

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΩΡΙΑΣΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Βάρδα Μαρία, Τομεάρχης ΠΑΓΝΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Αστέριου Αικατερίνη
Λουμπάκη Ελένη
Συμνιανάκη Αικατερίνη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ. 1

B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

σελ. 3

| | |
|--|------|
| Γ. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ 13 | σελ. |
| Δ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ 24 | σελ. |
| 1. Ψωρίαση (ορισμός, περιγραφή) 25 | σελ. |
| 2. Συχνότητα εμφάνισης 26 | σελ. |
| 3. Αιτιολογία της νόσου 26 | σελ. |
| 4. Παθογένεια 30. | σελ |
| 5. Εξετάσεις - Ανοσολογικές διαταραχές 35 | σελ. |
| 6. Κλινική εικόνα 37 | σελ. |
| 7. Διαφορική διάγνωση 40 | σελ. |
| 8. Κλινική μορφή 44 | σελ. |
| 9. Ιστοπαθολογική εικόνα της ψωρίασης 70 | σελ. |
| 10. Διαγνωση 72 | σελ. |
| 11. Εξέλιξη – πορεία της νόσου 73 | σελ. |
| 12. Επιπλοκές 74 | σελ. |
| 13. Πρόγνωση της νόσου 77 | σελ. |
| 14. Θεραπεία 77 | σελ. |
| Ε. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ 102 | σελ. |
| Ζ. ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΚΥΜΟΣΥΝΗ 111 | σελ. |
| Η. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΨΩΡΙΑΣΗΣ 116 | σελ. |
| Θ. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΑΣΚΑΛΟΣ 131 | σελ. |

| | |
|---|-------------|
| Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 135 | σελ. |
| Κ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ) 139 | σελ. |
| Λ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 159 | σελ. |
| Μ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 166 | σελ. |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Όπως και στις άλλες ειδικότητες της Ιατρικής έτσι και στη Δερματολογία, η ακριβής διάγνωση θα τεθεί μετά από λήψη λεπτομερούς ιστορικού ,μετά από σχολαστική κλινική εξέταση και τέλος, με μία πολύ προσεκτική παρατήρηση του δέρματος. Τέλος, είναι ευνόητο ότι όλα αυτά θα πρέπει να γίνονται σε ένα χώρο (εξεταστήριο) με άπλετο φυσικό φωτισμό .

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κανονικά θα πρέπει να εξετάζεται «και να επισκοπείται το σύνολο του δέρματος..

Σημαντική είναι επίσης και η ψηλάφηση των βλαβών παθήσεις που κυρίως προσβάλλουν το χόριο (όπως, σαρκοείδωση ή λέμφωμα) μπορεί να διαχωρισθούν από εκείνες που προσβάλλουν την επιδερμίδα (π.χ., έκζεμα) επειδή ψηλαφητικά είναι υπόσκληρες. Απ'την άλλη πλευρά. οι ασθενείς εντυπωσιάζονται από μια σχολαστικότερη ιατρική εξέταση. Επιπρόσθετα, η ψηλάφηση του δέρματος απ'το δερματολόγο, τους ισχυροποιεί την πεποίθηση ότι η πάθησή τους δεν είναι μολυσματική. -έλος, επειδή το δέρμα αποτελεί μέρος του όλου οργανισμού ίσως είναι απαραίτητη μια γενική ιατρική εξέταση, είτε στην περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζεται πάσχων, είτε όταν τα δερματικά κλινικά σημεία ::γείρουν την υπόνοια συστηματικού νοσήματος.

ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (VOCABULARY)

Όπως και οι άλλες ιατρικές ειδικότητες έτσι και η Δερματολογία έχει το δικό της "λεξιλόγιο" που χαρακτηρίζει τη φύση κάθε δερματοπάθειας. Με αυτό το σκεπτικό παρατίθενται στη συνέχεια οι κυριότεροι τύποι βλαβών του δέρματος:

ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

📍 **Κηλίδα:** Είναι μια περιγεγραμμένη επίπεδη αλλαγή του χρώματος

Του δέρματος. Το μέγεθός της είναι λιγότερο από 1cm σε διάμετρο .

Μπορεί να εμφανίζεται με διάφορα χρώματα όπως ερυθρό, το οποίο οφείλεται σε αγγειοδιαστολή και σε ήπιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, ερυθρόφαιο ή κιτρινόφαιο λόγω ύπαρξης χρωστικής στο αίμα. και τέλος με λευκό, μελανό ή καφέ λόγω διαταραχών στη σύνθεση μελανίνης.

📍 **Βλατίδα:** Είναι ένα περιγεγραμμένο ψηλαφητό έπαρμα του δέρματος διαμέτρου μικρότερης του 1cm (άλλοι την καθορίζουν σε λιγότερο από 0,5cm). Η βλατίδα μπορεί να είναι-επιδερμική, χοριακή ή μικτή..

📍 **Οζίδια:** Είναι μια περιγεγραμμένη ψηλαφητή μάζα με διάμετρο μεγαλύτερη του 1cm. Μπορεί να προσβάλλονται η επιδερμίδα και το χόριο, ή το υπόδερμα και το χόριο, ή μόνο το υπόδερμα. Η βλάβη μπορεί να προκύψει από βλατίδα. Η αιτία μπορεί να είναι μια διήθηση από καλοήγη ή νεοπλασματικά κύτταρα κερατοακάνθωμα ,φλεγμονή ή λέμφωμα.

📍 **Μεγάλη κηλίδα (Patch):** Είναι μια επίπεδη βλάβη διαμέτρου μεγαλύτερης του 1cm.

📍 **Πλάκα:** Πρόκειται για ελαφρά επηρμένη βλάβη διαμέτρου μεγαλύτερης του 1cm. Μπορεί να σχηματισθεί από συρροή βλατίδων ή από επέκταση βλατίδας, όπως στη ψωρίαση και στο δακτυλιοειδές κοκκίωμα, ή από πάχυνση προϋπάρχουσας μεγάλης κηλίδας .

📍 **Φλύκταινα:** Είναι μια επηρμένη βλάβη με διάμετρο μικρότερη του 0.5cm. που περιέχει υγρό κίτρινου χρώματος. το οποίο μπορεί να είναι άσηπτο ή μολυσμένο.

📍 **Φυσαλλίδα:** Είναι μια επηρμένη βλάβη. με διάμετρο μικρότερη του

0.5 cm. η οποία περιέχει διαυγές υγρό.

@**Πομφόλυγα:** Έτσι ονομάζεται η φυσαλλίδα που έχει μέγεθος μεγαλύτερο του 0.5cm σε διάμετρο.

@**Πομφός:** Πρόκειται για έπαρμα του δέρματος περιοδικού τύπου, χρώματος ερυθρού με υπόλευκη κεντρική μοίρα. Οι πομποί μπορεί να παίρνουν διάφορα σχήματα και μεγέθη.

@**Ευρυαγγεία:** Είναι η διαστολή των τριχοειδών αγγείων.

Δευτερογενείς βλάβες

· **Εφελκίδα:** Είναι μάζα που σχηματίζεται από την αποξήρανση εξιδρωμάτος το οποίο ήταν ορώδες. αιματηρό ή οροαιματηρό.

· **Δρυφάδα (εκδορά):** Πρόκειται για επιφανειακή λύση της συνέχειας της επιδερμίδας που προκαλείται από έντονο κνησμό.

· **Λειχηνοποίηση:** Αποτελεί έντονη πάχυνση του δέρματος με παράληξη έξαρση των φυσιολογικών πτυχώσεων του .

· **Νέκρωση:** Είναι η καταστροφή του δέρματος, η οποία συνήθως έχει μελανό χρώμα .

· **Ουλή:** Πρόκειται για το τελικό στάδιο επούλωσης μιας καταστροφικού τύπου δερματολογικής νοσολογικής οντότητας που προηγήθηκε. που εντοπίζεται ιστολογικά στο χόριο και που έχει σαν τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση λευκού χρώματος, υπόσκληρης βλάβης.

· **Διάβρωση:** Είναι η βλάβη που σχηματίζεται από απώλεια στιβάδων της επιδερμίδας. Ιάται χωρίς ουλή, εκτός της περίπτωσης κατά την οποία μεσολαβήσει δευτεροπαθής μόλυνση.

· **Έλκος (έλκωση):** Πρόκειται για απώλεια της επιδερμίδας καθ'όλο το πάχος της, η οποία ιάται με σχηματισμό ουλής.

· **Ατροφία:** Χαρακτηρίζεται από ελάττωση του αριθμού ή του όγκου ορισμένων ή όλων των στοιχείων του δέρματος .

· **Σκλήρυνση:** Είναι μια σαφώς περιγεγραμμένη ή και διάχυτη σκληρυντική εμφάνιση του δέρματος, η οποία μπορεί να οφείλεται σε χοριακό ή υποδόριο οίδημα, υπερπαραγωγή κολλαγόνου ή έντονη κυτταρική διήθηση.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ **(MORPHOLOGY OF THE LESIONS)**

Μετά τον καθορισμό του τύπου ή των τύπων των βλαβών, θα πρέπει να προσδιορίζονται και άλλοι παράγοντες όπως το χρώμα, η σύσταση και η φύση των βλαβών, η ύπαρξη λεπίων, κ.ά. Ακόμη, θα πρέπει να προσδιορίζονται τα όρια, η μορφή και το σχήμα των δερματικών βλαβών.

Χρώμα (colour)

Οι αποχρώσεις του δέρματος παράγονται από τη μελανίνη (καφέ), τη φαιομελανίνη, τα καροτένια (κίτρινο), την οξυαιμοσφαιρίνη (έντονα ερυθρό) και την ελαττωμένη αιμοσφαιρίνη (ερυθροκύανο). Έτσι η παρουσία ή απουσία τους, η ελάττωση ή η υπερπαραγωγή τους δημιουργούν πολλά είδη χρωμάτων. Κάτι το οποίο είναι σημαντικό για τη διάγνωση των δερματοπαθειών. Έτσι το έκζεμα χαρακτηρίζεται από εξέρυθρο χρώμα όπως και η ψωρίαση

Λέπια (scale).

Έστω και εάν το δέρμα φαινομενικά δείχνει αναλλοίωτο, η επιδερμίδα αντικαθίσταται κάθε 28 ημέρες. Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει ορατή με την εμφάνιση λεπίων σε δερματοπάθειες κατά τις οποίες προσβάλλεται η επιδερμίδα. Στο έκζεμα παρατηρείται εμφάνιση ορού μέσα και γύρω από το επιδερμικό κύτταρο, οδηγώντας σε επιδερμική βλάβη. Στη ψωρίαση τα κύτταρα της βασικής στιβάδας είναι υπερδραστήρια όσον αφορά τη μιτωτική διαδικασία, με αποτέλεσμα την υπερτροφία της επι-

δερμίδας. Στο έκζεμα τα λέπια είναι λεπτής υφής, ενώ στην ψωρίαση είναι αργυρόχροα και παχύτερα.

Σχήμα βλαβών (shape)

Οι βλάβες μπορεί να είναι κυκλικές ή δισκοειδείς, όπως στο νομισματοειδές έκζεμα, ωοειδείς όπως στη ροδόχρου περιγύραση ή όλων των τύπων και μεγεθών όπως στη ψωρίαση ενώ οι δεύτερες δεν έχουν αυτό το στοιχείο.

Επιφάνεια βλάβης (surface)

Η επιφάνεια της βλάβης μπορεί να είναι ανώμαλη όπως στη σμηγματοροϊκή μυρμηκιά ή λεία όπως στο χοριακό μελανοκυτταρικό σπίλο ("ελιά").

Σύσταση βλαβών (consistency)

Η βλάβη μπορεί να εμφανίζει στέρεη (συμπαγή) σύσταση όπως στο δερματοίνωμα, μαλακή όπως στην περίπτωση του χοριακού σπίλου, υπόσκληρη όπως στις δευτεροπαθείς εναποθέσεις ουσιών στο δέρμα ή να παρουσιάζει έντονα στοιχεία σκληρίας όπως στην κατά "πλάκες σκληροδερμία".

Όρια βλάβης (Margin)

Η βλάβη μπορεί να αφορίζεται σαφώς όπως στη ψωρίαση ή να έχει ασαφή όρια όπως στην περίπτωση του εκζέματος.

Μορφή βλαβών (Pattern)

Οι βλάβες μπορεί να διατάσσονται με διάφορους τρόπους:

- ♦ *Γραμμοειδής*

Η εμφάνιση της βλάβης κάποιου εξανθήματος κατά γραμμοειδή διάταξη μπορεί να εξηγηθεί απ'την προσβολή ενός δερμοτομίου (έρπης ζωστήρας), αιμοφόρων αγγείων (θρομβοφλεβίτιδα) ή λεμφαγγείων (σποροτρίχωση ή λεμφαγγειίτιδα).

Γραμμοειδείς βλάβες μπορεί να προέλθουν από διαταραχές στην ανάπτυξη δερματικών στοιχείων (επιδερμίδικοί σπίλοι) ή απλά μπορεί να εντοπίζονται κατά μήκος των γραμμών του Blaschko. Άλλες βλάβες μπορεί να εξηγηθούν με το φαινόμενο

Koebner, που υποδηλώνει την εμφάνιση εξανθήματος σε περιοχή τραύματος, το οποίο μπορεί να προέλθει από κνησμό ή έγκαυμα. Αυτό το φαινόμενο εκδηλώνεται σε ορισμένες παθήσεις (π.χ. ψωρίαση, ομαλός λειχήνας, ομαλή μυρμηκιά).

- ♦ *Δακτυλιοειδής*

Πολύ συχνά διάφορα εξανθήματα έχουν δακτυλιοειδή, τοξοειδή ή πολυκλωνική μορφή. Θα πρέπει πάντα να διευκρινίζεται εάν είναι κηλιδώδη ερύθημα, βλατιδώδη, λεπιδώδη ή οζώδη.

- ♦ *Συρρέουσες βλάβες*

Όταν οι βλάβες εμφανίζονται με τη μορφή ομάδων δίνοντας μία χαρακτηριστική εικόνα, βοηθούν ιδιαίτερα στη διάγνωση (δήγματα εντόμων).

- ♦ *Δικτυοειδής διάταξη*

Σε καταστάσεις όπως η δικτυωτή πελιδνώση ή το μαρμαροειδές δέρμα, το εξάνθημα έχει μορφή δικτύου, κατά την οποία διαγράφεται σαφέστατα το αγγειακό δίκτυο κάτω απ'το δέρμα.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

(DISTRIBUTION OF THE LESIONS)

Η σημασία της μορφολογίας των δερματικών βλαβών έχει τονισθεί ήδη με έμφαση. Τώρα μένει να σημειωθεί η αξιολόγηση της κατανομής των βλαβών, σ'ένα επόμενο σημαντικό βήμα, για την τελική διάγνωση.

Οι βλάβες μπορεί να είναι περιγεγραμμένες (απλός έρπητας), να εντοπίζονται σε μια συγκεκριμένη περιοχή (ακμή) ή να είναι γενικευμένης (σοβαρές μορφές ψωρίασης) ή καθολικής μορφής και να καταλαμβάνουν όλη την επιφάνεια του δέρματος, τις τρίχες και τα νύχια (ερυθροδερμία). Η τάση εντόπισης διαφόρων εξανθημάτων σε συγκεκριμένες περιοχές μπορεί να εξηγείται λογικά, αλλά μπορεί να παραμένει και ανεξήγητη. Ορισμένοι παράγοντες που μπορεί να δώσουν απάντηση σ'αυτή τη

διαπίστωση είναι:

- ενοφθαλμισμός (πρωτοπαθές έλκος, απλός έρπητας των γεννητικών οργάνων).
- έκθεση σε μια χημική ουσία ,στην υπεριώδη ακτινοβολία ή μετά από τραυματισμό.
- η ανατομία του δέρματος .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

(SUMMARY)

Για την επίτευξη σωστής διάγνωσης στη Δερματολογία. θα πρέπει να αξιολογηθούν πολλά κλινικά σημεία. Για παράδειγμα, το έκζεμα χαρακτηρίζεται είτε απ'την εμφάνιση ερυθρηματωδών κηλίδων και βλατίδων με λέπια και ρωγμές, είτε απ'την παρουσία φυσαλλίδων που ορορροούν, σχηματίζοντας μετά εφελκίδες.

Οι περισσότεροι δερματολόγοι συνεργάζονται με πλαστικό χειρουργό και ακτινοθεραπευτή, αντιμετωπίζοντας συλλογικά τις διάφορες κακοήθεις δερματοπάθειες. Επίσης είναι πολύ βοηθητική μια άμεση σχέση με ένα έμπειρο γενικό παθολόγο, για την αντιμετώπιση του ασθενούς ,επειδή πολύ σπάνια ένας δερματολόγος είναι ικανός να έχει το επίπεδο γνώσεων Γενικής Παθολογίας που απαιτείται για τους σχετικούς χειρισμούς. Τέλος, ένας σημαντικός αριθμός δερματολογικών ασθενών έχει ανάγκη ψυχιατρικής παρακολούθησης και, επειδή οι περισσότεροι ασθενείς αρνούνται την επίσκεψη σε Ψυχιατρική Κλινική, θα πρέπει πάντοτε να υπάρχει. ως σύμβουλος, ένας έμπειρος ψυχίατρος.

Η σημασία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ανεκτίμητη. Ο νοσηλευτής , ο οποίος έχει κατανοήσει τον τρόπο χρήσης της ανθραλίνης στη ψωρίαση ή των τοπικών κορτικοστεροειδών στο έκζεμα ή των ειδικών επιδέσμων που χρησιμοποιούνται στη

θεραπεία των ελκών της κνήμης, θεωρείται πολύτιμη. μπορούν να θεραπεύουν μυρμηκίες με υγρό άζωτο ή να δίδουν τις απαραίτητες συμβουλές σε ασθενείς με ακμή. με καρκίνο του δέρματος ή με έκζεμα. Άλλη.

Τα περισσότερα δερματολογικά νοσοκομειακά τμήματα διαθέτουν ένα άτομο εξειδικευμένο στην αισθητική, το οποίο μπορεί π.χ., να δείξει στους ασθενείς πως να χρησιμοποιούν υλικά αισθητικής για την κάλυψη αντιαισθητικών καταστάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΑΝΑΤΟΜΙΑ –ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα, εκτός απ' την αυτονόητη ιδιότητα της κάλυψης του σώματος, διαθέτει και μία ευρύτερη ποικιλία λειτουργιών όπως: προστασία απ' το εξωτερικό περιβάλλον, θερμορρύθμιση, διατήρηση σταθερού του ισοζυγίου των υγρών του σώματος και αδιαπερατότητα έναντι του νερού, Ο ρόλος του στην απορρόφηση της υπεριώδους ακτινοβολίας και της παραγωγής της βιταμίνης D, είναι σημαντικός, Επίσης δρα σαν φραγμός στην είσοδο παθογόνων μικροοργανισμών στον οργανισμό, ενώ παράλληλα διαθέτει και υποδοχείς για διάφορες αισθήσεις.

Το δέρμα απλουστευμένα διαιρείται σε δύο τμήματα. την επιδερμίδα και τα εξαρτήματά της - που προέρχονται απ' το εξώδερμα - και το χόριο με το υποδόριο λίπος. τα οποία προέρχονται από το μεσόδερμα (τα νεύρα του δέρματος και τα μελανοκύτταρα είναι νευροεξωδερματικής προέλευσης). Η επιδερμίδα θεωρείται πολύστοιβο επιθήλιο ακανθικού τύπου απ' όπου προέρχονται οι τριχοσηγματογόνοι θύλακοι, οι αποκρινείς και οι εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες. Το χόριο αποτελείται απ' τη θεμέλιο ουσία και το συνδετικό ιστό (κολλαγόνο και ελαστίνη). Ανάλογα με την περιοχή του σώματος, παρατηρείται μια σημαντική διαφοροποίηση. στη δομή και τη λειτουργία του δέρματος. Το δέρμα επίσης διακρίνεται σε έντριχο και άτριχο (ψιλό). Το άτριχο (το οποίο χαρακτηρίζεται από παχιά κερατίνη στιβάδα) επικάλυπτει τις επιφάνειες των παλαμών και των πελμάτων, ενώ το έντριχο καλύπτει το υπόλοιπο σώμα. Η τριχοφυία είναι εντονότερη στην κεφαλή. τις μασχάλες και το εφήβαιο. καθώς και στο πρόσωπο των ανδρών. Οι σηγματογόνοι αδένες είναι πολυάριθμοι σε περιοχές όπως η μύτη και το πρόσωπο, ενώ οι εκκρινείς αδένες απαντώνται συχνότερα στις παλάμες και στα πέλματα. Η επιφάνεια του δέρματος δεν είναι καθόλου ομαλή. Χαρακτηρίζεται

απ' την παρουσία πολύπλοκων πτυχών. οι οποίες σχετίζονται με το σχήμα των υποκείμενων επιδερμικών καταδύσεων. Το δέρμα διαφέρει απ' τους βλεβογόνους, λόγω της παρουσίας της κοκκώδους και της κερατίνης στιβάδας.

ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ (EPIDERMIS)

Ιστολογικά η επιδερμίδα αποτελείται από τουλάχιστον τέσσερις τύπους κυττάρων (κερατινοκύτταρα, μελανοκύτταρα, κύτταρα Merkel και κύτταρα Langerhans) και παρουσιάζει τέσσερις σαφώς αφοριζόμενες στιβάδες, τη βασική στιβάδα, την ακανθωτή στιβάδα, την κοκκώδη στιβάδα και την κερατίνη στιβάδα. Πιστεύεται ότι ο χρόνος διέλευσης ενός κυττάρου της επιδερμίδας (βασική στιβάδα-κερατίνη στιβάδα) είναι 30 ημέρες. Η ωρίμανση συνεπάγεται τη μετατροπή των κατά στήλες βασικοκυττάρων σε πλήρη κερατινοποιημένα κύτταρα της κερατίνης στιβάδας και την τροποποίηση του προσανατολισμού τους.

Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο αποκαλύπτει ότι η βασική μεμβράνη της επιδερμίδας δεν είναι ομοιογενής σχηματισμός, όπως φαίνεται στο κοινό μικροσκόπιο, αλλά το αντίθετο, δηλ. μια περιοχή εντελώς ετερογενούς δομής .

