, dr. med., rođena je 1988. godine u Mostaru. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Mostaru 2014. godine, a specijalistički ispit iz dermatovenerologije položila je 2021. godine. Od 2021. godine asistentica je na Katedri za dermatovenerologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru. Od 2024. godine obnaša dužnost v.d. predstojnice Klinike za kožne i spolne bolesti Sveučilišne kliničke bolnice Mostar. Autorica je i suautorica stručnih i znanstvenih radova iz područja dermatologije. Članica je Udruženja dermatovenerologa Hercegovine i Europske akademije za dermatologiju i venerologiju -EADV .



DR. SENADA RESIĆ DŽANANOVIĆ

***specijalista dermatovenerolog,
V.D načelnik klinike za kožne bolesti JZU UKC Tuzla***

Rođena u Tuzli 1986 godine. Završila medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli. Po zanimanju ljekar-specijalista dermatovenerolog. Šef opšteg odjela Klinike za dermatovenerologiju JZU UKC Tuzla. Obnaša funkciju V.D načelnik klinike za kožne bolesti JZU UKC Tuzla od 2022. godine. Od 2025. godine nalazi se na listi komentora iz oblasti dermatovenerologije. Doktorant trećeg ciklusa studija. Klinički direktor specijalne olimpijade BiH od 2024 godine. Predsjednica školskog odbora Srednje medicinske škole u Tuzli. Koautor u knjizi menadžment pacijenata u porodičnoj/obiteljskoj medicini, autor stručnih tekstova.

12 PSORIJAZA

ŠTA JE PSORIJAZA I KAKAV UTJECAJ IMA NA OBOLJELOG?

Psorijaza je hronična recidivirajuća upalna bolest kože od koje boluje oko 3% svjetske populacije. To je jedna od najčešćih hroničnih kožnih bolesti. Naziv psorijaza potiče od grčke riječi psora što znači svrab, češanje. Sinonim za bolest jeste ljuskavica.

Bolest se javlja podjednako kod oba spola, i može se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, ali najčešće između 16 i 30. i 50. i 60. godine života.

Psorijaza nije životno ugrožavajuća bolest, ali rizični faktori povezani s njom mogu dovesti do smrtnog ishoda.

Najčešća lokalizacija ispoljavanja promjena jesu vlasište, laktovi, koljena, šake, stopala, trup i nokti. Zglobovi su zahvaćeni u 10-25% oboljelih.

Familijarno javljanje psorijaze i povezanost sa HLA markerima ukazuje jasno genetsku uslovljenost bolesti. Međutim nemaju svi bolesnici sa psorijazom pozitivnu porodičnu anamnezu. Bolest kao takva posljedica je predodređene, neodgovarajuće reaktivnosti urođenog i stečenog imunološkog sistema na spoljašnje i unutrašnje faktore koji djeluju na kožu.

Psorijaza se javlja u cijelom svijetu, a prevalencija zavisno od ispitivane populacije kreće se od 0.1-11.8%. U Evropi je najčešća, stoga je psorijaza važan javno-zdravstveni problem iz razloga što bolest ne predstavlja teret samo za oboljelog i njegovu porodicu, nego i za društvo u cjelini. Dugotrajne manifestacije bolesti su česte kod pacijenata sa psorijazom i povezane su sa stalnom boli, smanjenjem pokretljivosti i funkcionalnim oštećenjem. Narušen kvalitet života oboljelih, odnosno psihički i fizički teret bolesti kao i utjecaj na radnu sposobnost i porodični život veći je od onog u oboljelih sa teškim srčanim i malignim bolestima.



PROVOCIRAJUĆI FAKTORI I PSORIJAZA

U nastanku psorijaze interakcija gena i faktora okoline igra značajnu ulogu, a mnogi faktori sredine utiču na početak ili pogoršanje bolesti.

- **TRAUMA**

Nastajanje psorijatičnog plaka na mjestu traume odavno su poznati, a tu su i fizičke, hemijske, električne, hirurške i druge traume.

- **INFEKCIJA**

Streptokokna infekcija grla često prethodi gutatnoj psorijazi, te se ovaj oblik psorijaze povlači nakon antistreptokokne terapije

- **LIJEKOVI**

Veliki je broj lijekova koji se smatraju glavnim krivcem kada je u pitanju provociranje ili pogoršanje psorijaze: antimalarici, beta-adrenergički blokatori, soli litijuma, nesteroidni antiinflamatorni lijekovi, ACE inhibitori.

- **SUNČANJE**

Psorijaza može biti provocirana ili pogoršana intenzivnim sunčanjem u ljetnim mjesecima posebno kod Skandinavaca.