♦ **Μελανοκύτταρα (Melanocytes)**

Αυτά τα κύτταρα προέρχονται από τη νευρική ακρολοφία και ανευρίσκονται μόνο στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας. Η ύπαρξη μελανίνης συνήθως διαπιστώνεται με τις τεχνικές αργύρου, όπως η επίδραση Masson-Fontana ή η αντίδραση dopa. Η αναλογία μελανοκυττάρων προς τα κύτταρα της βασικής στιβάδας ποικίλει σημαντικά από 1:4 στις παρειές μέχρι 1: 10 στους βραχίονες. Τα μελανοκύτταρα είναι δενδριτικά κύτταρα. Τα κοκκία μελανίνης μεταφέρονται διαμέσου των δενδριτικών τους προσεκβολών προς τα γειτονικά κερατινοκύτταρα, απ' τα οποία και φαγοκυτταρώνονται. Η μελανίνη, εκτός απ' τη σημασία της για το

χρώμα του δέρματος και των τριχών. έχει και πρωτεύοντα ρολο στην προστασία του δέρματος απ 'την υπεριώδη ακτινοβολία.

- ♦ **Κύτταρα Langerhans (Langerhans cells)**

Αυτά τα δενδριτικά κύτταρα , ευρίσκονται στις άνωθεν της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας. Είναι δύσκολο να τα διακρίνει κανείς σε χρώσεις αιματοξυλίνης - ηωσίνης, αλλά μπορεί να αποκαλύφθούν με τη χρήση μιας σειράς τεχνικών, όπως ενζυμικών ή ανοσοϊστοχημικών. Τα κύτταρα Langerhans ανευρίσκονται και στο χόριο. Το κύτταρο Langerhans σήμερα πιστεύεται ότι προέρχεται από το μυελό των οστών και είναι ένας ανοσολογικός ισχυρός παράγων που εμπλέκεται κυρίως στην επιβραδυνόμενη υπερευαισθησία αντίδραση τυπου αλλά ίσως και σε άλλες ανοσολογικές αντιδράσεις.

- ♦ **Κύτταρα Merkel (Merkel cells)**

Το κύτταρο Merkel είναι ένα ιδιαίτερο, μη κερατινοποιημένο κύτταρο, που ευρίσκεται στην επιδερμίδα των θηλαστικών. Εντοπίζεται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας, ειδικά σε άτριχες περιοχές των άκρων. Επίσης, τα κύτταρα Merkel ανευρίσκονται στο χόριο.

Η αρχιτεκτονική του κυττάρου Merkel είναι Χαρακτηριστική. Το κύτταρο Merkel συνδέεται με τα γειτονικά κερατινοκύτταρα με δεσμοσωμάτια. Αναγνωρίζεται από το διαυγές κυτταρόπλασμά του, το λοβώδη πυρήνα, τα ειδικά κόκκια και την παρουσία νευρικού ιστού.

ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

(EPIDERMAL APPENDAGES)

1. Σμηγματογόνοι αδένες (Sebaceous glands)

Ο σμηγματογόνος αδένας έχει την εμφάνιση πλάγιας προεξοχής του εσωτερικού χιτώνα της ρίζας του αναπτυσσόμενου θυλάκου. Μπορεί να διαπιστωθεί σαφώς για πρώτη φορά μεταξύ

13 ς και 15^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης, Στη διάρκεια τις εμβρυικής ζωής, το έκκριμά τους, δηλ., το σμήγμα, αποτελεί ένα μέρος του σμήγματος που καλύπτει το έμβρυο, Παραμένουν ανενεργοί σε όλη τη διάρκεια της προεφηβικής ζωής και αυξάνουν σε μέγεθος, ενώ γίνονται λειτουργικά ενεργοί κατά τη διάρκεια και μετά την εφηβεία. Εφανίζονται διασπαρμένοι σε όλο το δέρμα, παρ' όλα αυτά δεν ανευρίσκονται στις παλάμες και στα πέλματα είναι ιδιαίτερα πολυάριθμοι στο τριχωτό της κεφαλής, στη γεννητική περιοχή και στη ράχη.

Το σμήγμα είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο μίγμα λιπιδίων, στα οποία περιλαμβάνονται τα τριγλυκερίδια, οι κηρώδεις εστέρες και τα σκάλενα.

2. Αποκρινείς αδένες (Apocrine glands)

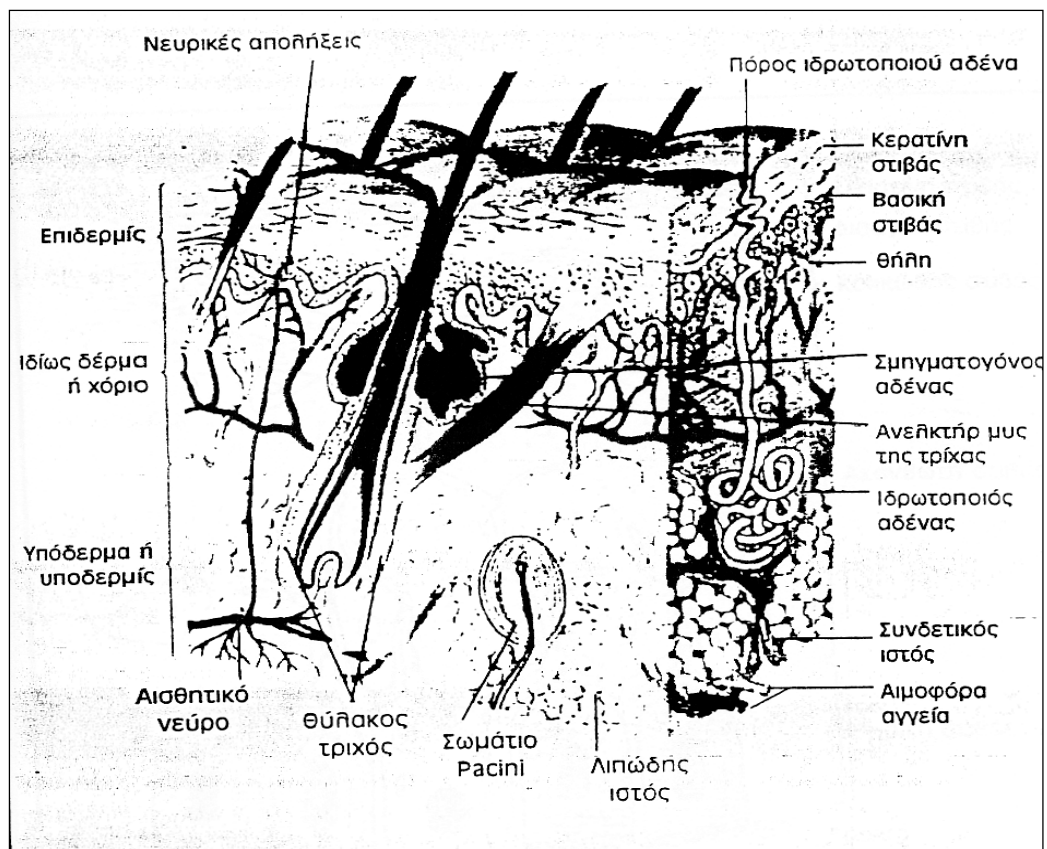
Αυτοί ανευρίσκονται κυρίως στην πρωκτογεννητική χώρα καθώς και στις μασχάλες, Προέρχονται απ την επιδερμίδα και αναπτύσσονται από το θυλακικό επιθήλιο.. Το μέγεθός τους είναι μικρό στην παιδική ηλικία ενώ μεγαλώνουν και δραστηριοποιούνται στην εφηβεία. Οι αποκρινείς αδένες αποτελούνται από δύο ξεχωριστά τμήματα. Το εκκριτικό τμήμα του αδένου εντοπίζεται στο κάτω μέρος του δικτυωτού χορίου ή το υποδόριο λίπος και ο εκφορητικός πόρος. ο οποίος συνδέει τον αδένου με τον τριχοσηγηματογόνο θύλακο, σε ένα σημείο ακριβώς επάνω απ 'τον πόρο του σηματογόνου αδένου

3. Εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες (Eccrine sweat glands)

Πρόκειται για αδένες που προέρχονται από ένα εξειδικευμένο επιδερμικό υπόστρωμα και εμφανίζονται περίπου τον 40 μήνα της εμβρυικής ζωής, Ανευρίσκονται σε καθε σημείο του δέρματος ενώ δεν παρατηρούνται στους βλεννογόνους. Οι περιοχές με τη μεγαλύτερη κατανομή είναι οι παλάμες, τα πέλματα, οι μασχάλες και το μέτωπο. Ιστολογικά διαιρούνται σε τέσσερις υπομοναδες: τον σπειροειδή εκκριτικό αδένου, το σπειροειδές χοριοκό τμήμα του

εκφορητικού του εκφορητικού πόρου.

Ο εκκρινούς τύπου ιδρώτας παρουσιάζει βασικές ομοιότητες με το πλάσμα από το οποίο και προέρχεται, ενώ ο εκφορητικός πόρος φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα υπεύθυνος για τις σχετικές τροποποιήσεις στη σύσταση αυτού του τύπου ιδρώτα.



Σχηματική παράσταση δέρματος

4. ΤΡΙΧΕΣ (ΗΑΙΑ)

Οι τρίχες είναι κεράτινοι σχηματισμοί της επιδερμίδας, κυλινδρικού και νηματοειδούς σχήματος. Οι τρίχες καλύπτουν όλο το σώμα εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα, την εσωτερική επιφάνεια της πύσθης και τα εσωτερικά τμήματα των έσω

γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Παρατηρούνται τέσσερις κύριοι τύποι τριχών: ο ελικοειδής, ο σπειροειδής, ο κυματοειδής και ο ευθύς ("ίσιος").

5. ΟΝΥΧΕΣ (NAILS)

Όπως οι τρίχες έτσι και οι όνυχες είναι κεράτινες πλάκες που καλύπτουν το μεγαλύτερο τμήμα της ραχιαίας επιφάνειας της τελευταίας φάλαγγας των δακτύλων στις χείρες και στους πόδες. Ανατομικά ο όνυχας αποτελείται από τρία μέρη: τη ρίζα, το σώμα και το ελεύθερο άκρο ή κορυφή.

6. ΤΟ ΧΟΡΙΟ (DERMIS)

Το χόριο είναι η στιβάδα που στηρίζει την επιδερμίδα. Αποτελείται από ινώδες στοιχείο (κολλαγόνο και ελαστίνη) και από τη λεγόμενη βασική ουσία. Στο χόριο ανευρίσκονται τα εξαρτήματα του δέρματος, τα αιμοφόρα αγγεία και τα νεύρα. Χωρίζεται σε δύο τμήματα: το θηλώδες χόριο και το δικτυωτό χόριο.

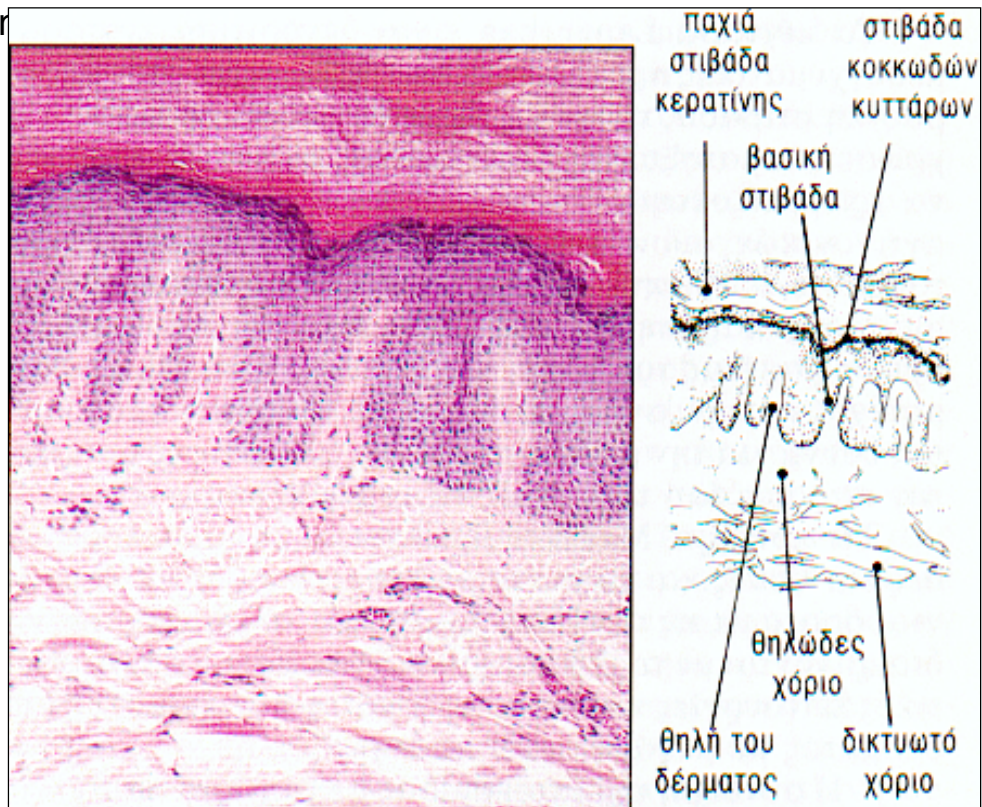
Κολλαγόνο (Collagen)

Το κολλαγόνο προσφέρει τη δομική σταθερότητα της επιδερμίδας. Το θηλώδες χόριο αποτελείται από λεπτές περίπλοκα διατεταγμένες ίνες, ενώ στο δικτυωτό χόριο διαπιστώνεται η ύπαρξη δεσμίδων, που αποτελούνται από κολλαγόνες ίνες.

Ελαστικός ιστός (Elastic tissue)

Οι ελαστικές ίνες συνδέονται στενά με το κολλαγόνο. Στο θηλώδες τμήμα του χορίου οι ελαστικές ίνες είναι λεπτές, ενώ στο δικτυωτό χόριο εμφανίζονται παχύτερες. Όπως και το κολλαγόνο, οι ελαστικές ίνες παράγονται από τους ινοβλάστες. Ο ελαστικός

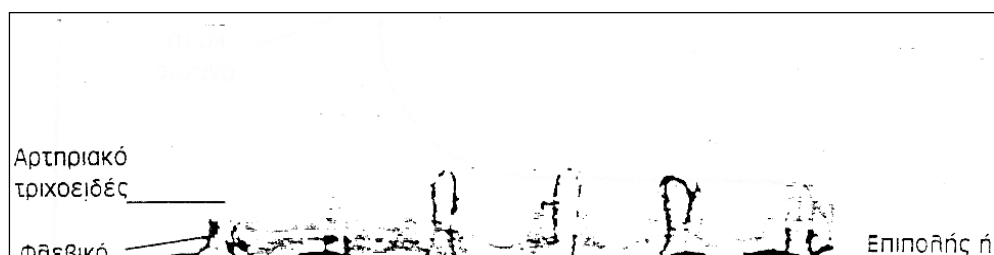
ιστός αποτελείται από ένα πυκνό στοιχείο, την ελαστίνη, στην οποία διεισδύουν μικροϊνίδια. Οι ελαστικές ίνες ευθύνονται για την ελαστικότητα



Ανατομία δέρματος

ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (CUTANEOUS BLOOD VESSELS)

Το δέρμα δέχεται ένα εκτεταμένο αγγειακό δίκτυο που προέρχεται από τα αγγεία που ευρίσκονται στο υποδόριο λίπος. Από αυτά προκύπτουν δύο αγγειακά πλέγματα που επικοινωνούν μεταξύ τους με ενδιάμεσους αγγειακούς κλάδους. Το εν τω βάθει αγγειακό πλέγμα εντοπίζεται στο όριο μεταξύ χορίου και υποδορίου λίπους και το επιφανειακό αγγειακό πλέγμα ευρίσκεται στο επιφανειακό τμήμα του δικτυωτού χορίου και τροφοδοτεί το θηλώδες χόριο με ένα τριχοειδικό αγγειακό δίκτυο σαν αγκύλη.



Αγγεία δέρματος

ΝΕΥΡΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (CUTANEOUS NERVES)

Το δέρμα διαθέτει πλουσιότατο νευρικό στοιχείο, το οποίο διακρίνεται σε ένα προσαγωγού τύπου νευρικό τμήμα. το οποίο ρυθμίζει τη λειτουργία των δερματικών αγγείων και των εξαρτημάτων του δέρματος και το οποίο προέρχεται απ' το αυτόνομο συμπαθητικό νευρικό σύστημα και σε ένα τμήμα απαγωγού τύπου. λειτουργία. Στο απαγωγό νευρικό τμήμα υπάρχουν τριών τύπων υποδοχείς: ελεύθερες νευρικές απολήξεις, νευρικές απολήξεις σε σχέση με τις τρίχες και νευρικές απολήξεις που έχουν τη μορφή κάψας. Υπεύθυνες για την αίσθηση της θερμοκρασίας, του κνησμού και του πόνου είναι οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις: των εμμύελων και των αμύελων νευρικών ινών.

ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΛΙΠΟΣ (SUBCUTANEOUS FAT)

Το λίπος χωρίζεται σε λόβια από Ινωδη διαφράγματα. Το υποδόριο λίπος έχει μεγάλη σημασία για τη θερμορρύθμιση καθώς και για αποθήκευση θρεπτικών ουσιών στον οργανισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ



1. Η ψωρίαση είναι μια χρόνια ερυθηματολεπιδώδης δερματοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας. Έστω και αν τελικά μπορεί να διατυπωθεί μια ενιαία εξήγηση για την νοσο, αυτή δεν παύει να εμφανίζει κλινική ανομοιογένεια. Υπάρχουν διάφορα στάδια της νόσου. Όπως για παράδειγμα χρόνιο και σταθερό ή οξύ και ασταθές. Το τελευταίο μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα γενικευμένη ερυθροδερμία ή φλυκταινώδη μορφή. Μια βακτηριακή λοίμωξη μπορεί να πυροδοτήσει την εμφάνιση μιας ήπιας μορφής, της σταγονοειδούς ψωρίασης. Επειδή η ψωρίαση μπορεί να προσβάλλει κάθε περιοχή του σώματος και πολλές φορές προκύπτουν προβλήματα διάγνωσης, τα κλινικά σημεία υποδιαιρούνται ανάλογα με την περιοχή της εμφάνισης τους. Αυτή η υποδιαίρεση είναι χρήσιμη και θεραπευτικά δεδομένου ότι οι βλάβες κάθε περιοχής απαιτούν διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση.

Ορισμός

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης, μη μεταδοτική, μη λοιμώδης καλοήθης δερματοπάθεια που προσβάλλει τους επιδερμικούς ιστούς του δέρματος του ανθρώπου (δεν παρατηρείται στο ζωικό Βασίλειο). Χαρακτηρίζεται από συμμετρικές, ερυθηματώδεις πλάκες που καλύπτονται από παχιά αργυρόχροα λέπια και αφορίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Η κλινική πορεία της ψωρίασης είναι δύσκολο να προβλεφθεί, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται εναλλαγή εξάρσεων και υφέσεων. Τα περισσότερα περιστατικά είναι ήπιας μορφής, υπάρχουν όμως και περιπτώσεις μέσης ή μεγάλης βαρύτητας.

2. Συχνότητα

Η ψωρίαση φαίνεται ότι προσβάλλει το 2% του συνολικού πληθυσμού της γης (4,5 εκατ. στις ΗΠΑ), με ίση συχνότητα και

στα δύο φύλα. Παρουσιάζεται σε όλες τις φυλές αν και λιγότερο συχνά σε Νέγρους, Ιάπωνες και Ινδιάνους της Β. Αμερικής. Στην Β.Δ Ευρώπη και ΗΠΑ η συχνότητα είναι 5% των δερματολογικών ασθενών και στις ΗΠΑ για την νοσηλεία 3 εκατ πασχόντων από ψωρίαση δαπανώνται 200 εκατ δολάρια ετησίως. Το 1/3 των ασθενών έχει οικογενειακό ιστορικό. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί ανά πάσα στιγμή απ' την βρεφική ηλικία μέχρι την ενήλικη ζωή, αν και η αρχική περίοδος της ενήλικης ζωής και το τέλος της μέσης ηλικίας αποτελούν τις πιο συχνές, ηλικιακά χρονικές περιόδους. Κατά την τριετία 85' – 88' στους 12,808 ασθενείς στην δερματολογική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης οι 337 έπασχαν από ψωρίαση.

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Γενετικός παράγοντας

Η ύπαρξη κάποιου γενετικού παράγοντα στην ψωρίαση έχει διαπιστωθεί από τις παρατηρήσεις που έχουν γίνει πριν από αρκετά χρόνια. Σήμερα ο κληρονομικός παράγοντας στην ψωρίαση θεωρείται βέβαιος. Αυτό βασίζεται σε εργαστηριακές, κλινικές και στατιστικές παρατηρήσεις. Η νόσος είναι οικογενής στο 33% των περιπτώσεων. Επί μονογενών διδύμων ανευρίσκεται στο 72% των περιπτώσεων, ενώ επί δυογενων στο 22% των διδύμων. Άλλες παρατηρήσεις έδειξαν ότι η ψωρίαση είναι συχνότερη σε τριπλάσιο ποσοστό σε δίδυμα, των οποίων ένας από τους δυο γονείς είχε ψωρίαση σε αντίθεση μ' εκείνα που οι γονείς τους δεν είχαν την νοσο.

Η προδιάθεση στην ψωρίαση μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά πολύ αργά στην ζωή ή να μην εκδηλωθεί καθόλου. Στην ψωρίαση ανευρίσκονται σε αυξημένη συχνότητα τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA- BW₁₇, B₁₃ και B₂₇. Τα HLA- BW₁₇

ανευρίσκονται σε ασθενείς με ήπια ψωρίαση και με στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις .

Η ψωρίαση μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα ομαλό ή ανώμαλο αυτοσωματικό τύπο. Δεν μεταβιβάζεται άλλωστε η νόσος εν ενεργεία αλλά λανθάνουσα ψωρίαση. Η πιθανότητα γεννήσεως ψωριασικού παιδιού εάν αμφότεροι γονείς πάσχουν από ψωρίαση ανέρχεται στο 60-75%. Εάν πάσχει μόνο ένας από αυτούς, 25% για το πρώτο παιδί και 31% για το δεύτερο. Εάν αμφότεροι γονείς είναι φαινομενικά υγιείς, αλλά το πρώτο παιδί είναι ψωριασικό, υπάρχει πιθανότητα και το δεύτερο παιδί να είναι ψωριασικό.

B. Εκλυτικοί παράγοντες

Για την εκδήλωση της ψωρίασης δεν αρκεί μόνο η κληρονομική προδιάθεση του ατόμου. Απαιτούνται και άλλες συνθήκες εξωγενείς ή ενδογενείς, οι οποίες παίζουν ρόλο εκλυτικού παράγοντα. Πολλοί τέτοιοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί μέχρι σήμερα:

Φυσικά τραύματα και τοπικές φλεγμονές του δέρματος (φαινόμενο Kobner). Όταν λέμε τραύμα εννοούμε κάθε φυσικό ή χημικό τραυματισμό. Οι διάφοροι ερεθισμοί από την χρήση των σπάργανων παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Διάφορες μικροαμυχές, τραύματα μετά από χειρουργική επέμβαση ή μετά από τραυματισμό εμφανίζουν φαινόμενο Kobner. Έντονη έκθεση στον ήλιο ή έντονες κλιματολογικές επιδράσεις μπορούν να επιδράσουν σαν τραύμα. Μετά από ανεμευλογία έχει παρατηρηθεί εμφάνιση της ψωρίασης στα μέρη του εξανθήματος ή και μετά από δαμαλισμό.

□ Λοιμώξεις

Κατά την παιδική ηλικία μετά από γενική ή εστιακή στρεπτοκοκκική λοίμωξη , μπορεί να εμφανιστεί ψωρίαση η οποία είναι δυνατόν να υποχωρήσει μετά την ίαση της λοίμωξης. Κατά

τον ίδιο τρόπο μπορούν να δράσουν λοιμώξεις των ανώτερων αναπνευστικών οδών καθώς και εμβολιασμοί.

- Διαταραχές μεταβολισμού

Στις βλάβες της ψωρίασης, στο υγιές δέρμα και στο αίμα των ψωριασικών ανευρίσκονται βιοχημικές αλλοιώσεις, οι οποίες φανερώνουν διαταραχές των λιπιδίων, των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών, των ηλεκτρολυτών, του ύδατος, του θείου και των άλλων φυσιολογικών συστατικών. Η αβιταμίνωση, ως αιτιολογικός παράγοντας, δεν βασίζεται σε πειραματικά ευρήματα. Είναι γνωστή η ευνοϊκή επίδραση της Βιτ. Α, της Βιτ. C και ενδεχομένως της Βίη. D για την θεραπεία της ψωρίασης. Οι βιταμίνες σ' αυτή την περίπτωση δεν αναπληρώνουν ελλείπουσα ποσότητα βιταμινών αλλά δρουν ως χημικές ουσίες κατά τρόπο άγνωστο εν μέρει ακόμα.

- Διαταραχές της λειτουργίας έσω εκκρίσεων

Ο ρόλος της ορμόνης δυσλειτουργίας πιθανολογείται από κλινικά και θεραπευτικά δεδομένα. Η ψωρίαση είναι συχνότερη κατά την περίοδο γεννητικής δραστηριότητας. Κατά την εγκυμοσύνη η ψωρίαση βελτιώνεται κατά το 33%, επιδεινώνεται κατά το 2% και μένει ανεπηρέαστη στο 65%. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί η ανεπάρκεια θυμού αδένα, θυρεοειδούς, υπόφυσης και επινεφριδίων.

- Κλιματολογικές συνθήκες

Από διάφορες παρατηρήσεις που έχουν γίνει σε μεγάλη κλίμακα και σε ερωτηματολόγιο προς τους ψωριασικούς, βρέθηκε σε ποσοστό 77% των περιπτώσεων το θερμό κλίμα δρα ευνοϊκά, βελτιώνοντας σημαντικά το εξάνθημα, ενώ το ψυχρό κλίμα χειροτερεύει την νοσο.

- Φως

Γενικά το ηλιακό φως δρα ευεργετικά στους ψωριασικούς. Με την έκθεση στον ήλιο και την θάλασσα το 95% των ασθενών παρατηρεί βελτίωση. Μόνο σ' ένα «άτυχο» 5,5% η νόσος επιδεινώνεται με τον

ήλιο, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες και σε γυναίκες (φωτοευαίσθητος ψωρίαση).

- Φάρμακα

Διάφορα φάρμακα μπορεί να δράσουν σαν εκλυτικοί παράγοντες ή να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα νοσο. Τέτοια φάρμακα είναι τα ανθελονοσιακά που μπορεί να προκαλέσουν ακόμα και σε ψωριασικούς βαρύτατης μορφής ερυθροδερμία με κίνδυνο της ζωής του αρρώστου. Το λίθιο που χορηγείται σε ψυχιατρικούς ασθενείς μπορεί να προκαλέσει ψωρίαση . Επίσης οι αναστολείς των β- υποδοχέων προκαλούν ψωριασικό εξάνθημα.

- Νευροψυχικές διαταραχές

Οι ψωριασικοί ασθενείς είναι κατά κανόνα αγχώδεις και συχνά η ψωρίαση αρχίζει να επιδεινώνεται μετά από ψυχικό τραύμα. Σε άλλες περιπτώσεις η ψωρίαση υποχωρεί με χορήγηση ηρεμιστικών.

4. Παθογένεια νόσου

Την παθογένεια χαρακτηρίζουν δυο σημαντικά ιστολογικά ευρήματα, η διαταραχή της κερατινοποίησης και η υπερπλασία της επιδερμίδας. Στην ψωρίαση παρατηρούμε μια ανωμαλία στην κερατινοποίηση. Έχουμε αύξηση του ρυθμού κερατινοποίησης περισσότερο από 3 φορές. Ο λόγος της ανώμαλης αυτής κερατινοποίησης δεν είναι εξακριβωμένος. Διάφορες υποθέσεις έχουν γίνει κατά καιρούς αξιολογώντας τα εκάστοτε ευρήματα,

Εάν η αύξηση του πολλαπλασιασμού των επιδερμικών κυττάρων είναι η πρωταρχική βλάβη αυτό δεν είναι εξακριβωμένο. Γίνονται πολλές μελέτες για την αναστολή πολλαπλασιασμού των κυττάρων, το αποτέλεσμα αυτών όμως είναι δύσκολο διότι δεν εμφανίζεται ψωρίαση στα ζώα και τα πειράματα σ' αυτά είναι δύσκολα. Πιθανόν να λαμβάνουν μέρος αρκετοί παράγοντες στην

λειτουργία των ένζυμων που προσκολλώνται στις επιδερμικές μεμβράνες και τα οποία είναι υπεύθυνα στον έλεγχο της συμπεριφοράς των κύτταρων.

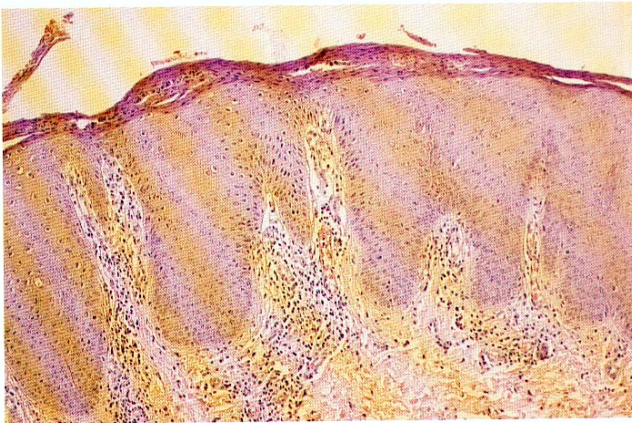
Η υπόθεση ότι στην ανώμαλη κερατινοποίηση είναι υπεύθυνο το σύστημα των κυκλικών νουκλεοτιδίων (c-AMP) δεν δίνει λύση στο πρόβλημα. Από διάφορες έρευνες που έγιναν βρέθηκαν τα επίπεδα του κυκλικού AMP στις ψωριασικές βλάβες να είναι ελαττωμένα και να επανέρχονται μετά την υποχώρηση του εξανθήματος. Απεναντίας τα επίπεδα του c-GMP βρέθηκαν στην ψωρίαση να είναι αρκετά αυξημένα. Σε άλλη υπόθεση για την ανώμαλη κερατινοποίηση ενοχοποιήθηκαν διάφοροι ανοσολογικοί μηχανισμοί. Τα κυκλοφορούντα T- λεμφοκύτταρα βρέθηκαν ελαττωμένα σε αριθμό ενώ τα β-λεμφοκύτταρα σε φυσιολογικό επίπεδο. Στα κυκλοφορούντα λεμφοκύτταρα και πολυμορφοπύρηννα βρέθηκαν ειδικοί υποδοχείς ανοσοσφαιρινών στον μανδύα τους. Από τους υποδοχείς αυτούς μπορεί ν' αποχωρίζονται τα αντισώματα τα οποία στρέφονται εναντίον του πυρήνα των βασικών κυττάρων της επιδερμίδας του υγιούς δέρματος. Παρόλα αυτά στις ψωριασικές βλάβες τα αντισώματα δεν στρέφονται εναντίον των βασικών κυττάρων της επιδερμίδας, ένδειξη ότι το πυρηνικό αντίσωμα στο προσβλημένο δέρμα είναι ελαττωμένο ή δεσμευμένο. Ο φυσιολογικός ανθρώπινος ορός περιέχει ένα αντίσωμα που στρέφεται εναντίον της κεράτινης στοιβάδας. Το αντίσωμα αυτό είναι κυρίως IgG και δεν προσκολλάται στο φυσιολογικό δέρμα *in vivo*, αλλά *in vitro* προσκολλώνται στα ψωριασικά λέπια. Είναι ενδιαφέρον ότι η ψωρίαση είναι συχνά εξαρτημένη από την μόλυνση του HIV. Δεν είναι γνωστό εάν αυτό προέρχεται από ένα μικρόβιο του HIV του κεντρικού συστήματος ή από επιδερμικό πολλαπλασιασμό. Η ψωρίαση συνήθως μπαίνει σε ύφεση στο τελικό στάδιο του AIDS με πολύ μικρό νούμερο κυκλοφοριακού T- κυττάρου.

Η εμπειρία από τους ασθενείς που δέχονται μεταμόσχευση οστών (επειδή προέρχεται από ασθένεια αίματος) δείχνει ότι το κυτταρικό κεντρικό σύστημα είναι αναπτυσσόμενο στην ψωρίαση. Ασθενείς με ψωρίαση που δέχονται μόσχευμα από ασθενή που δεν έχει ψωρίαση, απαλλάσσονται απ' αυτή. Το αντίθετο γίνεται με κάποιον που δεν νοσεί όταν δεχθεί μόσχευμα από κάποιον που νοσεί. Βεβαίως οι ανοσολογικές θεωρίες στην ψωρίαση μεταβάλλονται πολύ γρήγορα ανάλογα με τα εκάστοτε ευρήματα.

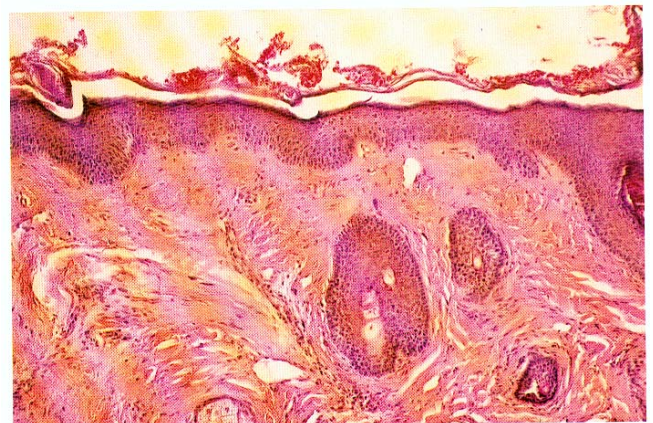
Η υπερπλασία οφείλεται στην ταχεία ωρίμανση, μίτωση και αύξηση του δείκτη μιτώσεως των κυττάρων. Ενώ τα κύτταρα της επιδερμίδας ωριμάζουν σε 28 μέρες στην ψωρίαση ωριμάζουν σε 3-4 μέρες, ενώ η μίτωση απαιτεί φυσιολογικά 1ωρα, στην ψωρίαση απαιτεί μόνο 16 λεπτά της ώρας. Ο αριθμός των υπό μίτωση κυττάρων στην ψωρίαση είναι 9 φορές μεγαλύτερος απ' αυτή στο φυσιολογικό δέρμα.

Ας προσπαθήσουμε όμως με κάποιο άλλο τρόπο να καταλάβουμε την παθογένεια της νόσου. Το φυσιολογικό δέρμα (Φώτο 1) αποτελείται από 2 στρωματά : το εξωτερικό στρώμα ονομάζεται επιδερμίδα και το κάτω απ' αυτή χόριο. Η επιδερμίδα είναι φτιαγμένη από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά αυξάνονται και πολλαπλασιάζονται κοντά στο σημείο που ενώνεται η επιδερμίδα με το χόριο. Στη συνέχεια τα κύτταρα αυτά μετακινούνται προς την επιφάνεια της επιδερμίδας όπου νεκρώνονται και αποτελούν το ξερό κερατινόστρωμα του δέρματος. Τα νεκρά αυτά κύτταρα αποβάλλονται από το δέρμα σε μικρές ποσότητες, υπάρχει δηλαδή μια συνεχής απολέπιση που όμως στα φυσιολογικά άτομα δεν είναι ορατή δια γυμνού οφθαλμού. Τα κύτταρα αυτά κάνουν, όπως είπαμε παραπάνω, περί τις 28 μέρες να φτάσουν από το χόριο προς την επιφάνεια και να αποπέσουν (βλ. παρακάτω πίνακα). Στο ψωριασικό δέρμα τώρα (Φώτο 2), ο χρόνος αυτός μειώνεται στις 4 μέρες και έτσι τα

κύτταρα στην επιφάνεια δεν έχουν ακόμα ωριμάσει και γι' αυτό παραμένουν κολλημένα μεταξύ τους και δεν πέφτουν. Έτσι δημιουργούνται τα λέπια που φαίνονται, ενώ το δέρμα είναι κόκκινο και ερεθισμένο. Τα λέπια είναι αποτέλεσμα της υπερδραστηριότητας του επιθηλίου ενώ το ερύθημα οφείλεται σε διάταση και πολλαπλασιασμό των τριχοειδών του θηλώδους χορίου.



1. φυσιολογική επιδερμίδα



2. ψωριασική επιδερμίδα

Η επιδερμίδα στην ψωρίαση

| | Φυσιολογική Φώτο 1 | Ψωρίαση Φώτο 2 |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Μιτώσεις | Περίπου 0,4% | Περίπου 2,5% |
| Σύνθεση DNA | Περίπου 3-5% | Περίπου 20-25% |
| Κυτταρικός κύκλος | Περίπου 45,7 ώρες | Περίπου 37,5 ώρες |
| Transit time | Περίπου 28 μέρες | Περίπου 3-4 μέρες |

| | | |
|----------------------------------|--------------|----------------|
| Μεταβολισμός κυττάρων | Φυσιολογικός | Πολύ αυξημένος |
| Γλυκογόνο | - | +++ |
| Δομικές πρωτεΐνες | Φυσιολογικές | Ελαττωμένες |

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ



ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ
ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ
ΣΙΓΟΥΡΟ ΦΑΡΜΑΚΟ



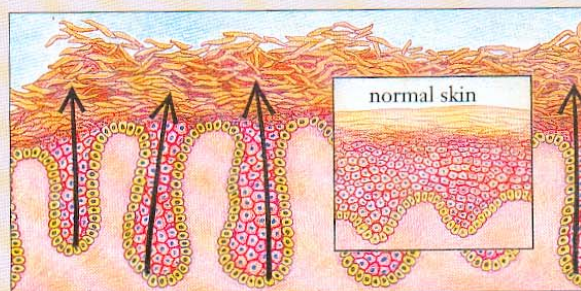
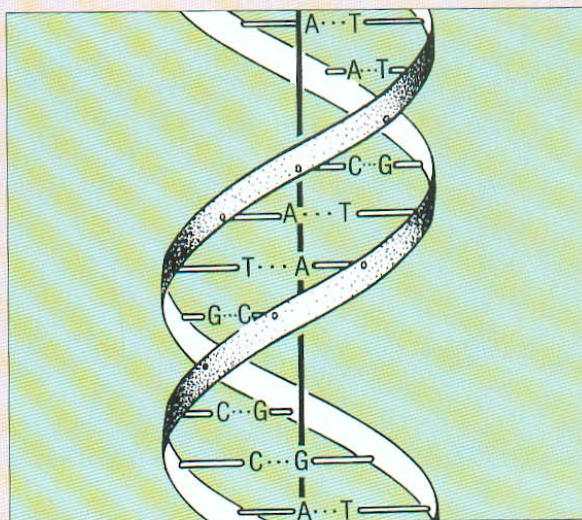
ΦΛΕΓΜΟΝΗ
ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ
ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ



ΑΥΞΗΣΗ
ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟΥ
ΚΥΤΤΑΡΩΝ



ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΨΩΡΙΑΣΗΣ



5. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Για την διάγνωση της ψωρίασης είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες εξετάσεις των οποίων τα ευρήματα αναφέρονται παρακάτω. Οι εξετάσεις αυτές είναι :

- Γενική αίματος
- Βιοχημικές
- Ανοσολογικές
- Καλλιέργεια λεπιών και νυχιών για την απόκλιση μυκητίασης.
- Βιοψία δέρματος
- Ακτινογραφίες και άλλα τεστ για την ύπαρξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας.
- Έλεγχος φαρυγγικού επιχρίσματος για β- αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, ο οποίος επιβεβαιώνεται με τον τίτλο αντιστρεπτολυσίνης – Ο στον όρο ιδιαίτερα στην σταγονοειδή ψωρίαση.
- Στην ανάστροφο ψωρίαση για τον αποκλεισμό των μυκητιάσεων από candida, εξετάζουμε υλικό από τις περιοχές παρατριμμάτων μετά από κατεργασία με υδροξείδιο καλίου.
- Όταν ένα επεισόδιο ψωρίασης είναι βαρύ ο ασθενής θα πρέπει να ελέγχεται για HIV λοίμωξη.

Εργαστηριακά ευρήματα

Τα περισσότερα εργαστηριακά ευρήματα στην ψωρίαση είναι δευτεροπαθή. Τα πραγματικά εργαστηριακά ευρήματα είναι ελάχιστα.

Στην ερυθροδερμική ψωρίαση καθώς και στη γενικευμένη φλυκταινώδη παρατηρείται αύξηση της ΤΚΕ, στη δε φλυκταινώδη παρατηρείται επίσης λευκοκυττάρωση. Αύξηση των επιπέδων του

ουρικού οξέος παρατηρείται συχνά στην ψωρίαση. Ενώ το ουρικό οξύ παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα στις μορφές της ψωρίασης που η έκταση του εξανθήματος είναι περιορισμένη, στις μορφές εκείνες που έχουμε εκτεταμένες βλάβες το ουρικό οξύ είναι αυξημένο. Υπερασβεστιαϊμία παρατηρείται σε μερικές περιπτώσεις με αρθρίτιδα και γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση. Επίσης στην αρθροπαθητική παρατηρείται αύξηση των α_2 και β σφαιρινών. Ακόμα παρατηρείται αύξηση των σακχαρικών καμπύλων και πτώση της λευκωματίνης (μεγάλη απώλεια από τα λέπια).

Ανοσολογικά ευρήματα

Από τα ανοσολογικά ευρήματα που παρατηρούνται στην ψωρίαση τα πλέον αξιοσημείωτα είναι η αύξηση των IgA σφαιρινών στον ορό των αρρώστων. Επίσης βρίσκονται αντί - IgG αντισώματα στις βλάβες καθώς και στην επιφάνεια των περιφερικών λεμφοκυττάρων. Επίσης τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα από τα αποστημάτα του Munro φέρουν ανοσοσφαιρίνες και συμπλήρωμα στην επιφάνειά τους.

Τα κυκλοφορούντα T - λεμφοκύτταρα βρίσκονται ελαττωμένα σε αριθμό ενώ τα β - λεμφοκύτταρα βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τα κυκλοφορούντα λεμφοκύτταρα καθώς και τα πολυμορφοπύρρηνα φέρουν στο μανδύα τους ειδικούς υποδοχείς των ανοσοσφαιρινών. Από τους υποδοχείς αυτούς αποχωρίζονται αντισώματα, τα οποία στρέφονται έναντι των πυρήνων των κυττάρων της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας του κλινικός υγιούς δέρματος. Το αντίσωμα δεν αντιδρά με τα βασικά κύτταρα των ψωριασικών βλαβών, συμπέρασμα ότι τα πυρηνικά αντιγόνα στο προσβεβλημένο δέρμα αναστέλλονται ή δεσμεύονται. Τα αντισώματα αυτά που στρέφονται έναντι των βασικών κυττάρων δεν μπορούν να εξαχθούν από τα κύτταρα των υγιών ατόμων.

Άλλα ανοσολογικά φαινόμενα που αφορούν την κεράτινη στιβάδα φαίνεται να έχουν κάποια σημασία για την ψωρίαση.

Ο φυσιολογικός ανθρώπινος ορός περιέχει κάποιο αντίσωμα στρεφόμενο έναντι της κερατίνης στιβάδας. Αυτό αποδεικνύεται με τις μεθόδους δέσμευσης του αντισώματος και καθηλώσεως του συμπληρώματος. Τα έναντι της κερατίνης αντισώματα είναι κυρίως της τάξης των IgG και ορισμένα των IgM.

Πάντως φαίνεται ότι στην ψωρίαση λόγω της γενετικής διαταραχής προκαλεί και η απουσία ή η δυσλειτουργία ενός κλώνου «ανασταλτικών» T - λεμφοκυττάρων, τα οποία υπό φυσιολογικές συνθήκες παρεμποδίζουν την αναγνώριση από το ανοσολογικό σύστημα του ισχυρώς αντιγονικού επιδερμικού πυρηνικού υλικού.

6. Κλινικές εικόνα της ψωρίασης

Η κλινική εικόνα της ψωρίασης επιδεινώνεται από το έντονο ψυχολογικό stress, από τις χαμηλές θερμοκρασίες, από την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ κτλ. Αντίθετα το καλοκαίρι η νόσος γενικά βελτιώνεται με την ηλιοθεραπεία και την αυξημένη θερμοκρασία του περιβάλλοντος (αν και σε ένα ποσοστό 10% έχει παρατηρηθεί επιδείνωση με την έκθεση στον ήλιο). Η ψωρίαση μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Υπάρχουν όμως ηλικίες όπου παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα και άλλες που είναι σπάνια. Παράδειγμα, η εμφάνιση πριν την ηλικία των 3 χρόνων είναι σπάνια' επίσης ασυνήθης είναι και η εμφάνιση της νόσου μετά το 60 έτος της ηλικίας. Ο μέσος όρος ηλικίας στην πρώτη εμφάνιση της νόσου είναι περίπου 27,5 χρόνια. Προσβάλλονται εξίσου και τα δύο φύλα, αλλά οι γυναίκες πρωτοεμφανίζονται το νόσημα σε πολύ μικρότερη ηλικία από τους άνδρες. Στα παιδιά η εμφάνιση της νόσου συνήθως ακολουθεί κάποια στρεπτοκοκκική λοίμωξη (αμυγδαλίτιδα, μέση ωτίτιδα) ή κάποιο

εμβολιασμό (σταγονοειδείς μορφή). Σε άλλες όμως περιπτώσεις δεν προηγείται κάποια λοίμωξη για την εμφάνιση της νόσου. Άλλοτε ακολουθεί κάποια νόσο που έχει προηγηθεί, δήγματα εντόμων ή κάποιο τραυματισμό. Στην ψωρίαση που εμφανίζεται στις πτυχές (μασχαλιαίες, υπομαζικές, μηρογεννητικές) συνήθως προηγείται κάποια άλλη δερματοπάθεια.