- **METABOLIČKI FAKTORI**

Psorijaza nastala kod djevojaka u pubertetu tokom kasnije nastale trudnoće se mijenja pod utjecajem estrogena.

- **PSIHOGENI FAKTORI**

U ispoljavanju ili pogoršanju psorijaze često je uočeno prisustvo stresa. Psihoterapija uz medikamentoznu terapiju brže dovodi do regresije bolesti.

- **ALKOHOL I PUŠENJE**

Konzumiranje alkohola i cigareta ima štetan utjecaj na psorijazu. Žene koje puše više od 15 cigareta dnevno češće imaju palmoplantarnu psorijazu.

- **HIV I AIDS**

Udruženost psorijaze, psorijatičnog artritisa i HIV infekcije odavno je poznata, a prognoza kod takvih pacijenata je loša.

14 PSORIJAZA

KLINIČKI OBLICI PSORIJAZE

Psorijaza je hronična upalna bolest kože koja može imati razdoblja pogoršanja i smirivanja. Najčešći oblik je plak psorijaza (psoriasis vulgaris).

Tipična psorijatična promjena najčešće ima:

- jasno ograničene, crvene promjene na koži
- zadebljanu površinu
- karakteristične srebrnasto-bijele ljuske.

Najčešće se pojavljuje na laktovima, koljenima, vlasištu, donjem dijelu leđa i oko pupka, ali može zahvatiti bilo koji dio tijela.

Posebni oblici uključuju psorijazu dlanova i tabana, noktiju, vlasišta i pregiba kože (pazusi, prepone, područje ispod dojki i oko analnog područja).

Psorijaza se može pojaviti u različitim oblicima i težini. Najteži oblik je eritrodermijska psorijaza, kod koje je zahvaćena gotovo cijela koža. Karakteriziraju je jako crvenilo, ljuskanje i često poremećaj općeg stanja, zbog čega zahtijeva hitnu liječničku procjenu.

KOMORBIDITETI – BOLESTI POVEZANE S PSORIJAZOM

Psorijaza nije samo bolest kože. Riječ je o upalnoj bolesti koja može zahvatiti cijeli organizam i biti povezana s drugim zdravstvenim problemima.

Najvažniji su:

- psorijatični artritis – upala zglobova povezana s psorijazom
- povišen krvni tlak
- šećerna bolest
- pretilost
- bolesti srca i krvnih žila
- neke upalne bolesti crijeva, poput Crohnove bolesti
- depresija i drugi problemi mentalnog zdravlja.

Kod težih oblika psorijaze rizik za neke od navedenih bolesti može biti veći.

Zbog toga je važno da se osobe s psorijazom ne prate samo zbog promjena na koži, nego da redovito kontroliraju i opće zdravstveno stanje.

Pravovremeno liječenje psorijaze i kontrola povezanih bolesti važni su za očuvanje zdravlja i kvalitete života.

PUT PACIJENTA

Prvi korak: Posjeta obiteljskom liječniku

Pacijent se javlja u ambulantu obiteljske medicine zbog novonastalih kožnih promjena koje mogu zahvatiti manje ili veće površine kože. Promjene se najčešće manifestiraju kao:

- Crvenilo i ljuskanje kože, najčešće laktova i koljena.
- Zadebljanje i suhoća kože,
- Promjene u vlasištu u vidu ljuskanja i bjeličastih naslaga,
- Promjene na noktima (najčešće udubljena te zadebljanja nokatne ploče)
- Bolovi i deformiteti malih zglobova.

Liječnik uvidom u kožne promjene i opće stanje pacijenta postavlja radnu dijagnozu psorijaze i šalje pacijenta na daljnju obradu specijalisti dermatovenerologije.

Drugi korak: Posjeta specijalisti dermatovenerologije

Specijalist dermatovenerologije na osnovu tipične kliničke slike, anamnestičkih podataka, kao i daljnje dijagnostičke obrade postavlja dijagnoze psorijaze.

Dominantni podaci iz anamneze su: početak i trajanje kožnih promjena, prateći subjektivni simptomi kao što je svrbež, udruženi simptomi po sustavima te pozitivna obiteljska anamneza za psorijazu.

Potom slijedi detaljni klinički pregled kože, vlasišta, noktiju i zglobova gdje liječnik određuje vrstu promjena kao i zahvaćene regije i opsežnost kožnih promjena.

U dvojbenom slučaju potrebno učiniti biopsiju te patohistološki nalaz za dijagnozu psorijaze.

Određivanje težine bolesti uključuje primjenu indeksa PASI (Psooriasis Area and Severity Indeks), BSA (Body Surface Area) i DLQI (Dermatological Quality of Life Indeks) koji su prvi korak u odabiru odgovarajuće terapije.