Η τυπική βλάβη της ψωρίασης χαρακτηρίζεται από μία πλάκα, η οποία είναι 1) ανυψωμένη από το περιβάλλον αυτήν φυσιολογικό δέρμα (αποτέλεσμα της υπερτροφίας των θηλών και της επιδερμίδας. 2) Καλύπτεται από παχιά αργυρόχροα, χαλαρά προσκολλημένα λέπια (αποτέλεσμα της μεγάλης ταχύτητας με την οποία γίνεται ο πολλαπλασιασμός των και της ατελούς κερατινοποίησης) και 3) από το χρώμα της, το οποίο είναι έντονα ερυθρό. Το χρώμα αυτό οφείλεται στην έντονη παρουσία στις ανυψωμένες θηλές του χορίου των τριχοειδών και αυτός είναι και ο λόγος για τη σικτική αιμορραγία που παρουσιάζεται όταν γίνει απόξεση του μέρους ή ασκηθεί έντονη τριβή. Οι βλάβες από την αρχή είναι μικρής διαμέτρου 2-5 mm, με την πρόοδο όμως του χρόνου επεκτείνονται περιφερικώς και μεγαλώνουν. Εντοπίζονται σε αγκώνες, γόνατα, ιερή χώρα, στο τριχωτό της κεφαλής, στις παλάμες, τα πέλματα, τον ομφαλό και την βάλανο. Άλλοτε οι βλάβες περιβάλλονται από λευκή άλω (άλως του Woronoff) η οποία απορροφά την εωσίνη και αντίστοιχη σε ζωή ψωρίασεως εν ενεργεία.

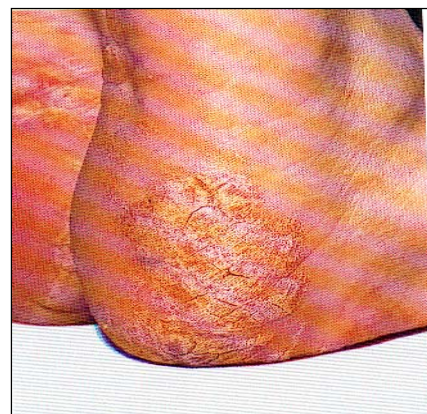
Η μεθοδική απόξεση, δια του ξέστρου του Broca, επιτρέπει την διαπίστωση ορισμένων κλινικών σημείων. Τα σημεία αυτά εξωτερικεύουν ειδικές ιστολογικές βλάβες και είναι τα εξής : α) λεύκανση των βλαβών με την απόξεση, φαιόχροες βλάβες γίνονται λευκές ενώ δυσδιάκριτες ή αόρατες βλάβες γίνονται εμφανείς. Εάν ξύσουμε μια βλάβη, αρχίζουν να πέφτουν τα λέπια ακριβώς όπως γίνεται όταν ξύνουμε ένα κερί που αποφλοιώνεται (σημείο

στεατοκηρίου). β) Σημείο του στεατοκυρίου. Με την απόξεση τα επιπολή (επιφανειακά) λέπια πέφτουν υπό μορφή σκόνης ενώ τα εν τω βάθει παραμένουν λόγω μεγαλύτερης συνοχής και σχηματίζουν αμιαντώδη επιφάνεια. γ) Σημείο αποκολλούμενου υμενίου, μετά την απόπτωση των λεπιών, αποσπάται εξολόκληρου ή υπό την μορφή ρακών, επιδερμικό υμένιο. δ) Σημείο της αιματηρού δρόσου ή σημείο Auspitz: μετά την αφαίρεση του υμενίου παραμένει λεία, στιλπνή και υγρή επιφάνεια πάνω στην οποία αναβλύζουν γρήγορα μικρά σταγονίδια αίματος.

7. Διαφορική διάγνωση της ψωρίασης

- Δισκοειδές έκζεμα

Στο δισκοειδές έκζεμα οι αλλοιώσεις είναι καλά ορισμένες, εξιδρωματικές, λιπαρές και κηρώδεις, παρατηρείται απολέπιση και μπορεί να παρουσιάσει κνησμό.



- Ροδόχρους πιτυρίαση

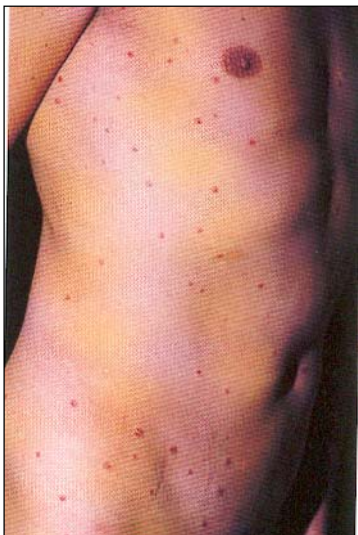
Μπορεί να μπερδευτεί με την σταγονοειδής ψωρίαση αλλά οι αλλοιώσεις είναι περισσότερο οβάλ παρά στρογγυλές, τείνουν να φύγουν προς τις πλευρικές γραμμές. Η απολέπιση είναι δακτυλιοειδούς τύπου και ένας προάγγελος πλάκας μπορεί να προηγείται του εξανθήματος.



Ροδόχρους πιτυρίαση

- Δευτερογενής σύφιλη

Συνήθως υπάρχει ένα ιστορικό άμεσου αρχικού σταδίου σύφιλης. Οι λεπιδωτές αλλοιώσεις είναι καφετιές και χαρακτηριστικότερες στις παλάμες και τις πατούσες. Κυκλικές αλλαγές, ανομοιόμορφος αλωπεκία κ λεμφαδενοπάθεια συμπληρώνουν την εικόνα.



Δευτερογενής σύφιλη

- Σμηγματορροϊκό έκζεμα

Η εικόνα στο κρανίο είναι περισσότερο διαχυτική κ λιγότερο κυματοειδής. Στις πτυχές οι πλάκες είναι καλά ορισμένες και

αρκετά εκκριτικές. Μπορεί να υπάρχουν σημάδια από έκζεμα κάπου αλλού όπως στο στέρνο.

- Δερματικό κυτταρικό λέμφωμα

Οι αλλοιώσεις δεν υπάρχουν σε τυπικές τοποθεσίες και συχνά είναι δακτυλιοειδείς ή τοξοειδείς. Επίσης μπορεί να είναι παρούσα ατροφία ή ποικιλόδερμα.

- Ονυχομυκητίαση

Η ονυχομυκητίαση συχνά συνδέεται με την ψωρίαση αλλά σ' αυτή είναι περισσότερο συμμετρικό και μπορεί να υπάρχει ολοφάνερη μυκητίαση στο κοντινό δέρμα.. τα νύχια τείνουν να είναι εύθραυστα και να παρουσιάζουν δυσχρωμίες στην ελεύθερη άκρη τους.

- Νευροδερματίτις

Πιο συχνά παρατηρείται χαμηλά στα πόδια. Προκαλεί φαγούρα , βλατίδες περιφερικά το οποίο είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα.

- Τριχοφυτία

Είναι μια λοίμωξη από δερματοφυτικούς μύκητες σε άτριχο δέρμα.. Στην Ευρώπη συχνά μεταδίδεται από τα ζώα. Εντοπίζονται μία ή περισσότερες κυκλικές λεπιδωτές πλάκες συχνά με φλύκταινες , στην περιφέρεια. Η μυκητολογική εξέταση είναι απαραίτητη.

- Ομαλός λειχήνας

Μπορεί να εμφανιστεί σαν μερικές οροθετημένες αλλοιώσεις χαμηλά στα πόδια κάτι το οποίο μπορεί μοιάζει πολύ με την ψωρίαση. Η βιοψία δέρματος είναι σημαντική για την διαφορική διάγνωση.



Ομαλός λειχήνας : κνησμώδεις αλλοιώσεις χαμηλά στην πλάτη τους γλουτούς.

- Έντονο κόκκινο χρώμα και εμφανή λέπια σαν αυτά της ψωρίασης συμβαίνουν σ' αυτήν τη σπάνια βλάβη. Δεν υπάρχει γνωστό αποδεκτό όνομα αλλά μερικές φορές ονομάζεται << περιπλανώμενη νόσος>> (Βλέπε εικ.)

Προκαλείται από πίεση-μεταξύ των οστικών προεξοχών στην τροchanτήρια περιοχή-και συμβαίνει κυρίως σε αδύνατους ηλικιωμένους άνδρες. Ο εντοπισμός είναι συνήθης αλλά πολλές φορές είναι αναγκαία η βιοψία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.



<< περιπλανώμενη νόσος>>

- Ο επιδερμικός καρκίνος είναι άλλη μια διαφορετική διάγνωση της ψωρίασης συμβαίνει σε μη εμφανίσιμες επιδερμικές περιοχές. Συχνά έχουμε αλλοιώσεις εφελκίδων. Τα τοπικά κορτικοστεροειδή δεν έχουν αποτέλεσμα.

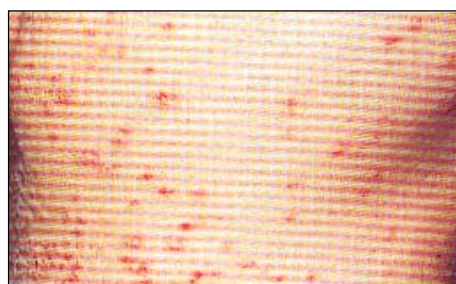
8. Κλινικές μορφές

Για να γίνουν πιο κατανοητές οι κλινικές εκδηλώσεις της ψωρίασης θα την περιγράψουμε κάνοντας δύο διαχωρισμούς. Πρώτον θα γίνει η κατάταξη ανάλογα με τη μορφολογία των στοιχείων και δεύτερον ανάλογα με την εντόπιση αυτών.

A. ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

1. Σταγονοειδής

Χαρακτηρίζεται από μικρές πλάκες που μοιάζουν με σταγόνες βροχής. Βρίσκονται διάσπαρτες σ' όλο τον κορμό και τα άκρα και εμφανίζεται σε παιδιά και νέα άτομα μετά από κάποια στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Η ψωρίαση αρχίζει με τη μορφή αυτή σε ποσοστό 14-17% των ασθενών. Το μέγεθος των βλαβών (ή βλατίδων) κυμαίνεται από 2-3 χιλ. ή το πολύ 1 εκ. Είναι στρογγυλές ή ωοειδείς και καλύπτονται τις περισσότερες φορές από λέπια. Έχουν βαθύ ερυθρό χρώμα και συχνά εμφανίζουν στην επιφάνειά τους το χαρακτηριστικό αργυρόχροο λέπι. Εντοπίζεται κυρίως στον κορμό και την πρόσθια επιφάνεια των άκρων. Η πρόγνωση συνήθως είναι πολύ καλή. Λόγω της εκτεταμένης μορφής του εξανθήματος, η θεραπεία με αλοιφές δεν είναι πρακτική και έτσι συνιστώνται μπάνια πίσσας που ακολουθούνται από έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία.



Σταγονοειδής ψωρίαση
αλλοιώσεις, αντίδραση

Σταγονοειδής ψωρίαση. Παρατηρούμε
τις γραμμωτές

κοεβner, μετά την επούλωση των
εκδορών εξελίσσεται η ψωρίαση.



Μετάπειτα φάση σταγονοειδούς ψωρίασης
με κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.

2. Ψωρίαση κατά πλάκες

Είναι η πιο συχνή μορφή της νόσου. χαρακτηρίζεται από πλάκες, το μέγεθος των οποίων ποικίλλει από 1-10 εκ. ή και περισσότερο. Η μορφή αρχίζει με ερυθματολεπιδώδεις βλατίδες, οι οποίες συρέουν και σχηματίζουν πλάκες στρογγυλού ή ωοειδούς σχήματος. Σε μερικές περιπτώσεις οι πλάκες αυτές παίρνουν σχήμα δακτυλιοειδές ή ημικυκλικό. Εντοπίζονται στις κνήμες, τον κορμό και το τριχωτό της κεφαλής. Καλύπτονται από τα τυπικά αργυρόχρωα λέπια και μπορεί να συνενωθούν και να

σχηματίζουν μεγάλες πλάκες.



δα



Ψωρίαση κατά πλάκας σε μαύρο

Ψωρίαση κατά πλάκας, με έντονη ερυθρότητα και οίδημα.



Ψωριασικές πλάκες. Παραμένουν σταθερές ως προς



Ψωριασικές πλάκες. Σαφώς αφορίζόμενα όρια και στερεά προσκολλημένα αργυρόχροα λέπια.

3. Οστρακοειδής

Είναι η μορφή της ψωρίασης που οι βλάβες της εμφανίζονται σαν πέταλα που καλύπτονται με υπερκεράτωση που μοιάζει σαν κώνος. Εντοπίζεται κυρίως στα πόδια.

B. ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ

1. Του τριχωτού της κεφαλής

Ο εντοπισμός της ψωρίασης στο τριχωτό της κεφαλής αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα. Μπορεί να εντοπίζονται 1-2 πλάκες, οι οποίες είναι αρκετά διηθημένες και με σκληρά λέπια. Τουναντίον στα παιδιά οι πλάκες αυτές είναι διάχυτες, μοιάζουν με σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και τα λέπια είναι μαλακά. Οι τρίχες παραμένουν ανέπαφες και σε περιπτώσεις ακόμα που η νόσος διαρκεί δεκαετίες. Η διάγνωση στην ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής θα τεθεί στις περισσότερες περιπτώσεις με την ιστολογική



Τα παχια λέπια είναι χαρακτηριστικά σε όλο το τριχωτό της κεφαλής.

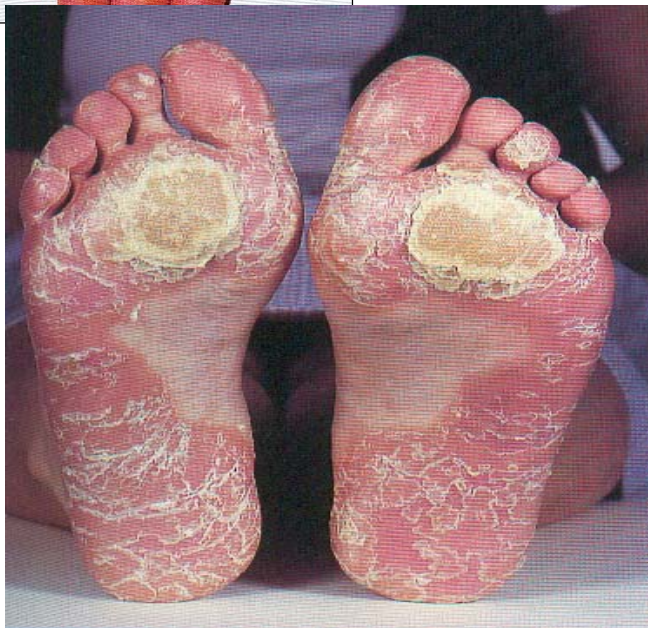
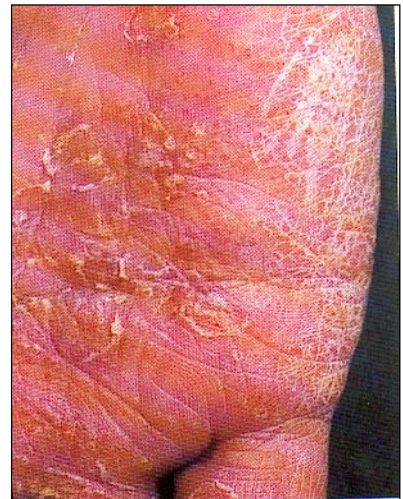
2. Παλαμών και πελμάτων

Η ψωρίαση όταν εντοπίζεται στις θέσεις αυτές δυνατό να

πάρει την τυπική μορφή της νόσου δηλ. με πλάκες που καλύπτονται από λεπτό αργυρόχροο λέπι, ή από μορφή πλακών με αρκετό πάχος, ή με ρωγμώδεις πλάκες που μοιάζουν με το υπερκερατωσικό έκζεμα ή την νευροδερματίτιδα. Καμιά φορά υπάρχουν μορφές που είναι δύσκολο να διαχωριστούν από το έκζεμα. Στα πέλματα οι βλάβες μοιάζουν με όστρακα και μπορεί να είναι αυτής της μορφής μόνο ή να συνυπάρχουν με φλύκταινες.



*Συνυπάρχουσα
ψωρίαση παλαμών
και έκζεμα.*



Ψωρίαση πελμάτων. Να σημειωθεί ότι τα λέπια έχουν κίτρινο χρώμα.

3. Του πέλους

Συνήθως παρουσιάζεται μια μονήρης βλάβη στην βάλανο. Όταν η βάλανος καλύπτεται πλήρως από την πόσθη τα λέπια λείπουν. Το χρώμα όμως και η καλώς περιγεγραμμένη περιφέρεια μοιάζουν με την τυπική ψωριασική πλάκα. Όταν υπάρχουν στοιχεία έστω και ελάχιστα στο υπόλοιπο σώμα, και η πλάκα είναι

κάπως ενδεικτική, τότε μπορεί να τεθεί η διάγνωση, διαφορετικά είναι απαραίτητη η ιστολογική εξέταση.



Ψωρίαση της βάλανου του πέους. Οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι πρόκειται για μυκητίαση.

4

Η ψωρίαση προτιμά τις ανοικτές περιοχές δέρματος, μπορεί όμως μερικές φορές να παρουσιαστεί στις μεγάλες πτυχές του σώματος. Η ψωρίαση στις διάφορες πτυχές του σώματος (μασχαλαίεις, μηρογεννητικές, μεσογλουτιαία) εμφανίζεται σαν πλάκα διάχυτη, που διατηρεί το χρώμα της και την περιφέρεια της, πλην όμως δεν καλύπτεται από τα τυπικά λέπια. Η όλη κατάσταση παραμένει σε μια λανθάνουσα άτυπη μορφή όπου κατά καιρούς μπορεί να αναπτυχθούν στον πυθμένα των πτυχών ρωγμές. Διαφορική διάγνωση θα γίνει με τις μυκητιάσεις των πτυχών. Οι βλάβες αυτές είναι ανιδρωτικές, υφίστανται όμως την επίδραση της εφίδρωσης από τις γύρω περιοχές με αποτέλεσμα να υγραίνονται και να τρίβονται και έτσι να αλλάζει η φυσική όψη της ψωρίασης, εκτός από το χρώμα που παραμένει το τοπικό.



Περιπρωκτική ψωρίαση. Το εξάνθημα είναι συμμετρικό με βαθύ ερυθρό χρώμα, χωρίς λέπια γύρω απ'το δακτύλιο.

5. Της ιεράς χώρας

Η εντόπιση στην περιοχή αυτή εμφανίζεται με τη μορφή των χρόνιων πλακών που μπορεί να έχουν ρωγμές στην επιφάνειά τους. Επίσης δεν είναι απαραίτητα να καλύπτονται από λέπια. Στις πιο πολλές περιπτώσεις οι πλάκες παίρνουν τη μορφή νευροδερματίτιδας και η απουσία του κνησμού είναι εκείνη που θα βοηθήσει στη διάγνωση.



Ψωρίαση στην βουβωνική χώρα. Το βαθύ κόκκινο χρώμα, η συμμετρικότητα και η προσβολή του πέους,

του όσχεου και του γύρω δέρματος είναι ενδεικτική της ψωρίασης.

6. Των ονύχων

Η προσβολή των ονύχων στην ψωρίαση σε όλες τις εκδηλώσεις ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 10-50%. Όσοι ψωριασικοί είναι περισσότερο από 40 χρόνων έχουν πιθανότητες να προσβληθούν στα νύχια τους από ψωρίαση 2 φορές περισσότερο από εκείνους που είναι κάτω από 20 χρόνων. Οι αλλοιώσεις των ονύχων είναι ποικίλες και δεν συνδυάζονται πάντα με ψωριασικές βλάβες στο δέρμα, οπότε η διάγνωση είναι δύσκολη. Η βαρύτητα της προσβολής των ονύχων δεν είναι απαραίτητα συνδυασμένοι με τις βλάβες του δέρματος. Αναφέρονται περιπτώσεις βαρείας δερματικής ψωρίασης, χωρίς αλλοιώσεις από τους όνυχες και αντιστρόφως . οι ψωριασικές βλάβες στους όνυχες είναι συνηθέστερες στους άνδρες και στην αρθροπαθητική μορφή της νόσου.

Η παθογένεια των αλλοιώσεων οι οποίες εμφανίζονται στους ψωριασικούς όνυχες, εξαρτάται από την προσβολή της μήτρας, της κοίτης του όνυχος ή των ονυχαίων πτυχών. Στην πρώτη περίπτωση θα παρατηρήσουμε **βοθρία, ευθραυστότητα των ονύχων, δυστροφία** ή και **απώλεια της ονυχαίας πλάκας**. Στη δεύτερη περίπτωση, θα παρατηρήσουμε **ονυχόλυση**, τη χαρακτηριστική νόσο << **σταγόνα ελαίου** >> , αλλά και **υπονύχια υπερκεράτωση**. Στην περίπτωση προσβολής των ονυχαίων πτυχών, θα παρατηρήσουμε εικόνα παρωνυχίας, η οποία με την σειρά της, θα οδηγήσει σε ανωμαλίες της ονυχαίας πλάκας.

Τα βοθρία είναι η πιο συχνή εκδήλωση, επίσης ο αποχρωματισμός η υπερκεράτωση του υπονυχίου και η ονυχόλυση είναι αρκετά συχνή εκδήλωση. Τα βοθρία είναι κατεσπαρμένα στην επιφάνεια του όνυχας και αποτελούνται από στικτές εμβυθίσεις στο νύχι. Τα βοθρία δεν είναι διαγνωστικά

σημεία αλλά ενδεικτικά της νόσου (βρίσκονται και σε άλλα νοσήματα, όπως έκζεμα δακτύλων, γυροειδής αλωπεκία, ομαλός λειχήνας).



Χαρακτηριστικά είναι τα βοθρία στο σώμα του όνυχος.

Το χρώμα των προσβλημένων ονύχων είναι υποκίτρινο και στις αρχές της προσβολής φαίνεται να στίλβει δια μέσου του δίσκου του όνυχος. Το χρώμα οφείλεται στην άθροιση γλυκοπρωτεϊνών του ορού στο υπονύχιο. Η υπερκεράτωση οφείλεται στην υπονύχια υπερπλασία της επιδερμίδας και στη συσσώρευση της παγιδευμένης κερατίνης στιβάδας. Η διαδικασία της βλάβης αρχίζει από την περιφέρεια και σιγά-σιγά επεκτείνεται προς το κέντρο.

Η ονυχόλυση αρχίζει συνήθως από τα πλάγια του όνυχος και προχωρεί ώσπου να καταλάβει ολόκληρο το νύχι, οπότε έχουμε αποκόλληση του όνυχος από την κοίτη του. Τα ψωριασικά νύχια και η κοίτη τους πολύ συχνά προσβάλλονται από *Candida* όχι όμως και από τα άλλα δερματόφυτα.

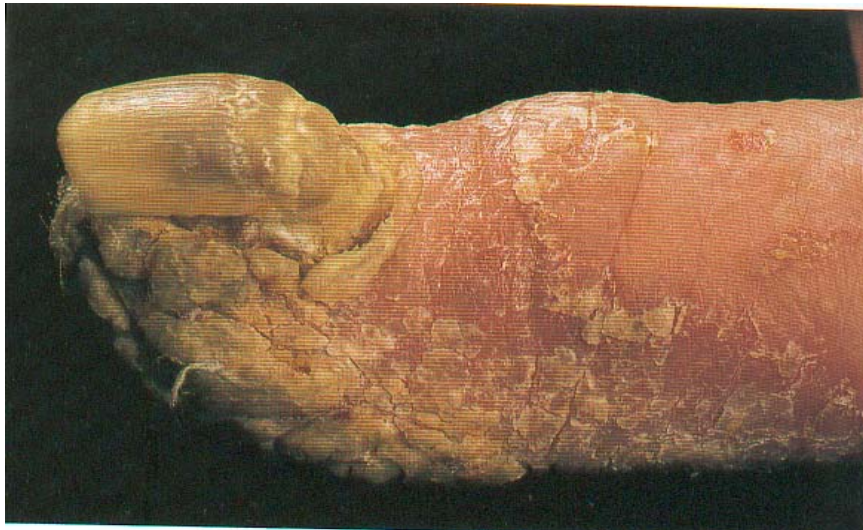
Ασθενείς με ψωρίαση στους όνυχες είναι δυνατόν ακόμα να εμφανίσουν **σχισμοειδείς αιμορραγίες** στην ονυχιαία πλάκα, οι οποίες οφείλονται στην διαφοροποίηση των επιμηκών τριχοειδών αγγείων της κοίτης. Οι βλάβες δεν είναι ειδικές για την νόσο.



Χαρακτηριστική ονυχόλυση



Καταστροφή των
ονύχων σε
ασθενή.



Πρόκειται για μορφή εντοπισμένης φλυκταινώδης ψωρίασης που προσβάλλει το δέρμα γύρω απ' τους όνυχες και προκαλώντας ονυχοδυστροφία.

7. Των βλεννογόνων

Ο στοματικός βλεννογόνος μπορεί να προσβληθεί κυρίως στη

φλυκταινώδη και την απολεπιστική μορφή της νόσου. Στους βλεννογόνους των παρειών, στην υπερώα και τη γλώσσα εμφανίζονται πλάκες κιτρινόφαιες ή λευκές, οι οποίες είναι καλώς αφοριζόμενες μεταξύ τους. Οι βλάβες αρκετά συχνά είναι δακτυλιοειδείς ή δαντελωτές.

8.Του προσώπου

Το πρόσωπο συνήθως δεν προσβάλλεται, πιθανότατα λόγω της συνεχούς έκθεσής του στην υπεριώδη ακτινοβολία. Πάντως, όταν προσβάλλεται, ακόμη και η ήπια προσβολή του δημιουργεί στον ασθενή αισθητικά προβλήματα. Οι βλάβες είναι σαφώς αφοριζόμενες και ερυθρές καλυπτόμενες από παχύ λέπι. Η ψωρίαση του προσώπου μπορεί να συγχέεται με σημηγατορροϊκό έκζεμα, αλλά διακρίνεται από αυτό λόγω της αποτυχίας της υδροκορτιζόνης όταν χορηγείται θεραπευτικά.



Ψωρίαση προσώπου. Η νόσος, ευτυχώς σπάνια, εμφανίζεται στο πρόσωπο.

Γ. ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

Στις ιδιαίτερες μορφές της νόσου θα περιληφθούν 1) η ερυθροδερμική μορφή, 2) η φλυκταινώδης ψωρίαση (γενικευμένη - παλαμών- και πελμάτων) και 3) η αρθροπαθητική. '.

1. Ερυθροδερμία

Η ψωριασική ερυθροδερμία περιλαμβάνει δύο τύπους. Μπορεί

να αρχίσει σαν μια χρόνια ψωρίαση και να μεταπέσει σιγά - σιγά ή και απότομα σε απολεπιστική δερματίτιδα ή σπανιότερα να είναι η κύρια εκδήλωση της νόσου ακόμα και στα παιδιά. Μπορεί ακόμα να είναι το αποτέλεσμα κάποιας υπερευαισθησίας σε τοπική ή εσωτερική θεραπεία. Το εξάνθημα καταλαμβάνει ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος, κάποτε όμως αφήνει ορισμένες περιοχές ανέπαφες.

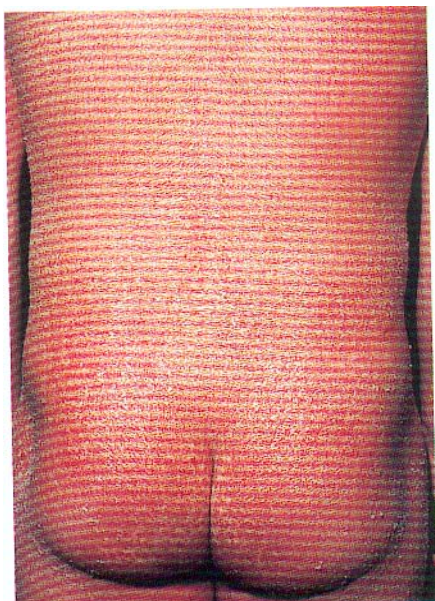
Η δεύτερη μορφή είναι μέρος της ψωρίασης η οποία υπάγεται σε μια κατάσταση αστάθειας της νόσου. Μπορεί να εμφανισθεί οποιαδήποτε στιγμή είτε απότομα και χωρίς προηγούμενη ένδειξη ή να συνοδεύει κάποια περίοδο αυξημένης αντίστασης στα τοπικά θεραπευτικά μέσα ή έκθεση σε έντονο φως, οπότε ο οργανισμός έχει χάσει τον έλεγχο επί της νόσου.

Αρκετά συχνή εμφανίζεται στην αρθροπαθητική ψωρίαση. Επίσης μπορεί να ενεργοποιηθεί από διάφορες λοιμώξεις, υποασβεστιαμία και μετά από χορήγηση ανθελονοσιακών. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ψωρίασης δεν διακρίνονται, το δε δέρμα πάσχει ολόκληρο, ο άρρωστος έχει πυρετό και γενικότερα νιώθει μεγάλη κακουχία.

Η όλη πορεία της νόσου είναι ταραχώδης και επίμονος. Συχνά παρουσιάζονται υποτροπές, εμφανίζεται έντονος κνησμός, ο θάνατος δεν είναι σπάνιος. Η παρατεταμένη φλεγμονή του δέρματος εξαιτίας της ερυθροδερμίας έχει σημαντική επίπτωση στη θερμορρύθμιση, την κυκλοφορία του αίματος, την απορρόφηση από το έντερο και το μεταβολισμό των πρωτεϊνών και του ύδατος. Το ερυθροδερμικό δέρμα, όπως και το ψωριασικό, είναι υποϊδρωτικό ή τελείως ανίδρωτικό λόγω της πλήρους ενδοεπιδερμικής απόφραξης του πόρου του ιδρωτόποιου αδενά. Αποτέλεσμα της διαταραχής αυτής είναι η υπερθερμία, η οποία είναι πολύ επικίνδυνη στις περιοχές όπου υπάρχει υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η ροή του αίματος στο δέρμα, ο

όγκος του αίματος και η καρδιακή λειτουργία αυξάνονται, αν δε οι διαταραχές αυτές διαρκέσουν επί μακρόν οδηγούν σε κάμψη του καρδιαγγειακού συστήματος.

Λόγω της μεγάλης απόπτωσης των λεπιών στην απολεπιστική δερματίτιδα, έχουμε απώλεια πρωτεϊνών κατά κύριο λόγο και σε λιγότερο βαθμό σιδήρου. Η μεγάλη υπολευκωματαιμία και η καρδιακή ανεπάρκεια ίσως οδηγούν στο οίδημα που παρατηρείται στην ερυθροδερμία.



ερυθροδερμική
ψωρίαση

2. Φλυκταινώδης ψωρίαση

Είναι η μορφή της ψωρίασης όπου έχουμε ανάπτυξη φλυκταινών. Είναι δυνατόν επάνω στις ψωριασικές πλάκες να αναπτυχθούν φλύκταινες συνήθως μετά από ερεθισμό λόγω τοπικής θεραπείας ή να γενικευθούν. Η διάρκεια των φλυκταινών μπορεί να είναι βραχύβια ή να διαρκούν επί μακρόν.

Άλλοτε το φλυκταινώδες εξάνθημα αρχίζει από τις παλάμες και τα πέλματα και συγχρόνως γενικεύεται στο υπόλοιπο σώμα, ιδίως σε ψωριασικούς με λοιμώξεις των ανωτέρων αναπνευστικών οδών που βρίσκονται σε θεραπεία με αντιβιοτικά. Οι καταστάσεις αυτές διαρκούν λίγο χρονικό διάστημα και δεν συνοδεύονται από αξιόλογες συστηματικές διαταραχές. Συνήθως υπακούουν σε μία καλή τοπική αγωγή.

Διακρίνουμε δύο μορφές φλυκταινώδους ψωρίασης.

α) Φλυκταινώδη ψωρίαση παλαμών και πελμάτων Η φλυκταινώδης ψωρίαση των παλαμών και πελμάτων μπορεί να συνδυάζεται με την παρουσία ψωριασικών βλαβών σε άλλο μέρος του σώματος ή να είναι η μόνη εκδήλωση της νόσου (η ψωρίαση δυνατόν να εκδηλωθεί αρκετά χρόνια μετά).

Η φλυκταινώδης ψωρίαση των παλαμών και πελμάτων προσβάλλει κυρίως ενήλικους και περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες.

Κλινική εκδήλωση

Διακρίνουμε πάντοτε κάποια συμμετρία στην εκδήλωση της νόσου που αρχίζει με μικρές φλύκταινες μεγέθους 1-2 χιλ., οι οποίες εδράζονται σε πλάκες ερυθρηματώδεις. Στα χέρια αρχίζουν από την περιοχή του θέναρος και σιγά-σιγά επεκτείνονται για να καταλάβουν την κεντρική μοίρα της παλάμης. Σε μερικές περιπτώσεις προσβάλλεται και η ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων.

Στα πόδια η εντόπιση αρχίζει συνήθως από την περιοχή της καμάρας, κατά δεύτερο δε λόγο προσβάλλεται η περιοχή της φτέρνας.

Οι φλύκταινες, όσες είναι πολύ μικρές, συνήθως ρήγνυνται, μπορεί όμως να ξηραθούν από μόνες τους σε διάστημα 7-10 ημερών για να σχηματίσουν μια κιτρινόφαιη ή σκοτεινού χρώματος εφελκίδα, η οποία σιγά σιγά αποφλοιώνεται για να αφήσει μια ερυθρηματώδη αλλά όχι υγρώσουσα βάση. Η κατάσταση αυτή συνεχίζεται με πολλές υποτροπές. Γενικά το νόσημα είναι μακράς διάρκειας, επίμονο και δυσίατο. Η φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών και πελμάτων μπορεί να γενικευθεί και να επεκταθεί σε γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση.



Φλυκταινώδης ψωρίαση πελμάτων και παλάμης.

β) Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (Zumbusch)

Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από μία οξεία γενικευμένη φλυκταίνωση που συνδυάζεται με υψηλό πυρετό, λευκοκυττάρωση και βαριά συστηματική διαταραχή.

Οι φλύκταινες (οι οποίες είναι στείρες) εμφανίζονται κατά αθροίσματα ή' σε διαδοχικές εκθύσεις με υποτροπές, η δε πρόγνωση είναι αρκετά κακή).

Η όλη κατάσταση μπορεί να χαρακτηρισθεί σαν εξανθηματική μορφή οξείας συστηματικής φάσης της ψωριασικής πορείας. Προσβάλλονται και τα δύο φύλα όπως και στην ψωρίαση. Οι πιο πολλές όμως περιπτώσεις αφορούν τις ηλικίες μετά τα 40 - χρόνια.



Φλυκταινώδης ψωρίαση



Καύσος και ερύθημα

Στο μέχρι τότε υγιές δέρμα παρατηρείται καύσος και ερύθημα καθώς και μεταβολή του χρώματος των ψωριασικών βλαβών σε έντονα ερυθρό. Αυτά προηγούνται του πυκνού γενικευμένου εξανθήματος από σωρούς και αθροίσματα ή σε κύκλους των φλυκταινών που αναπτύσσονται σε προσβεβλημένο και μη δέρμα και αθροίζονται σε μεγάλες επιπολής μάζες πύου. Ο στοματικός βλεννογόνος και η γλώσσα προσβάλλονται σε κυκλικές ή ημικυκλικές βλάβες επίσης παρατηρείται αποκόλληση των ονύχων λόγω της συσσώρευσης πύου κάτω από τα νύχια.

Διάφορες επιπλοκές παρατηρούνται κατά την πορεία της νόσου, όπως αφυδάτωση, διαταραχή των ηλεκτρολυτών, υποασβεστιαμία, υπολευκωματιναιμία καθώς και σηψαιμία.

Εάν ο άρρωστος δεν πεθάνει λόγω εξάντλησης, τοξικών παραγόντων ή λοίμωξης, η υποχώρηση του εξανθήματος είναι δυνατή σε λίγες βδομάδες ή μέρες, οπότε η ψωρίαση επανέρχεται στην προηγούμενή της κατάσταση ή μεταπίπτει σε ερυθροδερμία.

γ) Αρθροπαθητική ψωρίαση (ψωριασική αρθρίτιδα)

Η ψωριασική αρθρίτιδα είναι μία φλεγμονώδης διαβρωτική νόσος των αρθρώσεων κάποτε βαριάς μορφής, συνήθως δε πολυαρθρίτιδα με προτίμηση στις μικρές αρθρώσεις των χεριών και ποδιών περιλαμβανομένων και των ακροφαλαγγικών και χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη με ψωρίαση και την απουσία ορολογικών ευρημάτων.

Η εμφάνιση της ψωρίασης και της αρθρίτιδας στο ίδιο άτομο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί σαν τυχαία συνύπαρξη ψωρίασης και ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Σ' αυτό βοήθησε η ανακάλυψη του ρευματοειδούς παράγοντα, ο οποίος βοήθησε πάρα πολύ στη διαφορική διάγνωση των αρθρίτιδων.

Η ψωριασική αρθρίτις προσβάλλει και τα δύο φύλα με ελαφρά προτίμηση προς τα θήλεα. Εμφανίζεται συχνότερα ανάμεσα στις ηλικίες 30-50. Περίπου 30% από τους συγγενείς ατόμων με ψωριασική αρθρίτιδα πάσχουν από αρθροπάθεια.

Τα αίτια καθώς και η παθογένεση της ψωριασικής αρθρίτιδας παραμένουν ακόμα άγνωστα. Επιδημιολογικές μελέτες απόδειξαν ότι η ψωρίαση και η πολυαρθρίτιδα εμφανίζονται μαζί πιο συχνά από ό,τι εμφανίζονται ξεχωριστά. Η εξήγηση του φαινομένου αυτού δεν είναι εύκολα κατανοητή. Από τη μελέτη των HLA βρέθηκε ότι όταν συνυπάρχει ψωρίαση και αρθροπάθεια βρίσκονται τα ίδια αντιγόνα όπως και στην ψωρίαση, δηλ. το B13 και BW17. Επί πλέον όταν συνυπάρχει και σπονδυλίτιδα, τότε βρίσκεται το HLA B27.

Κλινικές εκδηλώσεις

Στο μεγαλύτερο αριθμό από τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα, η νόσος αρχίζει σαν ψωρίαση. Πριν από πολλά χρόνια (20 - 30 χρόνια) και μετά παρουσιάζεται η αρθροπάθεια. Άλλοτε πάλι οι δερματικές βλάβες και η προσβολή των αρθρώσεων είναι σύγχρονες. Σ' ένα πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων η προσβολή των αρθρώσεων προηγείται αρκετά του δερματικού εξανθήματος. Η αρθροπάθεια μπορεί να συνδυάζεται με οποιαδήποτε μορφή ψωρίασης (σταγονοειδή - κατά πλάκας, γενικευμένη, ερυθρο-δερμική). Επίσης τα νύχια είναι προσβλημένα σ' ένα αρκετά συχνό ποσοστό.

Τα πρώιμα συμπτώματα της προσβολής των αρθρώσεων είναι ο πόνος κατά την κίνηση. Αλγούν και εμφανίζεται οίδημα

κυρίως στις μικρές αρθρώσεις των χεριών και ποδιών.

Η προσβολή μπορεί να αφορά μία άρθρωση ή περισσότερες. Η πρωινή δυσκαμψία, η οποία μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι μια ώρα, είναι αρκετά χαρακτηριστική και υποχωρεί μετά από άσκηση του προσβλημένου μέρους.

Στην οξεία προσβολή οι αρθρώσεις είναι επώδυνες και οιδηματώδεις τα δε δάκτυλα που έχουν προσβληθεί μοιάζουν με λουκάνικα. Οι πέριξ ιστοί είναι θερμοί και ερυθρηματώδεις.

Οι ορολογικώς αρνητικοί άρρωστοι με αρθρίτιδα χωρίζονται σε 3 μεγάλες κατηγορίες.

α) Σ' εκείνους που προεξάρχει η προσβολή των περιφερικών αρθρώσεων, κυρίως οι τελικές μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών και ποδιών με σχετική επέκταση των μετακαρποφαλαγγικών και μεταταρσοφαλαγγικών αρθρώσεων.

Η μορφή αυτή είναι συνήθως ετερόπλευρη και ελαφρά συχνότερη στους άνδρες, σχεδόν πάντοτε συνυπάρχει δυστροφία των νυχιών.

β) Στον τύπο αυτό έχουμε βαριάς μορφής αρθροπάθεια, τη λεγόμενη ακρωτηριάζουσα ψωριασική αρθρίτιδα. Παρουσιάζεται εξίσου σε άνδρες και γυναίκες και προσβάλλει πολλαπλώς τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και ποδιών, της σπονδυλικής στήλης. Η συνυπάρχουσα ψωρίαση είναι βαριάς μορφής και αρκετά επίμονη στην τοπική θεραπεία, δεν είναι δε σπάνιες οι περιπτώσεις συνύπαρξης φλυκταινώδους και ερυθροδερμικής ψωρίασης.

Η αρθρίτιδα χαρακτηρίζεται συνήθως από βραδεία προοδευτική εξέλιξη, η οποία καμιά φορά είναι πολύ γρήγορη με διαβρώσεις των οστών στις αρθρώσεις, οι οποίες οδεύουν σε οστεόλυση. Λόγω της κατάστασης αυτής δημιουργείται αγκύλωση με συνέπεια την δυσλειτουργία του πάσχοντος μέρους.

γ) Στον τύπο αυτό η πάθηση είναι ακαθόριστη από απόψεως

συμπτωματολογίας ή μοιάζει με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πολύ συχνά όμως είναι ελαφρά μορφής και συχνότερη στις γυναίκες. Η ασυμμετρία της προσβολής των αρθρώσεων που παρατηρείται είναι πιο συχνή από ό,τι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, η δε προσβολή της σπονδυλικής στήλης πολύ συχνότερη.

Με λίγα λόγια σήμερα αναγνωρίζονται 5 διαφορετικές κλινικές εικόνες.:

1. Η κλασική ψωριασική αρθρίτιδα η οποία προσβάλλει τις άπω φαλαγγικές αρθρώσεις και συνοδεύεται από αλλοιώσεις των ονύχων. Συχνότητα 16%.

2. Η καταστροφική ψωριασική αρθρίτιδα η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη οστεόλυση των φαλάγγων και μετακαρπίων. Συχνότητα 5%.

3. Η συμμετρική ψωριασική πολυαρθρίτιδα η οποία μοιάζει με την RA. Συχνότητα 15%. Είναι οροθετική στο 25% των περιπτώσεων, 16% είναι σταθερά οροθετικοί και 10% μεταβαλλόμενοι οροθετικοί.

4. Η ασύμμετρη ολιγοαρθρική ψωριασική αρθρίτιδα η οποία προσβάλλει ασύμμετρα τις αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών. Προκαλεί διόγκωση δακτύλων τύπου λουκάνικου και είναι συχνότερη μορφή 70%.

5. Η ψωριασική αρθρίτιδα με ΑΣ. Στη μορφή αυτή εκτός από περιφερικές αρθρώσεις προσβάλλεται και η ΣΣ. Οι περιφερικές αρθρώσεις μπορεί να προσβάλλονται με ένα τρόπο που θυμίζει



Χαρακτηριστική ψωριασική αρθρίτιδα στα δάχτυλα των χεριών.



Χαρακτηριστικό της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι η προσβολή των μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων των δακτύλων.

Προσβολή των νυχιών

Η ψωρίαση των νυχιών στην αρθροπαθητική ψωρίαση είναι συχνότερη και ανέρχεται σε ποσοστό 80 – 90% σε αντίθεση με εκείνους που δεν έχουν προσβολή των αρθρώσεων, όπου το ποσοστό είναι 30-40%. Η προσβολή των νυχιών εμφανίζεται, είτε μεμονωμένα, είτε στα πλαίσια γενικότερης προσβολής του δέρματος από τη νόσο. Τα ευρήματα από τους όνυχες συνίστανται σε πολλαπλά μικρά βοθρία και οχυνόλυση, η οποία από το χωρισμό του σώματος του όνυχα από την κοίτη του. Η σοβαρή δυστροφία και η παροδική απώλεια των ονύχων μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα υποονύχιας υπερκεράτωσης.