Obzirom na težinu bolesti pacijentu se ordinira lokalna terapija, a u nekim slučajevima provodi se daljnja dijagnostička obrada radi uključenja sistemske terapiju koja obuhvata radiološku obradu (UZV abdomena i RTG torakalnih organa), Quantiferon test, serologiju na krvlju prenosive bolesti, te opširniju laboratorijsku obradu. Kod pojave bolnosti i otoka zglobova, najčešće malih zglobova šaka, ordinira se radiološka obrada (najčešće RTG malih zglobova šaka) te se u slučaju zahvaćenosti zglobova u obradu pacijenta uključuje i specijalist reumatologije.

16 DIJAGNOZA

Dijagnoza psorijaze najčešće se postavlja na temelju izgleda promjena na koži i razgovora s pacijentom.

Ako liječnik nije siguran o kojoj se bolesti radi, može se napraviti biopsija kože. Tada se uzima mali uzorak kože koji se analizira pod mikroskopom kako bi se psorijaza razlikovala od drugih kožnih bolesti.

ODREĐIVANJE TEŽINE BOLESTI

Procjena težine psorijaze važna je za odabir odgovarajućeg liječenja i praćenje njegovog učinka.

Liječnici najčešće koriste tri osnovna pokazatelja:

PASI

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) procjenjuje koliko je koža zahvaćena psorijazom te koliko su izraženi crvenilo, zadebljanje i ljuskanje.

Rezultat može biti od 0 do 72. Oznake PASI 50, PASI 75 i PASI 90 označavaju poboljšanje bolesti za 50%, 75% odnosno 90% u odnosu na početno stanje.

BSA

BSA (Body Surface Area) pokazuje koliki je postotak površine tijela zahvaćen psorijazom.

Jednostavno se može procijeniti pomoću dlana – dlan s prstima približno predstavlja 1% površine tijela.

DLQI

DLQI (Dermatology Life Quality Index) pokazuje koliko psorijaza utječe na svakodnevni život, posao, društveni život i psihičko stanje.

Upitnik sadrži 10 pitanja, a rezultat je od 0 do 30. Što je rezultat veći, to psorijaza više utječe na kvalitetu života.

Kod procjene težine bolesti važno je uzeti u obzir i mjesto na kojem se psorijaza pojavljuje. Promjene na dlanovima, tabanima, licu, genitalnom području, vlasištu ili noktima mogu značajno utjecati na svakodnevni život čak i kada je zahvaćena relativno mala površina kože.

Liječenje psorijaze nije isto za svakog bolesnika. Izbor terapije ovisi o težini i obliku bolesti, dobi, općem zdravstvenom stanju, drugim bolestima, prethodnim terapijama i potrebama samog bolesnika.

U liječenju se koriste lokalna i sistemska terapija, a kod umjereno teških i težih oblika i biološki lijekovi.

LOKALNA TERAPIJA

Lokalna terapija najčešće se koristi kod blage psorijaze, a može se primjenjivati i uz druge oblike liječenja. Lijekovi se nanose izravno na promijenjenu kožu, čime se djelovanje usmjerava na zahvaćeno područje.

Kod djece i trudnica potreban je poseban oprez i izbor terapije treba prepustiti liječniku.

Lokalna terapija može se koristiti i uz sistemske i biološke lijekove te predstavlja važnu potpurnu terapiju.

SISTEMSKA TERAPIJA I FOTOTERAPIJA

Kod umjereno teške i teške psorijaze mogu se koristiti fototerapija (uskospektralna UVB i PUVA), metotreksat, ciklosporin, retinoidi, apremilast te drugi sistemski lijekovi.

Izbor terapije određuje liječnik prema težini bolesti, zdravstvenom stanju i prethodnom odgovoru na liječenje.

CILJ LIJEČENJA

Cilj liječenja nije samo smanjiti vidljive promjene na koži, nego postići što čišću kožu i što bolju kvalitetu života.

U procjeni uspješnosti liječenja koriste se:

- PASI 75 – poboljšanje bolesti za najmanje 75%
- PASI 90 – poboljšanje za najmanje 90%, što predstavlja jedan od glavnih ciljeva savremenog liječenja.

18 LIJEČENJE

LOKALNA TERAPIJA PSORIJAZE

Lokalna terapija najčešći je način liječenja blage psorijaze, a koristi se i kao potporna terapija kod težih oblika bolesti uz fototerapiju, sistemske ili biološke lijekove. Izbor terapije ovisi o mjestu promjena, njihovoj debljini, crvenilu i ljuštenju.

Lokalni pripravci mogu biti u obliku krema, masti, losiona, gelova, pjena, šampona i otopina. Na vlasištu se češće koriste losioni, šamponi, pjene i gelovi, dok se na ostalim dijelovima tijela koriste kreme, masti i pjene. Važno je odabrati podlogu koju će bolesnik rado i redovito koristiti.

Liječenje može biti:

- **aktivno** – tokom pogoršanja bolesti, najčešće 4–8 sedmica
- **proaktivno** – nakon smirivanja bolesti, najčešće dva puta sedmično na mjestima na kojima su se ranije nalazile promjene.

Redovne kontrole su važne, posebno kod primjene potentnih kortikosteroida. Njihova nekontrolisana i dugotrajna upotreba nije preporučljiva.

Prije primjene lokalne terapije često se koriste emolijensi, urea ili salicilna kiselina kako bi se uklonile ljuške i plakovi te omogućilo bolje djelovanje terapije.

Kortikosteroidi

Lokalni kortikosteroidi smanjuju upalu, a razlikuju se prema jačini djelovanja. Slabiji kortikosteroidi mogu se koristiti na osjetljivim područjima poput lica i pregiba, dok se vrlo jaki koriste kod debljih plakova i uglavnom kratkotrajno, najčešće 2–4 sedmice.

Dugotrajna ili nepravilna primjena može uzrokovati stanjivanje kože, strije, proširene kapilare, akne, pojačanu dlakavost i druge promjene na koži. Nakon naglog prekida terapije može doći i do naglog pogoršanja bolesti (rebound fenomen). Zbog toga se kortikosteroidi trebaju koristiti prema uputama liječnika.

Analozi vitamina D

Kalcipotriol je analog vitamina D koji se koristi kod blage do srednje teške plak psorijaze. Može se koristiti sam ili u kombinaciji s lokalnim kortikosteroidima. Postoje pripravci u obliku kreme, masti, pjene i otopine.

Tazaroten

Tazaroten je lokalni retinoid koji se koristi kod blage do srednje teške psorijaze, uključujući promjene na dlanovima, tabanima i noktima. Najčešća nuspojava je iritacija kože. Ne smije se koristiti u trudnoći.

Katran

Katranski pripravci koriste se u liječenju psorijaze, posebno kod srednje teških oblika, a mogu se kombinirati s UV terapijom. Primjenjuju se ograničeno vrijeme i ne preporučuju se tokom trudnoće i dojenja.

Inhibitori kalcineurina

Takrolimus i pimekrolimus najčešće se koriste na područjima s tankom i osjetljivom kožom, posebno na licu i u pregibima. Njihova primjena treba biti pod nadzorom liječnika.

Salicilna kiselina

Salicilna kiselina pomaže u uklanjanju zadebljale kože i ljuski te poboljšava prodiranje drugih lokalnih lijekova. Često se kombinira s kortikosteroidima. Primjenu u trudnoći, dojenju i kod male djece treba izbjegavati.

Ovlaživači (emolijensi)

Emolijensi su važan dio svakodnevne njege kože. Hidratiziraju kožu, smanjuju svrbež i ljuštenje te se mogu nanositi više puta dnevno. U pravilu nemaju značajnih ograničenja osim preosjetljivosti na neki sastojak.

Uloga bolesnika

Najbolji lokalni pripravak je onaj koji bolesnik može i želi redovito koristiti. Izbor oblika pripravka treba prilagoditi mjestu promjena i životnim navikama bolesnika. Lokalna terapija temelj je liječenja blage do srednje teške psorijaze, dok kod težih oblika ima važnu potpornu ulogu uz druge oblike liječenja. Cilj je smanjiti upalu, ukloniti promjene na koži i postići što dulje razdoblje bez vidljivih promjena.



20 LIJEČENJE

FOTOTERAPIJA

Fototerapija koristi ultraljubičasto (UV) zračenje za liječenje psorijaze. U dermatologiji se koriste UVA i UVB zrake. Može se primjenjivati samostalno ili u kombinaciji s drugim terapijama.

UVB fototerapija

UVB fototerapija provodi se u posebno opremljenim kabinama. Danas se najčešće koristi uskospektralna UVB fototerapija, koja učinkovito smanjuje psorijatične promjene i može dovesti do duljih remisija.

U Federaciji BiH fototerapija je dostupna u JZU UKC Tuzla i KBC Mostar, gdje se tretman prilagođava svakom pacijentu.

Prije početka liječenja liječnik procjenjuje tip kože, reakcije na sunce i lijekove koje bolesnik uzima, posebno one koji mogu povećati osjetljivost na UV zračenje. Doza se postupno povećava uz praćenje reakcije kože.

UVB fototerapija najčešće se provodi 3–5 puta sedmično tokom 4–5 sedmica, uz individualno prilagođavanje terapije.