Ψωριασική αρθρίτιδα και ψωρίαση ονύχων.

Παθολογοανατομικά ευρήματα

Τα ευρήματα από τον αρθρικό υμένα στην ψωριασική αρθρίτιδα δεν διαφέρουν ουσιαστικά από αυτά της ΡΑ. Υπάρχουν μικρές διαφορές αλλά δεν έχουν διαγνωστική αξία.

Εργαστηριακά ευρήματα

Δεν υπάρχουν ειδικά εργαστηριακά ευρήματα στην ψωριασική αρθρίτιδα. Συνήθως υπάρχει ελαφρά αναιμία, αύξηση ΤΚΕ, παρουσία C-RP, αύξηση της IgA. Τα tests για RF μπορεί να είναι θετικά στο 10% στο σύνολο των περιπτώσεων ψωριασικής αρθρίτιδας. Το ANA μπορεί να είναι θετικά ή και αρνητικά. Διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ παρουσίας ANA και καταστροφικής αρθρίτιδας.

Ακτινολογικά ευρήματα

Παρατηρείται παρα-αρθρική οστεοπόρωση, στένωση μεσαρθρίου διαστήματος, διαβρώσεις καθώς και παραγωγή οστού. Η παρα-αρθρική οστεοπόρωση είναι μικρότερη από αυτή της RA. Διαφορές υπάρχουν στην καταστροφική μορφή ψωριασικής αρθρίτιδας. Τα ακτινολογικά ευρήματα της νόσου μπορούν να χωρισθούν σε εκείνα που οφείλονται σε οστική απορρόφηση και σε εκείνα που οφείλονται σε οστική παραγωγή.

Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου είναι εύκολη όταν υπάρχει το εξάνθημα και πολύ δύσκολη όταν λείπει. Χρειάζεται προσεκτική εξέταση για εξάνθημα και αλλοιώσεις ονύχων. Όταν υπάρχει προσβολή των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων πρέπει να γίνει διαφορετική διάγνωση από την διαβρωτική εκφυλιστική αρθροπάθεια. Η διαφορά στον τύπο των διαβρώσεων μπορεί να βοηθήσει.

Επήσεις δεν θα πρέπει να ξεχνά κανείς ότι σε μερικές περιπτώσεις η ψωριασική αρθρίτιδα εκδηλώνεται με ουρική αρθρίτιδα και ότι μερικοί ασθενείς με ψωρίαση μπορεί να έχουν ουρική αρθρίτιδα και όχι ψωριασική αρθρίτιδα.

Θεραπεία

Η θεραπεία εξαρτάται από τον τύπο και την σοβαρότητα της νόσου. Η προσπάθεια δεν θα πρέπει να αποβλέπει μόνο στην ανακούφιση από τους πόνους αλλά και στο να προλάβει την απώλεια της κινητικότητας και τις διαβρώσεις των αρθρώσεων. Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να δοθεί σημασία στην φυσικοθεραπεία και στην πρόσληψη των παραμορφώσεων.

Δ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

▪ Δακτυλιοειδής, κυκλική ή γεωγραφική ψωρίαση

Σε αυτή οι βλάβες έχουν όψη δακτυλίου, κύκλου ή γεωγραφικού χάρτη είτε ευθύς εξαρχής είτε βραδύτερα, με επέκταση κατά την περιφέρεια και ίαση κατά το κέντρο.



Δακτυλιοειδής ψωρίαση

▪ Ψωρίαση τύπου φυγοκέντρου δακτυλιοειδούς ερυθήματος

Η μορφή αυτή είναι σπάνια. Το εξάνθημα κατά αυτή είναι ερυθματώδες, ερυθματολεπιδώδες ή ερυθματοφλυκταινώδες (τριχοφυτοειδές). Επεκτείνεται ευθύς εξαρχής περιφερικώς, ενώ

το κέντρο ίαται και σχηματίζει κύκλους ή τμήματα κύκλων, έχει δε υποτροπιάζοντα χαρακτήρα. Ανευρίσκεται με βλάβες κοινής ψωρίασης ή αποτελεί την μοναδική εκδήλωση, όποτε η διάγνωση είναι δύσκολη.

- **Ψωρίαση έξω ακουστικού πόρου**

Η ψωρίαση του έξω ακουστικού πόρου συγχέεται με το έκζεμα του έξω ακουστικού πόρου.

- **Σμηγματορροϊκή ψωρίαση**

Σε αυτή οι βλάβες της ψωρίασης αναπτύσσονται σε σμηγματορροϊκό έδαφος αλλά μπορεί να συμβεί και το αντίθετο δηλαδή βλάβες σμηγματορροϊκής δερματίτιδας ν' αναπτυχθούν σε ψωριασικό έδαφος. Εντοπίζεται κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, τα φρύδια, τα αυτιά και το μεσοθωράκιο. Τα λέπια είναι λιπαρά και το σημείο του στεατοκηρίου αρνητικό. Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη και πολλές φορές βασίζεται στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, το οποίο είναι άμεσο στην σμηγματορροϊκή δερματίτιδα αλλά στην ψωρίαση το εξάνθημα επεκτείνεται.

▪ **Ψωρίαση της στοματικής κοιλότητας**

Αυτή είναι μέχρι σήμερα αμφισβητήσιμη. Παρ' όλα αυτά έχουν περιγραφεί λευκές ή ερυθρές πλάκες της στοματικής κοιλότητας, με παρακεράτωση οι οποίες εξελίσσονται παραλλήλως με βλάβες της ψωρίασης του δέρματος. Η γεωγραφική και η οσχεοειδής γλώσσα σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν εκδήλωση φλυκταινώδους ψωρίασης.

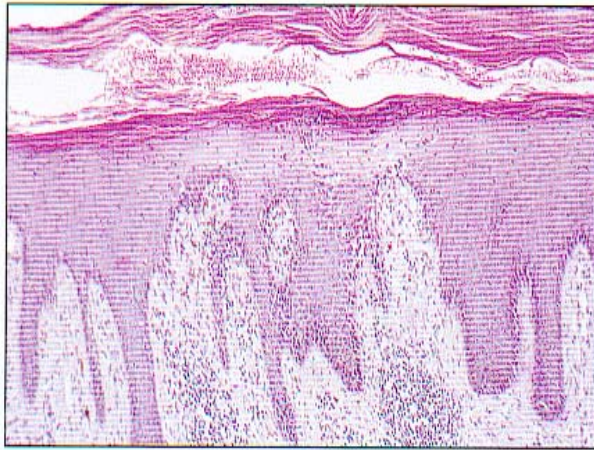
▪ **Άτυπος και υποκλινική ψωρίαση**

Πρόκειται για μορφή ψωρίασης με άτυπες ή ελάχιστες κλινικές εκδηλώσεις. Η διάγνωση γίνεται από την χρονιότητα των βλαβών και την εντόπιση τους στα σημεία εκλογής της ψωρίασης και ενδεχομένως από την συνύπαρξη τυπικών βλαβών ή την εξέλιξη σε τυπική ψωρίαση. Στην υποκλινική συνίσταται ήπια θεραπεία με αναγωγικές αλοιφές.

9. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

Η τυπική εικόνα της κοινής ψωρίασης χαρακτηρίζεται από παρακεράτωση, άνοδο των θηλών, επιμήκυνση και προς τα κάτω πάχυνση των μεσοθηλαίων διαστημάτων, οίδημα στο θηλώδες στρώμα του χορίου, ελάττωση ή εξάλειψη της κοκκώδους στιβάδας και από τα μικροαποστήματα του Munro.

Στην κεράτινη στιβάδα παρατηρείται υπερκεράτωση, κυρίως όμως παρακεράτωση, όπου τα κύτταρα διατηρούν τον πυρήνα τους, γιατί λόγω της ταχείας μεταφοράς των κυττάρων από τη βλαστική ζώνη δεν προλαβαίνει να συμπληρωθεί η κερατινοποίηση. Εξαιτίας της ταχείας αυτής κερατινοποίησης έχουμε και την ελάττωση ή τέλεια εξαφάνιση της κοκκώδους στιβάδας. Μεταξύ των κυττάρων υπάρχουν κενά αέρα, αυτός είναι και ο λόγος που τα λέπια είναι αργυρόχροα.

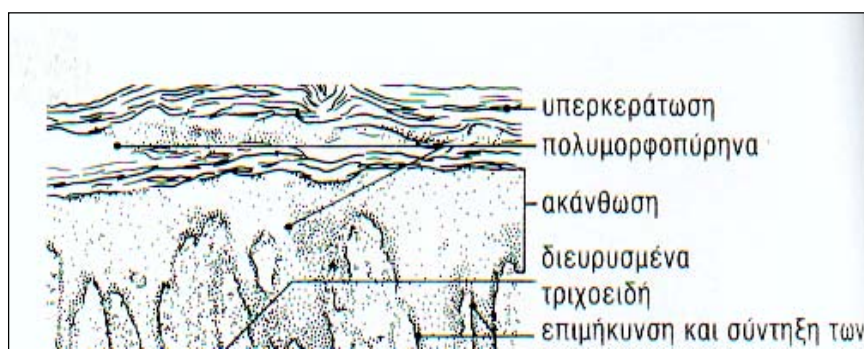


Παθολογοϊστολογία: η επιδερμίδα παχύνεται και καθίστανται υπερκερατωσική.

Ο μεγάλος αριθμός των πολλαπλασιαζόμενων βλαστικών κυττάρων στις βλάβες συμβάλλει στην πάχυνση της κεράτινης στιβάδας από ιστολογική άποψη. Ακάνθωση με την επιμήκυνση των μεσοθηλαίων διαστημάτων έχει σαν αποτέλεσμα την άνοδο των θηλών του χορίου' γι' αυτό το λόγο παρατηρείται και το σημείο της αιματηράς δρόσου μετά την απόξεση των λεπίων γιατί λεπτύνεται η επιδερμίδα.

Στο υποθηλώδες στρώμα του χορίου παρατηρείται φλεγμονώδης διήθηση συνισταμένη από λεμφοκύτταρα ή μονοκύτταρα. Όταν όμως υπάρχουν φλεγμονώδη κύτταρα στην επιδερμίδα, τα φλεγμονώδη κύτταρα στο χόριο γίνονται στην πλειονότητά τους πολυμορφοπύρηννα.

Μέρος των πολυμορφοπύρηννων αυτών δια μέσου των διευρυσμένων αγγείων των θηλών και δια μέσου της μαλπιγγιανής στιβάδας της επιδερμίδας οδηγούν στο σχηματισμό τοπικών κενών μέσα στην κεράτινη στιβάδα που είναι πλήρη πολυμορφοπυρήνων. Τα κενά αυτά είναι γνωστά σαν μικροαποστημάτια του Munro. Την φλυκταινώδη ψωρίαση τα μικροαποστημάτια γίνονται μεγαλοαποστημάτια για λόγους που δεν είναι γνωστοί.



10.ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό, στην επιμελημένη αναζήτηση και καλή ερμηνεία των κλινικών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων ανάλογα με την κάθε περίπτωση.

Αφού αναφερθούν τυχόν εκλυτικοί παράγοντες ή κληρονομικότητα, ο γιατρός θα εξετάσει το δέρμα σας σε όλη την επιφάνεια του και όχι μόνο σε μέρη που είναι εύκολο σε σας να του δείξετε. Όπως αναφέρθηκε, η χρόνια κατά πλάκας ψωρίαση έχει την τάση να εμφανίζεται στο εξωτερικό μέρος των αγκώνων και των γονάτων, ενώ π.χ. η δερματίτιδα παρουσιάζεται συχνά στην μέσα πλευρά των αγκώνων και των γονάτων. Ο γιατρός θα εξετάσει τα νύχια των χεριών και το κεφάλι σας για να δει αν έχουν και αυτά προσβληθεί. Μη διστάσετε να του αναφέρετε τυχόν προβλήματα που έχουν στις πτυχές του δέρματος και τα κρυφά σημεία. Εξετάζοντας όλο το δέρμα, ο γιατρός θα μπορέσει να σχηματίσει πιο σαφή γνώμη και να αποφασίσει για το είδος της θεραπείας. Μετά την εξέταση θα είναι σε θέση να σας πει αν έχετε ψωρίαση ή όχι. Μερικές φορές μόνο μπορεί να είναι δύσκολο για αυτό το λόγο θα χρειαστεί να γίνει βιοψία δέρματος.

Το επόμενο θέμα που πρέπει να συζητήσετε με τον γιατρό σας είναι το τι προβλήματα σας δημιουργεί η ψωρίαση. Χρήσιμο θα ήταν να του πείτε τι θεωρείται χειρότερο στην περίπτωση σας. Αυτό θα βοηθήσει τον γιατρό να αποφασίσει για την

καταλληλότερη θεραπεία. Για παράδειγμα μπορεί να έχετε κάποιες κηλίδες στα μπράτσα και στις κνήμες, όμως αυτό που πραγματικά σας βασανίζει είναι τα λέπια στο κεφάλι. Ο γιατρός δεν διαβάξει την σκέψη σας κι αν εσείς δεν του μιλήσετε εκείνος θα επικεντρώσει όλες του τις προσπάθειες σ' αυτό που παρατηρεί, ενώ το πραγματικό σας πρόβλημα εντοπίζεται στο δέρμα του κεφαλιού. Θα πρέπει ακόμα να πείτε στον γιατρό κατά πόσον η ψωρίαση δημιουργεί προβλήματα στην εργασία και την κοινωνική σας ζωή. Για παράδειγμα μπορεί η ψωρίαση στα χέρια να γίνει αιτία να χάσετε την δουλειά σας αν είστε υπάλληλος σε κατάσταση. Αν αυτό αποτελεί πρόβλημα σας πείτε το στο γιατρό, ίσως έτσι να αποφασίσει να χορηγήσει μια άλλη θεραπεία καταλληλότερη.

11. Εξέλιξη – πορεία της νόσου

Η ψωρίαση παρ' όλη τη μακρά πορεία της δεν είναι επικίνδυνη για την ζωή του αρρώστου. Ποτέ δεν είναι δυνατόν σήμερα, όπως και 100 χρόνια πριν να καθοριστεί πόσο θα διαρκέσει η πορεία της νόσου ούτε και πότε ή πόσες υποτροπές θα παρουσιασθούν σ' ένα ψωριασικό, ούτε και για πόσο χρονικό διάστημα θα μείνει χωρίς εξάνθημα. Είναι νόσος χρόνια, εξελισσόμενη με διαδικτικές περιόδους επιδεινώσεως, βελτιώσεως, «λεύκανσης» και υποτροπής.

Βεβαίως υπάρχουν μορφές ψωρίασης όπου η πρόγνωση είναι καλύτερη (σταγονοειδής), ενώ σ' άλλες μορφές η πρόγνωση είναι πιο κακή (ερυθροδερμική μορφή, αρθροπαθητική, φλυκταινώδης). Ένας άλλος παράγων που μπορεί να προδικάσει κακή πρόγνωση είναι το οικογενειακό ιστορικό και εμφάνιση της νόσου νωρίς.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου. Το φως του ήλιου και το θερμό κλίμα επιδρούν ευνοϊκά στην ψωρίαση, αντίθετα με το ψυχρό και ξηρό κλίμα. Απόδειξη αυτού η βελτίωση της ψωρίασης τους θερινούς μήνες

και η χειροτέρευση τους χειμερινούς μήνες.

Η εξέλιξη της κάθε βλάβης είναι επίσης απροσδιόριστη. Περισσότερο επιμένουν οι βλάβες οι οποίες εντοπίζονται στους αγκώνες και τα γόνατα και ακόμα περισσότερο οι βλάβες του τριχωτού της κεφαλής. Όταν υπάρχει τάση προς ίαση, τότε οι βλάβες υποχωρούν προοδευτικά είτε καθ' ολη την έκταση της επιφάνειας είτε σε ορισμένα σημεία αυτής οπότε λαμβάνουν δακτυλιοειδή οψιν.

Μετά την εξαφάνιση των βλαβών δεν παραμένει ουλή, ενίοτε όμως παραμένει αχρωμία (ψωριασική λευκοδερμία).

12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

1. Λοιμώξεις

Σχετικά είναι σπάνιες, εκτός των περιπτώσεων όπου γίνεται τοπική χρήση κορτικοστεροειδών, ιδίως με κλειστή περίδεση και αναπτύσσονται θυλακίτιδες. Σε ποσοστό 50-70% των ψωριασικών στις βλάβες (λέπια) ανευρίσκονται σταφυλόκοκκοι. Λόγω της απόπτωσης των λεπιών οι άρρωστοι αυτοί δυνατόν να διασπείρουν τους σταφυλόκοκκους.

2. Εκζεματοποίηση

Είναι σπάνια επιπλοκή, εκτός στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο ψωριασικός έχει ευαισθητοποιηθεί σε διάφορες ουσίες λόγω της τοπικής θεραπείας, οπότε υπάρχει κίνδυνος για μια γενικευμένη απολεπιστική δερματίτιδα.

3. Κνησμός

Συνήθως δεν υπάρχει κνησμός στην ψωρίαση. Όταν όμως υπάρχει αυτός είναι διάφορου βαθμού από πολύ ελαφρός μέχρι πολύ έντονος. Κνησμός παρατηρείται πιο συχνά στην ψωρίαση

των πτυχών. Ο κνησμός κατά κάποιο τρόπο αντανakλά την ψυχοσύνθεση των ψωριασικών. Όσο πιο έντονος τόσο περισσότερο το άγχος του ασθενούς.

Φαινόμενο Koebner

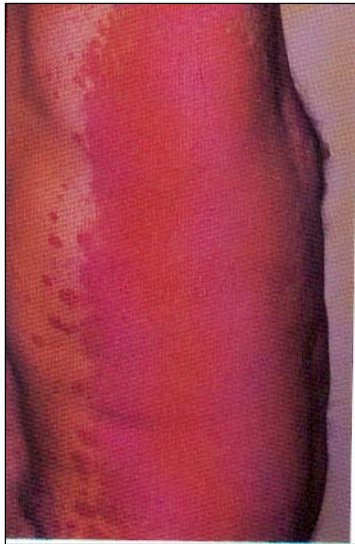
Η ψωρίαση ανήκει στην ομάδα των νοσημάτων όπου παρατηρείται το φαινόμενο αυτό. Ο τόπος της αντίδρασης αυτής λαμβάνει χώρα στο μέρος του τραύματος, ηλιακού εγκαύματος και εμβολιασμού ή σε προϋπάρχουσα νόσο (ανεμοβλογιά). Παρουσιάζεται κυρίως στην οξεία φάση της νόσου και αναλογεί σε 2011/0 περίπτωση των περιπτώσεων σε κάποια πορεία της νόσου. Μετά την πρόκληση του τραύματος εμφανίζεται μετά 3 - 18 μέρες, συνήθως περί την 10 - 14 μέρα.

Για να προκληθεί το φαινόμενο Koebner είναι απαραίτητη η βλάβη της επιδερμίδας και της θηλώδους μοίρας του χορίου και μπορεί να επιταχυνθεί ή να επιβραδυνθεί από διάφορους χημικούς και κυτταροτοξικούς παράγοντες.

Από ορισμένους ερευνητές υποστηρίζεται ότι στον ορό των ψωριασικών, που έχουν περάσει την οξεία φάση της νόσου, περιέχεται ένας παράγοντας που αναστέλλει την ανάπτυξη του φαινομένου αυτού.



Εδώ η ψωρίαση εμφανίζεται σε ουλή απο εγχείρηση.



Σοβαρή επιπλοκή του koebner σε ψωρίαση, ευρύτατο κάψιμο επακόλουθο υπερδοσολογίας UVB ακτινοβολίας.



Εμφάνιση koebner σε τραύματα του δέρματος.

13. Πρόγνωση της νόσου

Η πρόγνωση της κοινής ψωρίασης είναι καλή αναφορικά προς την ζωή του ασθενούς, διότι δεν επιρεάζει δυσμενώς τις ζωτικές λειτουργίες, είναι όμως δυσμενής ως προς την ίαση, διότι δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

Έχει πολλές επιπτώσεις επί της κοινωνικο-οικονομικής ζωής του ασθενούς και της ψυχολογικής του συμπεριφοράς, λόγω των αντιαισθητικών εκδηλώσεων της νόσου, ιδίως όταν αυτές εντοπίζονται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

Η πρόγνωση της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι επιφυλακτική, ως προς την λειτουργικότητα των αρθρώσεων, οι οποίες υφίστανται πολλές αγκυλώσεις. Η πρόγνωση της ερυθροδερμικής ψωρίασης

και της φλυκταινώδους ψωρίασης δεν είναι καλή, διότι πολλές απ' αυτές τις περιπτώσεις έχουν κακή πορεία.

14. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψωρίαση όπως και κάθε χρόνια νόσος με περιορισμένο αριθμό εναλλακτικών θεραπευτικών μέσων, απαιτεί σημαντική επιδεξιότητα. Μεγάλη σημασία ενέχει η εξακρίβωση διαφόρων γεγονότων που αφορούν την νόσο του ασθενούς.

1. Η έκταση. Οι ασθενείς ποικίλλουν ευρύτατα όσον αφορά την ανοχή τους προς την νόσο : ορισμένοι είναι σε αξιοσημείωτο βαθμό φλεγματικοί και ψύχραιμοι, άλλοι ποτέ δεν προσαρμόζονται σ' αυτήν, ενώ οι περισσότεροι εμφανίζουν μια στάση που βρίσκεται κάπου στην μέση μεταξύ των δύο αυτών ακρών. Σημαντικό είναι να διευκρινίζεται πόσο κακή θεωρούν την κατάσταση τους οι ασθενείς, καθώς και τι αναμένουν από την θεραπεία στην οποία επιβάλλονται.

2. Λειτουργικότητα. Η ψωρίαση στις παλάμες μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την ικανότητα για εργασία, η ψωρίαση στις ράγες των δακτύλων μπορεί να επηρεάσει την δεξιότητα, ενώ η νόσος που προσβάλλει τα πέλματα μπορεί να δυσχεραίνει την βάδιση.

3. Αισθητική. Ευτυχώς η ψωρίαση συνήθως δεν προσβάλλει εκτεθειμένα τμήματα του δέρματος, αλλά εάν αυτό συμβαίνει η θεραπεία θα πρέπει να καταστεί πιο επιθετική. Ανείπωτη δυστυχία δημιουργείται, ακόμα και σε ασθενείς που δεν το δείχνουν, όταν έλθει ο καιρός να δημιουργήσουν προσωπικές φυσικές σχέσεις. Η ψωρίαση που εντοπίζεται στα χέρια μπορεί να αποκλείσει τον πάσχοντα από εργασία σε εστιατόριο είτε γενικά με τον χειρισμό τροφίμων, παρά το γεγονός ότι δεν υφίσταται πιθανότητα λοίμωξης.