Tokom tretmana mogu se tretirati cijelo tijelo ili samo zahvaćeni dijelovi. Oči se moraju zaštititi odgovarajućim naočalama.

Fototerapija može biti vrlo učinkovita, a prema navedenim podacima PASI 75 postiže 50–75 % bolesnika nakon 4–6 sedmica liječenja.

Zbog mogućeg povećanja rizika od raka kože s većom kumulativnom izloženosti UV zračenju, broj tretmana mora biti ograničen i terapija se provodi pod liječničkim nadzorom.

UVB se može kombinirati s lokalnim i sistemskim lijekovima, ali se izbor kombinacije određuje individualno.

Fotohemoterapija – PUVA

PUVA je oblik fototerapije u kojem se koristi psoralen, tvar koja povećava osjetljivost kože na UVA zrake. Primjenjuje se kod umjereno teške i teške psorijaze, posebno kod jače zadebljanih promjena.

Prije početka PUVA terapije potrebno je obaviti odgovarajuće preglede, uključujući pregled kože i laboratorijske pretrage, a prema potrebi i oftalmološki pregled.

Kod oralne PUVA terapije psoralen se uzima prije UVA zračenja. Zbog mogućih nuspojava broj tretmana je ograničen.

Najčešće rane nuspojave su crvenilo kože, svrbež, mučnina i povraćanje, dok se

dugotrajnom primjenom mogu javiti pigmentacijske promjene i oštećenje kože. PUVA se ne primjenjuje u trudnoći i dojenju te kod određenih bolesti i stanja koja povećavaju rizik od fotoosjetljivosti i raka kože. Tokom terapije i određeno vrijeme nakon nje potrebno je posebno štititi oči od UVA zračenja.

Postoji i PUVA-kupka, kod koje se psoralen nanosi na kožu putem kupke, nakon čega slijedi UVA zračenje.

Fototerapija je učinkovita mogućnost liječenja psorijaze, ali se mora provoditi individualno i pod stručnim nadzorom, uz praćenje kože i ukupne primljene doze UV zračenja.



22 LIJEČENJE

SISTEMSKA TERAPIJA PSORIJAZE

Sistemska terapija koristi se kod umjerene do teške psorijaze, kada lokalna terapija i fototerapija nisu dovoljne ili nisu odgovarajuće. Odabir sistemske terapije prilagođava se svakom bolesniku, uzimajući u obzir težinu bolesti, druge zdravstvene probleme, prethodno liječenje i individualne potrebe.

METOTREKSAT

Metotreksat je jedan od najduže korištenih sistemskih lijekova za liječenje psorijaze i psorijatičnog artritisa. Posebno je koristan kod težih oblika psorijaze, uključujući one praćene zahvaćanjem zglobova, kao i kod pustulozne i eritrodermijske psorijaze. Primjenjuje se jednom sedmično, oralno ili potkožno. Prije početka liječenja potrebno je napraviti odgovarajuće pretrage i provjeriti funkciju jetre i bubrega te isključiti određene infekcije. Tokom terapije potrebne su redovne laboratorijske kontrole.

Poboljšanje se obično očekuje nakon 4–8 sedmica, dok se puni učinak postiže kasnije. Uz metotreksat se najčešće preporučuje i folna kiselina radi smanjenja nuspojava.

Metotreksat može uzrokovati promjene krvne slike, poremećaje funkcije jetre, mučninu i druge nuspojave, zbog čega je redovito praćenje vrlo važno.

Ne smije se koristiti u trudnoći i kod planiranja trudnoće. Potrebna je odgovarajuća kontracepcija tokom liječenja i određeno vrijeme nakon prestanka terapije.

Metotreksat se može kombinirati s lokalnom terapijom i prema procjeni liječnika, s fototerapijom. Ne preporučuje se istovremena primjena s ciklosporinom, a kombinacija s retinoidima povećava rizik od oštećenja jetre.

RETINOIDI

Retinoidi su derivati vitamina A koji se koriste kod određenih oblika srednje teške i teške psorijaze, posebno kod pustulozne, eritrodermijske, palmoplantarne i nekih težih oblika plak psorijaze.

Najčešće se koristi acitretin. Djeluje sporije od nekih drugih sistemskih lijekova, a puni učinak može se očekivati nakon nekoliko mjeseci. Može se kombinirati s UVB ili PUVA fototerapijom.

Najčešće nuspojave su suhoća usana i kože, suhoća očiju i nosa, ljuštenje kože, svrbež, opadanje kose i promjene na noktima. Mogu se povećati vrijednosti jetrenih enzima, kolesterola i triglicerida, zbog čega su potrebne redovite kontrole.