4. Συμπτώματα. Στους περισσότερους ασθενείς η νόσος δεν

προκαλεί κνησμό, μπορεί όμως να καθίσταται κνησμώδης είτε και επώδυνη, οπότε και η θεραπεία πρέπει να τροποποιείται ανάλογα.

5. Ο τύπος της ψωρίασης. Η σταγονοειδής ψωρίαση έχει καλή πρόγνωση, αλλά οι ασθενείς με ερυθροδερμική, φλυκταινώδη είτε υποξεία ψωρίαση, είτε εκείνοι που είχαν πολλαπλές εισαγωγές στο νοσοκομείο, συχνά χρειάζονται συστηματική θεραπεία.

6. Ηλικία και σωματική υγεία. Συχνά είναι ευκολότερο για τον γιατρό να θεραπεύει ηλικιωμένους ασθενείς με εκτεταμένη ψωρίαση γιατί ο δερματολόγος μπορεί να δικαιολογήσει τη συνταγογράφηση συστηματικής θεραπείας για τους ασθενείς αυτής της ηλικίας παρά για νεότερα άτομα που έχουν να ζήσουν ακόμα πολλές δεκαετίες.

7. Προηγούμενες θεραπείες. Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν την νοσο τους για αρκετό χρονικό διάστημα θα έχουν ήδη δοκιμάσει όλες τις διαθέσιμες τοπικές θεραπείες. Εάν έχουν διαπιστώσει κάποια ωφέλεια από μια οποιαδήποτε από τις θεραπείες αυτές αξίζει τον κόπο αυτή να δοκιμάζεται και πάλι.

8. Η χρήση των στεροειδών. Ο ασθενής που χρησιμοποιεί περισσότερα από 30 g δραστικού τοπικού κορτικοστεροειδούς ανά εβδομάδα, είτε εκείνος που συνεχώς αναζητά τα σωληνάρια με 100 g αλοιφής χρειάζεται οπωσδήποτε επανεκτίμηση της κατάστασης του.

9. Παράγοντες που επηρεάζουν την νόσο. Πάντοτε είναι χρήσιμο ο γιατρός να διερευνά τους παράγοντες που ο ασθενής θεωρεί ότι επηρεάζουν την νοσο του. Στους Παράγοντες που συνήθως επηρεάζουν την πορεία της ψωρίασης περιλαμβάνονται :α) Το ηλιακό φως. Πολλοί βρίσκουν το ηλιακό φως ευεργετικό, και εφόσον αυτό συμβαίνει, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την θεραπεία οι υπεριώδεις ακτίνες. β) Η ψυχική ένταση (stress) και το συναίσθημα της δυστυχίας. Μολονότι είναι δύσκολο ν' αποδειχθεί ότι το υπέρμετρο stress επιδεινώνει ην ψωρίαση, η προσωπική

δυστυχία καθιστά τον ασθενή λιγότερο ανεκτικό προς την νόσο του. Στις περιπτώσεις αυτές η απλή ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει πάρα πολλά. γ) Οινόπνευμα. Οι ασθενείς με εκτεταμένη ψωρίαση συχνά πίνουν πάρα πολύ. Είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς ποιο έρχεται πρώτο και ποιο δεύτερο, αλλά ελάχιστη αμφιβολία υπάρχει ότι η υπέρμετρη χρήση οινοπνεύματος επιδεινώνει την ψωρίαση. Στους ασθενείς αυτούς πρέπει να παρέχεται συμβουλή για την αποφυγή ή τον περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος.

Για την υποστήριξη της αντιψωριασικής θεραπείας ο γιατρός θα συστήσει α) αποφυγή τραυμάτων και άλλων προκλητικών αιτιών του φαινομένου koebner. β) εξυγίανση εστιακών λοιμώξεων, εάν ανεβρεθούν αυτές κατά την γενική εξέταση. γ) ελάττωση βάρους σώματος, σε περίπτωση παχύσαρκων ασθενών. Η δίαιτα πρέπει να είναι ισοροπημένη. δ) αποκατάσταση ορμονικών διαταραχών, εάν υπάρχουν. ε) χορήγηση ηρεμιστικών, εάν οι ασθενείς είναι αγχώδεις ή εάν η ψωρίαση υποτροπιάζει μετά από ψυχικά stress.

Κάθε είδος θεραπευτικής αγωγής αποδίδει αρκετά ικανοποιητικά την εποχή που πρωτοχρησιμοποιήθηκε για να πέσει ο ενθουσιασμός μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα. Μ' αυτό τον τρόπο έχουν επιβιώσει ελάχιστες θεραπευτικές αγωγές.

Η τοπική θεραπεία είναι ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης της νόσου. Σε αρκετές περιπτώσεις όμως είναι απαραίτητη η ενίσχυση της θεραπείας αυτής με άλλο τρόπο θεραπευτικής αγωγής.

Λόγω της ποικιλίας των εκδηλώσεων από άτομο σε άτομο η θεραπεία κατά κάποιο τρόπο εξατομικεύεται με γνώμονα την κατάσταση του ασθενούς και την έκταση του εξανθήματος, την προσωπικότητα του αρρώστου, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και την πιθανή πορεία των θεραπευτικών αναγκών. Η θεραπεία ενός ψωριασικού πρέπει να περιλαμβάνει σε γενικές γραμμές τα παρακάτω:

1. Γενικά και μη ειδικά μέτρα
2. Τοπική αγωγή με καθιερωμένα θεραπευτικά σχήματα
3. Κορτικοστεροειδή και κυτταροτοξικά φάρμακα
4. Φωτοχημειοθεραπεία
5. Διάφορους άλλους παράγοντες.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Πρέπει να γίνεται εμπειριστατωμένη εξήγηση στον άρρωστο ή στους γονείς του παιδιού με ψωρίαση, για τη φύση της νόσου, τη μη μεταδοτικότητα αυτής και όλες τις πιθανότητες για επέκταση, υποτροπή ή αποτυχία της θεραπευτικής αγωγής.

Οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες και το stress που κατέχουν τους ασθενείς αυτούς λόγω της δυσμορφίας της νόσου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και ο θεράπων να τους ακούει με προσοχή και κατανόηση. Η δίαιτα δεν είναι απαραίτητη σε καμιά μορφή ψωρίασης, διότι δεν προσφέρει τίποτα το ουσιαστικό. Η κλιματοθεραπεία με ανάπαυση και έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία καθώς και ο συνδυασμός με θαλάσσια μπάνια έχει γίνει πολύ προσφιλής ιδίως στους αρρώστους από τα βόρεια κλίματα.

Ο τρόπος αυτός θεραπείας έχει περισσότερη αξία στον ψυχολογικό τομέα παρά στην ίδια τη νόσο τους.

2. ΤΟΠΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΑΘΙΕΡΩΜΕΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

Γενικός κανόνας στην τοπική θεραπεία της ψωρίασης είναι η χρησιμοποίηση ήπιων θεραπευτικών μέσων στην οξεία φάση της νόσου για ν' αποφύγουμε τον κίνδυνο της φλυκταινώδους ψωρίασης ή της ερυθροδερμικής μορφής της νόσου.

Η ισχυρή θεραπεία είναι δυνατόν να αυξήσει την απελευθέρωση των ενζύμων από τα κατεστραμμένα λυσοσωμάτια.

Για τη χρόνια ψωρίαση χρησιμοποιούνται διάφορα σχήματα θεραπείας. Πολλές φορές γίνονται συνδυασμοί και παραλλαγές ανάλογα με την προσωπική εκτίμηση του καθενός, την πείρα που έχει αποκτήσει καθώς και τα μέσα που έχει στη διάθεσή του.

Επειδή οι ψωριασικές πλάκες καλύπτονται από παχύ στρώμα λεπιών, καλό είναι να γίνεται απομάκρυνση των λεπιών για να μπορέσουν να επιδράσουν τα διάφορα τοπικά θεραπευτικά μέσα που θα χρησιμοποιήσουμε. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούμε σαλικυλικό οξύ σε Vaseline και Lanoline σε αραίωση 5 - 10% ανάλογα με την περίπτωση ή υδατικές κρέμες που περιέχουν ουρία σε αναλογία 20%. Για την τοπική θεραπεία σήμερα χρησιμοποιούνται πολύ τα παράγωγα της πίσσας και κυρίως η ανθραλίνη, η διθρανόλη και η σικνολίνη.

Πίσσα

Η πίσσα χρησιμοποιείται πάνω από έναν αιώνα με καλά αποτελέσματα χωρίς να είναι γνωστός ο μηχανισμός δράσης της. Είναι ένα μείγμα από ουσίες που προέρχονται από γαιάνθρακες. Μολονότι για άλλες θεραπευτικές ουσίες αποδεικνύεται ότι έχουν αντιμυτωσική ενέργεια αυτό δεν αποδεικνύεται πειστικά και σταθερά για την πίσσα. έχει δυσάρεστη οσμή και λερώνει εύκολα, αλλά είναι εξαιρετικά χρήσιμη και ασφαλές. Κυκλοφορούν πολλά εξαιρετικά σκευάσματα του εμπορίου, που συνήθως έχουν ως βάση εκχύλισμα που λαμβάνεται από την πίσσα γαιανθράκων, σε κατάλληλη κρέμα, λοσιόν, διάλυμα, γελι, γαλάκτωμα ή shampoo. Ένα χρήσιμο σκεύασμα για άμεση χρήση είναι το διάλυμα λιθανθρακόπισσας (5%, 10% ή 20%) σε γαλακτωματοποιητική αλοιφή, που χρησιμοποιείται ως σαπούνι. Η πίσσα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό:

- **Με υπεριώδεις ακτίνες.** Η πίσσα προκαλεί ευαισθητοποίηση προς το φως. Ο Goeckerman εκλαΐκευσε μια θεραπεία με λουτρά που περιέχουν πίσσα, που ακολουθούνται με

έκθεση σε υπεριώδεις ακτίνες B, η οποία ενδύκνυεται καλύτερα για την σταγονοειδή και την κοινή ψωρίαση.

- **Με σαλικυλικό οξύ.** Το σαλικυλικό οξύ είναι κερατολυτικό και γι' αυτό υπονοηθεί στην απομάκρυνση των λεπιών της ψωρίασης και βελτιώνει τη διείσδυση των φαρμακευτικών ουσιών που είναι συνδεδεμένες μαζί του. Η αλοιφή με λιθανθρακόπισσα και σαλικυλικό οξύ είναι κατάλληλη για την χρόνια ψωρίαση με πλάκες.

- **Με στεροειδή.** Μολονότι η πίσσα είναι πάρα πολύ ασφαλής, σε μερικές περιπτώσεις προκαλεί ερεθισμό του δέρματος και προκαλεί θυλακίτιδα, πρέπει δε να αποφεύγεται η χρήση της σε πτυχές του δέρματος, στα γεννητικά όργανα, καθώς και σε επιπλεγμένη, ασταθή ή ερυθροδερμική ψωρίαση. Ο συνδιασμός με τοπικό στεροειδές μπορεί να προφυλάξει από αυτή την κατάσταση και να βελτιώσει την απόδοση της θεραπείας. Η πίσσα δεν είναι καρκινογόνα όταν χρησιμοποιείται για την θεραπεία της ψωρίασης, μολονότι είναι καρκινογόνα όταν χρησιμοποιείται σε πειραματόζωα, καθώς και σε εργάτες που κατά εξακολούθηση εκτίθενται σε αυτή.

Δινθρανόλη

Χρησιμοποιείται μέσα σε πάστα οξειδίου του ψευδαργύρου ή άλλα ειδικά έκδοχα σε πυκνότητα 0,1 - 0,5%. Γίνεται επάλειψη των πλακών 1-2 φορές την ημέρα και λουτρό καθαριότητας. Από τις παρενέργειες της δινθρανόλης είναι ο χρωματισμός του δέρματος και ο τοπικός ερεθισμός που προκαλεί. Το θεραπευτικό



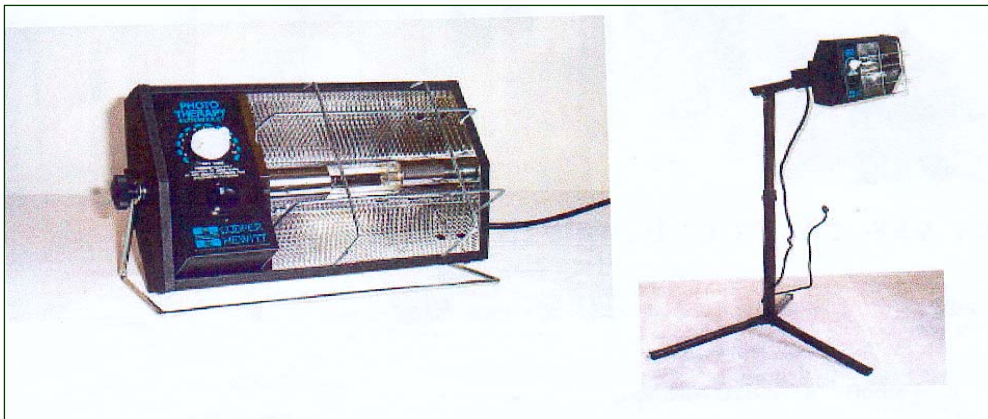
- 2 εβδομάδες και διαρκεί

Έγκαυμα απο αλόγιστη χρήση δινθρανόλης.

Υπεριώδες φως (UVB)

Η υπεριώδης ακτινοβολία (μικρού μήκους κύματος) καθιερώθηκε στη θεραπεία της ψωρίασης από το 1910 περίπου είτε με τη μορφή της φυσικής υπεριώδους ακτινοβολίας (ήλιος) ή με τεχνητή υπεριώδη ακτινοβολία (λάμπες).

Η δράση της ακτινοβολίας αυτής φαίνεται να οφείλεται στην αναστολή της μίτωσης των επιδερμικών κυττάρων. Προσοχή χρειάζεται να μην εκτίθενται οι άρρωστοι απότομα και παρατεταμένα για να αποφύγουμε τα εγκαύματα και ως εκ τούτου την εμφάνιση του φαινομένου Koebner.



3. ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

☞ Τοπικά κορτικοστεροειδή

Η χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών υπό τη μορφή αλοιφής ή κρέμας έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία της ψωρίασεως. Ανάλογα με τον τύπο του σκευάσματος γίνονται επαλείψεις στην πάσχουσα περιοχή 1 - 2 - 3 φορές την ημέρα.

Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται περισσότερο στα μέρη όπου είναι δύσκολη η χρησιμοποίηση της ανθραλίνης. Παλαιότερα η χρήση των κορτικοστεροειδών γινόταν με κλειστή περίδεση από φύλλα πλαστικού (πολυαιθυλένης) για ν' αυξήσουμε την απορροφητικότητα της δραστικής ουσίας. Από τη μέθοδο αυτή παρουσιάζονται ορισμένες παρενέργειες, όπως η εμφάνιση θυλακίτιδας και ατροφία του δέρματος.

Εκτός από τις κρέμες και τις αλοιφές χρησιμοποιούμε και διάφορα διαλύματα που περιέχουν κορτικοειδή. Τα διαλύματα αυτά ενδείκνυνται κυρίως για τις βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής και τα νύχια. Σε μερικές περιπτώσεις, όπου οι βλάβες είναι μεμονωμένες και λίγες, χρησιμοποιούμε Triamsinolon για τοπικές διηθήσεις με λεπτή βελόνα ή Dermojet.

∞ Τοπικά κυτταροστατικά

Υδατικό διάλυμα αζωθυπερίτου 0.1% -0,5% δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πρόβλημα η ευαισθητοποίηση των αρρώστων σε μεγάλο ποσοστό (80%). Κρέμα ή αλοιφή 5% φλουοροουρακίλης βελτιώνει σημαντικά την ψωρίαση. Προσοχή γιατί προκαλεί επώδυνες διαβρώσεις και νεκρώσεις της επιδερμίδας.

Η νιτροσουρία (λομουστίν) δοκιμάστηκε σε αλοιφή σε πυκνότητα 0.1 %. Παρενέργεια ο πόνος που προκαλεί λόγω του τοπικού ερεθισμού του μη προσβεβλημένου δέρματος.

4. ΦΩΤΟΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (PUVA)

Το Puvn είναι σύνθετη λέξη από το Psoralen + UVA. Η μέθοδος αυτή είναι από τις νεότερες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ψωρίασης και βασίζεται στην αλληλεπίδραση ενός ψωραλενίου με μεγάλου μήκους κύματος υπεριώδη ακτινοβολία (UV A). Τα ψωραλένια (Psoralens) είναι

φουροκουμαρίνες που έχουν φωτοευαισθητοποιό δράση. Η μεγάλου μήκους κύματος υπεριώδης ακτινοβολία (A) δεν έχει μόνη της ερυθματογόνο δράση. Με το συνδυασμό όμως του ψωραλενίου προκαλείται ερυθματογόνος δράση και θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο μηχανισμός της προκαλούμενης βελτίωσης συνίσταται στη δέσμευση του ψωραλενίου στο DNA των επιδερμικών κυττάρων, η αναδίπλωση των οποίων παρεμποδίζεται από μία σύνθετη φωχημική αντίδραση. Επίσης υπάρχουν υπόνοιες ότι η χημειοθεραπεία έχει δράση στα φλεγμονώδη κύτταρα του ψωριασικού δέρματος.

Συνήθως, η PUVA εφαρμόζεται 3 φορές την εβδομάδα για τις πρώτες 5 εβδομάδες, δηλαδή μέχρις ότου επιτευχθεί συνήθως πλήρης "κάθαρση" της ψωρίασης (Εικ. 5.57 και 5.58) και κατόπιν 1 φορά κάθε 7-10 ημέρες, σαν θεραπεία συντήρησης. Είναι πολύ προσφιλής στους νέους ασθενείς, γιατί προσφέρει καλό αισθητικό αποτέλεσμα και "μαύρισμα". Πάντως είναι σωστό να αποκλείονται οι ασθενείς με τύπους δέρματος I και II γιατί υπόκεινται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος αργότερα. Επίσης να αποκλείονται και εκείνοι που έχουν προηγούμενο ιστορικό ραδιοθεραπείας ή ιστορικό δερματικού νεοπλασματος ή τέλος και εκείνοι που είχαν λάβει παλιότερα αρσενικό για θεραπεία ψωρίασης. Η PUVA είναι αποτελεσματική σε αρρώστους με σκούρο δέρμα, αν και η υπερμελάγχρωση που προκαλείται από τη θεραπεία δεν γίνεται πάντα ευχάριστα αποδεκτή από τους ασθενείς.

Είναι πολύ σημαντικό το να φορούν οι ασθενείς προστατευτικά γυαλιά, απ' τη στιγμή που θα πάρουν τα χάπια τους με τα ψωραλένια, μέχρι και 24 ώρες μετά, επειδή μπορεί να προκληθεί καταρράκτης ή και άλλες οφθαλμολογικές ανωμαλίες. Η θεραπεία φαίνεται ότι δεν βοηθά στις περιοχές του σώματος που είναι

δυσπρόσιτες στην ακτινοβολία Α, όπως π.χ. οι πτυχές (Εικ. 5.59) και το τριχωτό της κεφαλής. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο κνησμός και το έγκαυμα του δέρματος. Ο κνησμός μπορεί να αντιμετωπισθεί με τη συνεχή χρήση ενυδατωτικών αλοιφών και υποκατάστατων σαπουνιού. Το έγκαυμα είναι συχνότερο στην αρχική φάση της θεραπείας, γι' αυτό και απαιτείται εμπειρία απ' το θεραπευτή στον καθορισμό της κατάλληλης δόσης. Τα ψωραλένια μπορεί να χρησιμοποιούνται και τοπικά, είτε σε μορφή τοπικών σκευασμάτων, είτε αφού προστεθούν στο νερό μπάνιου και κατόπιν επακολουθήσει έκθεση στην UVA. Η μέθοδος είναι αποτελεσματική αλλά και πάλι το έγκαυμα είναι συχνό.

Η τεχνική της μεθόδου έχει ως εξής:

Χορηγούμε στον άρρωστο δύο δισκία του ψωραλενίου (S - Methohypsoralen - 8 - Mor) εφ' άπαξ και μετά 2 ώρες εκτίθεται στο μηχάνημα που παρέχει την ακτινοβολία Α (το ψωραλένιο χορηγείται από το στόμα σε ποσότητα 0.6 mg/kg βάρους, κυκλοφορεί σε δισκία των 10 mg). Η θεραπεία γίνεται συνήθως ανά 2ήμερο.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα φαίνεται μετά από 2 - 3 εβδομάδες και

γενικά κρίνεται σαν πολύ ικανοποιητικό.

Από τις παρενέργειες της μεθόδου αναφέρομε το ερύθημα και τον καύσο του δέρματος, τη ναυτία, τον κνησμό, τον πονοκέφαλο και τη ζάλη που συνοδεύουν την θεραπεία.

Από τις αντενδείξεις της θεραπείας είναι στα παιδιά, η εγκυμοσύνη, σε αρρώστους με γνωστή φωτοευαισθησία και γενικά σε πολύ ήπιες περιπτώσεις όπου τι τοπική θεραπεία έχει καλό αποτέλεσμα.

Ενδείκνυται σε μορφές γενικευμένης ψωρίασης όπου έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες ή δεν μπορεί να χορηγηθεί το Methotrexate. Σε ήπιες μορφές όπου δεν μπορούμε να δώσουμε

άλλη θεραπεία.



Έγκαυμα από τοπική εφαρμογή ψωραλενίου.

5. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κατά το παρελθόν έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα τα οποία σήμερα έχουν εγκαταλειφθεί. Οι βιταμίνες και σήμερα χρησιμοποιούνται ακόμα όπως η D, η οποία δίνεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου έχουμε υποασβεστιαμία. Επίσης ο συνδυασμός B1 + B6 + B12 είναι χρήσιμος. Ορισμένοι ακόμα χρησιμοποιούν τις ακτίνες grenze (Bucky) εφ' όσον από τις βλάβες έχουν αφαιρεθεί τα λέπια.