Acitretin je strogo kontraindiciran u trudnoći. Žene koje ga uzimaju moraju koristiti pouzdanu kontracepciju tokom liječenja i dugo nakon prestanka terapije, prema uputama liječnika. Tokom liječenja treba izbjegavati alkohol.

CIKLOSPORIN

Ciklosporin je brzodjelujući i vrlo učinkovit imunosupresiv koji se koristi kod težih i naglih pogoršanja psorijaze, uključujući pustuloznu i eritrodermijsku psorijazu. Zbog brzog djelovanja može biti posebno koristan kada je potrebno brzo staviti bolest pod kontrolu. Liječenje zahtijeva pažljivo praćenje krvnog pritiska i funkcije bubrega.

Najvažnije nuspojave su povišen krvni pritisak i oštećenje bubrega, a mogu se javiti i pojačana dlakavost, trnci, bolovi u mišićima i zglobovima te probavne tegobe. Ciklosporin se ne primjenjuje kod značajnog oštećenja bubrega, nekontroliranog visokog krvnog pritiska i određenih malignih bolesti. Također se ne kombinira s nekim drugim imunosupresivnim lijekovima i fototerapijom.

APREMILAST

Apremilast je lijek koji se koristi za liječenje umjerene do teške hronične plak psorijaze, posebno kod bolesnika kod kojih prethodni sistemski lijekovi nisu bili učinkoviti, nisu se podnosili ili su bili kontraindicirani.

Primjenjuje se oralno, prema propisanoj shemi. Liječenje započinje i prati liječnik s iskustvom u liječenju psorijaze.

Najčešće nuspojave su proljev, mučnina, glavobolja, infekcije gornjih dišnih puteva, kašalj i poremećaji spavanja. Kod nekih bolesnika mogu se javiti i promjene raspoloženja.

Prije početka liječenja potrebno je isključiti trudnoću. Kod starijih bolesnika potrebno je posebno pratiti pojavu jačih probavnih tegoba.

Apremilast se može primjenjivati zajedno s nekim drugim sistemskim lijekovima, uključujući metotreksat, prema procjeni liječnika.

VAŽNO ZA PACIJENTA

Sistemska terapija može značajno smanjiti aktivnost psorijaze i poboljšati kvalitetu života, ali zahtijeva individualan odabir lijeka i redovito praćenje.

Prije početka terapije liječnik procjenjuje težinu psorijaze, zahvaćenost zglobova, druge bolesti i lijekove koje bolesnik uzima. Tokom liječenja važno je redovito obavljati preporučene kontrole i odmah prijaviti liječniku neuobičajene ili ozbiljne simptome.

Cilj sistemskog liječenja nije samo smanjiti promjene na koži, nego dugoročno držati bolest pod kontrolom uz što manji rizik od nuspojava.

24 LIJEČENJE

BIOLOŠKI LIJEKOVI

Napredak u istraživanju psorijaze i molekularnoj biologiji omogućio je razvoj ciljane biološke terapije. Biološki lijekovi su monoklonska antitijela tj. proteini koji ciljano djeluju na određene dijelove upalnog procesa i tako pomažu u smanjenju upale kod psorijaze i psorijatičnog artritisa.

Primjenjuju se kod bolesnika s umjerenom do teškom psorijazom kod kojih prethodno liječenje nije bilo dovoljno učinkovito, nije se dobro podnosilo ili je bilo kontraindicirano.

ADALIMUMAB

Adalimumab je biološki lijek koji blokira TNF- α , jedan od ključnih medijatora upale. Koristi se u liječenju umjerene do teške plak psorijaze kod odraslih, djece i adolescenata u dobi od 4 do 17 godina, a primjenjuje se i kod psorijatičnog artritisa.

Daje se potkožnom injekcijom, a nakon odgovarajuće edukacije bolesnik ga može samostalno primjenjivati kod kuće. Preporučena početna doza lijeka za odrasle je 80 mg, a sedam dana nakon inicijalne doze daje se sljedećih 40 mg, a nakon toga 40 mg svake druge sedmice.

Najčešće nuspojave su infekcije gornjih dišnih puteva, glavobolja, bolovi u mišićima i zglobovima te reakcije na mjestu primjene. Prije početka liječenja potrebno je isključiti ozbiljne infekcije, posebno tuberkulozu.

Lijek se čuva u frižideru na temperaturi 2–8 °C, prema uputama proizvođača.

INFLIKSIMAB

Infliksimumab je biološki lijek koji također djeluje na TNF- α . Koristi se kod umjerene do teške psorijaze, a primjenjuje se i kod psorijatičnog artritisa i određenih upalnih bolesti crijeva.

Za razliku od većine drugih bioloških lijekova, daje se intravenoznom infuzijom u zdravstvenoj ustanovi. Tokom i nakon infuzije bolesnik se prati zbog mogućih reakcija.

Moguće nuspojave uključuju infekcije i reakcije povezane s infuzijom, poput crvenila, glavobolje, mučnine, tresavice ili otežanog disanja. Moguće su i promjene krvne slike te poremećaji funkcije jetre.

Ne primjenjuje se kod ozbiljnih aktivnih infekcija, tuberkuloze i nekih drugih teških stanja. Prije početka liječenja potrebna je odgovarajuća procjena bolesnika.

USTEKINUMAB

Ustekinumab je biološki lijek koji djeluje na interleukine 12 i 23 (IL-12/23). Koristi se za liječenje umjerene do teške plak psorijaze i psorijatičnog artritisa.

Primjenjuje se potkožnom injekcijom, a nakon početnih doza terapija se daje u dužim vremenskim razmacima, prema propisanoj shemi. Ustekinumab je dostupan kao otopina za injekciju u šprici od 45 mg ili 90 mg. Najčešće nuspojave su infekcije gornjih dišnih puteva i glavobolja. Prije početka liječenja potrebno je isključiti značajne aktivne infekcije.

SEKUKINUMAB

Sekukinumab je potpuno humano monoklonsko antitijelo koje inhibira citokin IL-17A. Indiciran je za liječenje umjerene do teške plak psorijaze kod odraslih, djece i adolescenata u dobi od 6 i više godina koji su kandidati za sistemsku terapiju, kao i za liječenje aktivnog psorijatičnog artritisa, sam ili u kombinaciji s metotreksatom kod odraslih bolesnika kada je odgovor na prethodnu terapiju antireumatskim lijekom koji modificira tok bolesti neodgovarajući. Preporučena doza kod psorijaze za odrasle je 300 mg subkutano, koja se daje kao dvije injekcije (u obliku napunjenog pena) od 150 mg. Nakon prve doze pacijent dobiva sljedeće sedmične injekcije u 1., 2., 3. i 4. sedmici, nakon čega slijede mjesečne injekcije. Kod djece doza se određuje prema tjelesnoj težini. Nakon odgovarajuće edukacije, bolesnik može samostalno primjenjivati lijek kod kuće.

Najčešće nuspojave uključuju infekcije gornjih disajnih puteva i gljivične infekcije kože i sluznica. Prije početka terapije potrebno je procijeniti prisutnost infekcija, uključujući tuberkulozu, a poseban oprez potreban je kod bolesnika s određenim upalnim bolestima crijeva.

GUSELKUMAB

Guselkumab je potpuno humano monoklonsko antitijelo koje djeluje na protein IL-23 i smanjuje upalu povezanu s psorijazom.

Odobren je za liječenje odraslih osoba s umjereno teškom do teškom plak psorijazom, kao i za liječenje aktivnog psorijatičnog artritisa, samostalno ili u kombinaciji s metotreksatom. Primjenjuje se potkožno u dozi od 100 mg u početku liječenja i nakon četiri sedmice, a zatim svakih osam sedmica. Ako nakon 16 sedmica nema odgovarajućeg terapijskog odgovora, ljekar treba razmotriti prekid liječenja. Najčešće nuspojave su infekcije gornjih disajnih puteva, a mogu se javiti i glavobolja, proljev, bolovi u zglobovima, herpes, gastroenteritis i urtikarija.

Ne smije se primjenjivati kod osoba s ozbiljnim aktivnim infekcijama, uključujući tuberkulozu. O primjeni lijeka kod osoba s ponavljanim ili hroničnim infekcijama, kao i tokom trudnoće i dojenja, odlučuje ljekar.

ISHRANA PACIJENATA OBOLJELIH OD PSORIJAZE

Nema naučnih dokaza da su neke od namirnica posebno korisne za sprječavanje simptoma psorijaze. Međutim, oboljeli od psorijaze koji su jeli po prilagođenom režimu i uveli i druge zdrave navike u svoj život, uspjeli su osigurati duži period poboljšanja i blaže simptome kad se bolest opet vrati.

Povezanost psorijaze i intolerancije na gluten nije naučno dokazana, međutim osobama koje ne konzumiraju namirnice s glutenom, ustanovljeno je poboljšanje simptoma. Također, istraživanja su pokazala da ljudi oboljeli od celijakije, bolesti koju uzrokuje intolerancija na gluten, imaju veću vjerojatnost za oboljevanje od psorijaze.

Mišljenja su mnogih da su mliječni proizvodi povezani s upalnim stanjem psorijaze. Ako imate psorijazu, pokušajte ne konzumirati punomasno mlijeko i sireve, a umjesto toga odlučite se za one koje imaju nizak udio.

Poput mliječnih proizvoda, masni dijelovi crvenog mesa nisu pogodni za osobe oboljele od psorijaze. Iako konzumiranje tih namirnica ne



mora nužno uzrokovati pogoršanje simptoma, ne preporučuje ih se osobama sa psorijazom jer oni imaju veći rizik od srčanih i kardiovaskularnih bolesti.

Istraživanja pokazuju da omega-3 masne kiseline pomažu u smanjenju upale, a preporučuje se konzumacija riba koje ih sadrže dva puta sedmično. Tu ubrajamo losos, sardine, lokarde, haringe i brancin i druge morske plodove.

Pogodna je i hrana bogata antioksidansima, a to su voće, povrće, orašasti plodovi, žitarice. Limun, naranča, mandarina i grejp, odnosno citrusna voća koja obiluju vitaminom C nisu preporučljiva.

Alkohol proširuje krvne žile i pruža bijelim krvnim stanicama i drugim tvarima u krvi lakši pristup koži i tako dolazi do upalnog stanja psorijaze. Alkohol dehidrira tijelo i zbog toga isušuje kožu pa i na taj način pogoršava simptome psorijaze. To se posebno odnosi na muškarce mlađe i srednje životne dobi.

Voće i povrće bogato vitaminom A pomoći će da koža izgleda zdravije. Dobri izvori vitamina A su kantarion, mrkva, mango, rajčica i lubenica. Vitamin D, poznat i kao „sunčev vitamin“, također može biti od koristi prilikom ublažavanja simptoma psorijaze. Dovoljnu količinu vitamina D moguće je dobiti 15-minutnim izlaganju sunčevim zrakama. Riba, gljive i lisnato zelenilo također su bogati ovim vitaminom.

Postoji li dijeta za oboljele od psorijaze?

Odgovor je ne, ali mnoga istraživanja pokazala su povezanost psorijaze i prehrane, odnosno da se određenim izborom zdravih namirnica može utjecati na tok psorijaze. Najbolja prehrana za oboljele od psorijaze je ona zdrava, s malo masti i bogata voćem, povrćem i žitaricama. Jedna od najgorih stvari koje možete učiniti po pitanju psorijaze je provoditi ekstremnu dijetu.

28 LITERATURA

- Finlay AY, Chernyshov PV, Tomas Aragones L, Bewley A, Svensson A, Manolache L, Marron S, Sure A, Sampogna F, Salek MS, Poot F. Methods of improve quality of life beyond medicines. Position statement of the EADV Task Force on Quality of life and Patient Oriented Outcomes.
- Molin L. Climate therapy for Swedish psoriatics on Hvar, Yugoslavia. Acta Derm Venerol (Stockh) 1972.
- Krnjević Pezić G, Razumović-Jakić J, Vržogić P, Lipozenčić J, Dobrić I, Pašić A. Effect of naphthalene therapy on proliferation activity, CD4 and CD8 cell count, apoptosis and angiogenesis in the skin of patients with psoriasis.
- Kaštalan M., Puizina-Ivić N., Čeović R., Jukić Z., Brajac I., Massari Prpić L., Dediol I., Čarija A., Ožanić Bulić S., Krnjević Pezić G. Smjernice Hrvatskog dermatovenerološkog društva 2021.
- Dostanić I. Psoriasis. Beograd; 1993.
- Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world, 2001.
- Swanbeck G., Inerot A., Martinsson T, et al. Age at onset nad different types of psoriasis. Br J Dermatol 1995.
- Patel RV, Clark LN., Lebwohl M., Weinberg JM. Treatments for psoriasis and the risk of malignancy. 2009.
- Zečević R, Pavlović MD, Karadaglić Đ. Metotreksat-savremeni pristup u liječenju psorijaze.
- Kandolf-Sekulović L. Klasična sistemska terapija psorijaze. 2013.

ZAHVALJUJEMO SVIMA KOJI NAS PODRŽAVAJU

Naš rad nebi bio moguć bez podrške članova, volontera, zdravstvenih radnika, partnera i prijatelja Društva, te posebnu zahvalnost farmaceutskoj kompaniji koja je podržala izdavanje brošure **Novartis Pharma Service INC. Representative office in B&H**

FINANCIRANJE PROJEKTA

Ovu publikacija realizirana je uz financijsku podršku:



PROJEKT PROVODI:

UDRUGA DRUŠTVO PSORIJATIČARA U F BiH
Kralja Tomislava 37, 88000 Mostar
Kontakt: +387 63 600 875
www.drustvo-psorijaticara.ba

Naziv: Život s psorijazom

Nakladnik: Udruga Društvo Psorijatičara u F BiH

Priprema za tisak i tisak: O.D. Printograf, Široki Brijeg

Tiskano: 2026. godine