Τοπική εφαρμογή βιταμίνης D₃.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **Κορτικοειδή**

Η συστηματική χορήγηση των κορτικοειδών αντενδείκνυται. Παρ' όλη τη βελτίωση που παρουσιάζεται από τα κορτικοστεροειδή, εν τούτοις οίπαρουσιαζόμενες υποτροπές είναι πολύ έντονες, επί πλέον δε υπάρχει ο κίνδυνος της εμφάνισης ή μετάπτωσης σε φλυκταινώδη ψωρίαση. Στις μόνες μορφές που μπορούμε να χορηγήσουμε κορτικοστεροειδή είναι στη φλυκταινώδη και ερυθροδερμική μορφή, πάντοτε όμως σε λογικές δόσεις και για μικρό χρονικό διάστημα.



Ψωρίαση στο καλαμι και μικρή ατροφία μετά από εφαρμογή κορτικοστεροειδους.

- **Metotrexate (MTX)**

Η χορήγηση των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος μπήκε στη θεραπεία της ψωρίασης από το 1955 και ακόμα χορηγείται πάντοτε με εξαιρετα αποτελέσματα. Το MTX χορηγείται από το στόμα, ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως η δε απέκκρισή του γίνεται κυρίως από τα νεφρά και το ήπαρ.

ΤΟ MTX αναστέλλει τη σύνθεση του ΟΝΑ δι' ανταγωνισμού σαν ένζυμο για τη διϋδροφολική ρεδοκτάση και η δράση αυτή γίνεται από ταχέως πολλαπλασιαζόμενο επιδερμικό κύτταρο. Γενικά το MTX έχει την ικανότητα να αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων χωρίς να επιδρά στη λειτουργία αυτών. Τα πιο πάνω επιτυγχάνονται από την ικανότητα του φαρμάκου να ανταγωνίζεται την αναστολή της ρεδοκτάσης του φυλλικού οξέος και τη σύγχρονη ελάττωση στη σύνθεση του ΟΝΑ από τηθυμίνη, το MTX δρα στα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα που βρίσκονται στην φάση =8= κατά την περίοδο που το φάρμακο χορηγείται. Βέβαια αρκετές από τις ενέργειες του MTX στις διάφορες μορφές ψωρίασης είναι ακόμα αδιευκρίνιστες.

Το MTX χορηγείται ενδομυϊκά κάθε 7 ημέρες 0.2 - 0.4 mg/kg βάρους. Η ίδια χορηγείται από το στόμα σε εφ' άπαξ δόση. Πριν αρχίσει η θεραπεία πρέπει να γίνεται έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας καθώς και αιματολογικός έλεγχος. Ο έλεγχος πρέπει να επαναλαμβάνεται στο μέσο καθώς και στο τέλος της θεραπείας.

Από τις πιο σοβαρές παρενέργειες του MTX είναι η κίρρωση του ήπατος. Από εκείνες που υποπίπτουν άμεσα στην αντίληψή μας είναι οι ελκώσεις που κάνει στη στοματική_ κοιλότητα. Παρ' όλους τους προαναφερθέντες κινδύνους το MTX χορηγείται στην ψωρίαση με πολύ καλά αποτελέσματα ιδίως στις μορφές εκείνες της ψωρίασης όπου δεν υπάρχει εκλογή για άλλη θεραπεία ή έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες (φλυκταινώδης, ερυθροδερμική).



Φλυκταινώδης ψωρίαση υπό θεραπεία με μεθοτρεξάτη.
Το αποτέλεσμα της θεραπείας.(δεξιά)

- **Υδροξουρία**

Η υδροξουρία είναι γνωστή από πολλά χρόνια για τη δράση της στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία.

Η δράση του φαρμάκου βασίζεται στην αναστολή της παραγωγής του ONA χωρίς να επηρεάζει το RNA ή τη σύνθεση των πρωτεϊνών. Δεσμεύει τη μετατροπή των ριβονουκλεοτιδίων σε δεοξυριβονουκλεοτίδια δια παρεμβολής με το ένζυμο ριβονουκλεοσίδη - διφωσφορική ρεδοκτάση. Η δράση της είναι στον κυτταρικό κύκλο στην φάση =S=. Η υδροξουρία χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 0.5 gr 2-3 φορές την ημέρα. Απορροφάται τελείως και πολύ γρήγορα αποβάλλεται από τα νεφρά.

Οι παρενέργειές της είναι πολύ πιο ήπιες από το MTX και δεν προκαλεί βλάβη του ήπατος.

- **Αζαθειοπρίνη (Immuran)**

Παρεμβαίνει στην σύνθεση της πουρίνης, αναστέλλοντας το ένζυμο υποξανθίνη φωσφοριβοσιλτρανσφεράση, το οποίο μετατρέπει την υποξανθίνη στο ριβονουκλεοτίδιο του ινοσινικό οξύ.

Επηρεάζει τόσο τη σύνθεση του ΟΝΑ όσο και του ΟΝΑ. Θεωρείται κατώτερο από θεραπευτικής απόψεως από το ΜΤΧ. Δίνεται συνεχώς από το στόμα 1.5 - 3 mg/kg βάρους.

- **Μυκοφαινολικό οξύ**

Βρίσκεται ακόμα στο πειραματικό στάδιο με αποτελέσματα αμφισβητούμενα.

- **Ρετινοειδή**

Τα ρετινοειδή είναι τα νέα σκευάσματα που υπόσχονται πολλά στη θεραπεία της ψωρίασης και των άλλων δερματοπαθειών που οφείλονται σε διαταραχή της κερατινοποίησης καθώς και την ακμή.

Τα ρετινοειδή είναι συνθετικά ανάλογα του μορίου του οξέος της βιταμίνης Α. Τα πρώτα αποτελέσματα από μια εκτεταμένη μελέτη για τη θεραπεία της ψωρίασης ανακοινώθηκαν το 1977. Από τη μελέτη αυτή βρέθηκε η πολύ καλή ανταπόκριση των ρετινοειδών στην κοινή ψωρίαση και ακόμα τα καλύτερα αποτελέσματα στη φλυκταινώδη και ερυθροδερμική μορφή ψωρίασης.

Ο τρόπος δράσης των χορηγούμενων από το στόμα ρετινοειδών σε γενικές γραμμές φαίνεται να είναι η κυτταροτοξική δράση ιδίως στα προσβεβλημένα ψωριασικά κερατινοκύτταρα και ως εκ τούτου καθαρίζει την επιδερμίδα και έτσι αφήνει ελεύθερα το πεδίο για την προσέλευση νέας γενεάς κυττάρων, τα οποία απαντούν φυσιολογικά σ' ένα φυσιολογικό ερέθισμα για τον έλεγχο της ανάπτυξης και έτσι εμφανίζεται φυσιολογική η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων.

Τα ρετινοειδή χορηγούνται από το στόμα σε ποσότητα 1 mg/kg βάρους την ημέρα. Στη φλυκταινώδη χορηγούνται 75 mg την ημέρα και η ανταπόκριση είναι πολύ γρήγορη (από λίγες ημέρες μέχρι λίγες εβδομάδες). Στην ερυθροδερμική μορφή το θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με μικρές δόσεις 25 - 35 mg ημέρα για μεγαλύτερη περίοδο (8 - 10 εβδομάδες).

Παρενέργειες ρετινοειδών

Τα ρετινοειδή έχουν τερατογόνο δράση γι' αυτό πρέπει στη χορήγησή τους να λαμβάνονται όλα τα ενδεικνυόμενα μέτρα. Επίσης προκαλούν αύξηση των τριγλυκεριδίων του ορού, χειλίτιδα, ρινίτιδα, κνησμός, διάχυτος αλωπεκία και αύξηση των τρανσαμινασών είναι από τις συχνές και σχετικά ήπιες παρενέργειες.

ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ

1. Τριχωτό κεφαλής

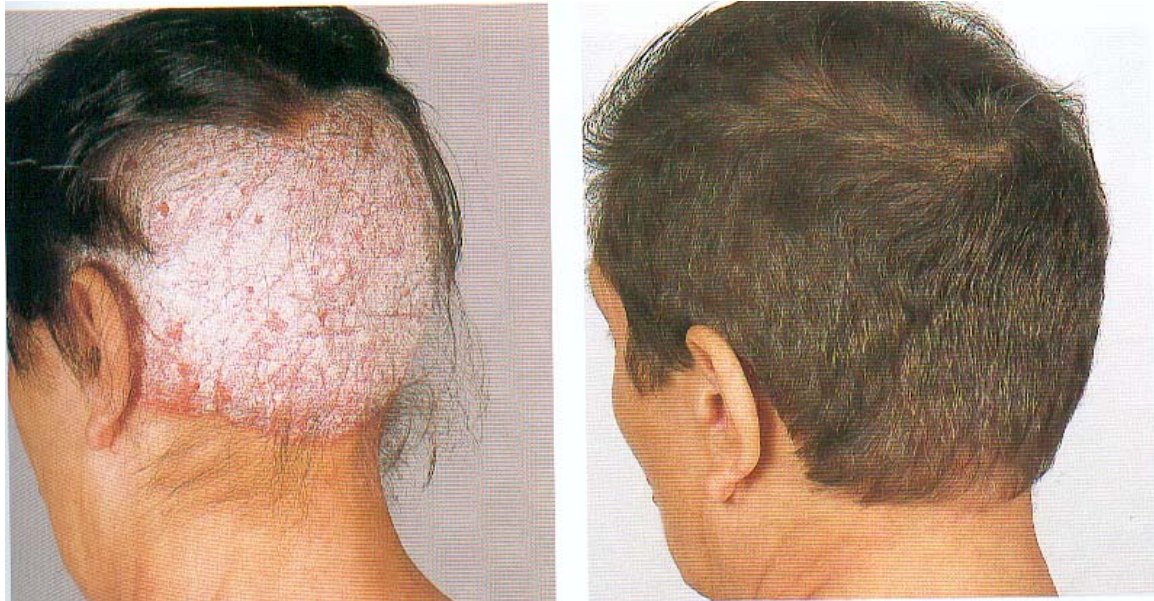
Ισχυρά τοπικά στεροειδή . Αυτά χρησιμοποιούνται αρχικά είτε σαν γέλες. είτε σαν διαλύματα. Τα στεροειδή τύπου III δεν είναι αποτελεσματικά και έτσι είναι αναγκαίο να γίνεται χρήση στεροειδών τύπου IV που ακόμη κι αυτά μπορεί να είναι αναποτελεσματικά. Ο ασθενής πρέπει να προειδοποιείται να μην αφήνει το φάρμακο να ρέει προς το μέτωπο, γιατί μπορεί να προκαλέσει ακμοειδές εξάνθημα.

Πίσσα. Τα σαμπουάν που περιέχουν πίσσα πρέπει να χρησιμοποιούνται συνεχώς. Στην αγορά υπάρχουν πολλά εμπορικά σκευάσματα σαμπουάν.

Αλοιφή cocois co. Σε βαριές ανθεκτικές μορφές αποτελεί καλή λύση. Αποτελείται από 60% λάδι καρύδας, 13% γαλακτοποιημένο κηρό, 12% διάλυμα πίσσας, 9% κίτρινης παραφίνης, 4% θείου και 2% σαλικυλικού οξέος. Θα πρέπει να εφαρμόζεται τη νύχτα στο τριχωτό της κεφαλής - που θα πρέπει να καλύπτεται με ένα σκουφάκι του μπάνιου - και να απομακρύνεται με πλύση το πρωί με ένα σαμπουάν πίσσας. Αν και δεν είναι ευχάριστο χρήση του, οι ασθενείς το προτιμούν γιατί διαπιστώνουν ότι τους βοηθά πολύ. Θα πρέπει να δίνεται όταν τα τοπικά στεροειδή αποτυγχάνουν. Στην cocois αλοιφή μπορεί να προστίθεται και διθρανόλη σε πυκνότητα 0,1%, όχι σε ασθενείς με άσπρα μαλλιά γιατί τα βάφει.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι πολλές φορές και αυτές οι

μέθοδοι αποτυγχάνουν. Η ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής είναι πολύ δύσκολη στη θεραπεία, κάτι που απογοητεύει τους ασθενείς που εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια. Η εφαρμογή της τοπικής αγωγής από ειδικευμένο προσωπικό (αδελφές) μπορεί να αλλάξει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας προς το καλύτερο.



Χαρακτηριστικά είναι τα παχιά λέπια. Ο ασθενής μετά απο θεραπεία (δεξιά).

2. Πρόσωπο

Στεροειδή. Η υδροκορτιζόνη είναι αναποτελεσματική, η ψωρίαση είναι η εξαίρεση του κανόνα που απαγορεύει την χρήση ισχυρών στεροειδών στο πρόσωπο, Όταν όμως χρησιμοποιούνται, θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο πάνω στις βλάβες και όχι στο υγιές δέρμα γιατί μπορεί να προκαλέσουν ακμοειδές εξάνθημα.

Πίσσα. Πολλές φορές ερεθίζει όταν εφαρμόζεται στο πρόσωπο, αλλά αξίζει να τη δοκιμάζει κανείς. Ο συνδυασμός της με ένα ήπιο στεροειδές μπορεί να μειώσει το προηγούμενο πρόβλημα. Στο εμπόριο υπάρχουν αρκετά τέτοια σκευάσματα, Ο συνδυασμός της με ένα στεροειδές τύπου III μπορεί να είναι αποτελεσματικότερος.

Διθρανόλη. Αυτή προκαλεί εγκαύματα και είναι άσκοπο να χρησιμοποιείται στο πρόσωπο εκτός αν υπάρχει καθημερινή επίβλεψη ιατρού (νοσηλεία στο Νοσοκομείο). Είναι σωστό να

αρχίζει κανείς με πυκνοτητα 0,05%.

Υπεριώδης ακτινοβολία. Είναι καλή θεραπευτική πρόταση για την ψωρίαση προσώπου. Οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιούν ιδιωτικό μηχάνημα με λάμπες που δίνουν ακτινοβολία B. Είναι πολύ σημαντικό να εξηγείται στους ασθενείς η διαφορά μεταξύ ακτινοβολίας A και B. Με τη χρήση της A δεν συμβαίνει έγκαυμα, ενώ αντίθετα αυτό συμβαίνει πολύ εύκολα ακόμη και με μικρή έκθεση στη B. Η διάρκεια έκθεσης εξαρτάται απ τον, τύπο του δέρματος και τις οδηγίες του κατασκευαστού. Είναι επίσης αναγκαίο να τονισθεί στον ασθενή ότι η έκθεση αρχίζει με δόσεις διάρκειας δευτερολέπτων όχι λεπτών ενώ παράλληλα τα μάτια πρέπει να προστατεύονται με ειδικά γυαλιά.

3. Πτυχές και γεννητική περιοχή

Διθρανολη και πίσσα. Θα , πρέπει να αποφεύγονται και οι , δυο ουσίες.

Στεροειδη. Συνήθως απαιτούνται ισχυρά στεροειδή,-θα πρέπει όμως να έχουμε υπόψιν ότι οι πτυχές είναι ιδανικές περιοχές για ανάπτυξη μυκήτων,

4.Κορμός και άκρα

Αυτές είναι από τις ευκολότερα θεραπευόμενες, με διθρανόλη σωματικές περιοχές.



Πολλαπλές ραβδώσεις κ σύνδρομο Cushing απο υπερβολική χρήση τοπικών στεροειδών. Αν και η ψωρίαση δεν υποχώρησε.

5.Χέρια και ποδια

Η ψωρίαση των χειρών και των ποδών θεωρείται από τις πιο δύσκολες μορφές ψωρίασης, όσον αφορά στη θεραπεία. Πολλές φορές απαιτείται υπομονετική αγωγή. Η πολύ παχιά κεράτινη στοιβάδα σ' αυτήν την περιοχή επιτρέπει ελάχιστη διείσδυση, κάθε ,τοπικά χορηγούμενου φαρμάκου.

Στεροειδή. Τα στεροειδή τύπου IV εδώ έχουν ένδειξη πολλές φορές χορηγούνται υπό κλειστή περίδεση.

Πίσσα. Η πίσσα με τη μορφή σαπουνιού μπορεί να βοηθήσει ειδικά στις κλινικές μορφές όπου συνυπάρχουν ρωγμές και σπάσιμο της επιδερμίδας

Διθρανόλη. Αξίζει να δοκιμάζει κανείς τη διθρανόλη σε αλοιφές Lasoar όπως και σε συνδυασμό με ένα ισχυρό στεροειδές

Ακτινοβολία-X, Αν και δεν είναι πολύ στην επικαιρότητα η τοπική θεραπεία με ακτινοβολία –X είναι αποτελεσματική.

6.Όνυχες

Δεν υπάρχει αποτελεσματική τοπική θεραπευτική αγωγή για την ψωρίαση των ονύχων Παλιότερα ήταν δημοφιλής η θεραπεία της

παρατηρούμενης ονυχοδυστροφίας σε ενδοβλαβικές: εγχύσεις στεροειδων, αλλά παρ όλα αυτά η νόσος υποτροπιάζει. Πάντα πρέπει να έχουμε υπόψιν ότι ο ψωριασικός ασθενής μπορεί να παρουσιάζει στους όνυχες μια παράλληλη λοίμωξη από μύκητες ή candida, η οποία βέβαια θα πρέπει να θεραπεύεται.

Συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών μέσων

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι τα χρησιμοποιούμενα γνωστά θεραπευτικά μέσα, αν γίνουν κατάλληλοι συνδυασμοί, δίνουν αποτέλεσμα που κρίνεται ως καλύτερο και συγχρόνως ελαττώνεται η δόση των φαρμάκων καθώς και ο χρόνος θεραπείας.

Οι συνδυασμοί αυτοί γίνονται με ανθραλίνη και PUVA, με τοπικά κορτικοστεροειδή, ρετινοειδή και MTX.

Από τους πιο επιτυχείς συνδυασμούς είναι των ρετινοειδών με PUVA έδωσαν πάρα πολύ καλά αποτελέσματα.

| Μορφή ψωρίασης | Προτεινόμενη θεραπεία |
|---|--|
| Πλάκες στον κορμό, στα άκρα Ελαφριά μορφή Μέτρια μορφή Οξεία μορφή | Καλσιποτριόλη, στεροειδή, ανθρανόλη, πίσσα UVB, UVB + καλσιποτριόλη ή δινθρανόλη, PUVA, μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη. |
| Σταγονοειδής ψωρίαση | Πενικιλίνη, UVB, πίσσα, στεροειδή, καλσιποτριόλη. |

| | |
|---|--|
| Τριχωτό κεφαλής Ελαφριά μορφή Μέση μορφή Οξεία μορφή | Δυνητικά στεροειδή, καλσιποτριόλη, λοσιόν για το κεφάλι, σαμπουάν πίσσας, πιθανόν αντιπυριτυδικά σαμπουάν, κρεμά ανθραλίνης. |
| πρόσωπο | Ελαφριά στεροειδή, UVB |
| Νύχια | Επάλειψη νυχιών, στεροειδή σε ενέσιμη ουσία ενδοδερμικά, γαλάκτωμα νυχιών. |
| Χέρια Ελαφριά μορφή Μέση /οξεία μορφή | Στεροειδή, καλσιποτριόλη, UVB, PUVA, etretinate , Re- PUVA |
| Ανάστροφος ψωρίαση | Σε ελαφριά ή μέση ψωρίαση χορηγούμε ισχυρά στεροειδή με αντίμυκητώδεις, παράγοντες για μικρό χρονικό διάστημα για αποφυγή κινδύνου ατροφίας. |
| Ειδική μορφή ψωρίασης χαμηλά στα πόδια. | Στεροειδή, UVB, PUVA |
| Φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών και πελμάτων. Ελαφριά μορφή | Μαλακτικές κρέμες, PUVA, etretinate , Re- PUVA, κυκλοσπορίνη |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Μέση / οξεία μορφή | |
| Υπερκερατοσική δερματίτις των παλαμών | PUVA, etretinate , |
| Ερυθροδερμία | Η θεραπεία αποδίδεται στην κρίση του δερματολόγου. |
| Φλυκταινώδης ψωρίαση | Η θεραπεία αποδίδεται στην κρίση του δερματολόγου και στην κατάσταση του ασθενούς. |
| Παιδιά με ψωρίαση | Η θεραπεία αποδίδεται στην κρίση του δερματολόγου. Τα παιδιά θεραπεύονται με τοπική αγωγή με τον ίδιο τρόπο όπως οι έφηβοι. Σημειώνουμε ότι η μέγιστη δόση καλσιποτριόλης είναι μειωμένη στα παιδιά. |
| | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ



Ψωρίαση και συναισθήματα

Υφίστανται στενή διαπλοκή στο δέρμα και τις ψυχικές λειτουργίες. Αυτή η σύνδεση δεν αποδίδεται μόνο στην κοινή εμβρυική καταγωγή του δέρματος και του νευρικού ιστού. Επιπλέον το δέρμα αναγνωρίζεται:

- Ως υποστηρικτικό σύστημα

- Ως αισθητήριο όργανο
- Ως μέσο επικοινωνίας

Επίσης, συμμετέχει α) στη ρύθμιση των συναισθημάτων β)στην διαμόρφωση <<εικόνας εαυτού>> και στην γ)αυτοεκτίμηση.

Καθότι το δέρμα είναι εκτεθειμένο στην κοινή θέα, οι δερματοπάθειες εκλύουν άμεσες αντιδράσεις απ' τον περίγυρο του πάσχοντος. Κρίσιμες καταστάσεις όπως φόβος άγχος, ντροπή, σεξουαλική διέγερση καθίστανται οράτες μέσω μεταβολών του δέρματος, όπως ερυθρότητα, ωχρότητα, ανόρθωση τριχών. Άλλες καταστάσεις ζωής όπως επιθετικότητα, σύγχυση, συχνά εκφράζονται με δερματικά εξανθήματα, υπεριδρωσία, παραισθησίες. Δερματικές διαταραχές δημιουργούν συχνά συνειρμούς για το αν υπάρχει μόλυνση, έλλειψη υγιεινής και ταυτόχρονα ολη η κατάσταση γεννά στον πάσχοντα συναισθήματα ενοχής, κοινωνικής φοβίας και ντροπής.

Συγκλίνουσες ενδείξεις έρευνας υποδηλώνουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κατέχουν καθοριστικό συμπροσδιοριστικό ρόλο τόσο στην έκλυση όσο και στην επιδείνωση της ψωριασικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 39% έως 80%. Αξιοσημείωτο είναι ότι υφίστανται θετικές συσχετίσεις της ψωριασικής συμπτωματολογίας με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, ιδεοψυχαναγκαστικότητα, κατάθλιψη και άγχος. Η επικράτηση της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι υψηλή.

Η αναγνώριση και η κατανόηση των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων της ψωριασης είναι μια σημαντική παράμετρος προς την κατεύθυνση της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της νόσου. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος για τον οποίο υπάρχουν σύλλογοι ψωριασικών που αποσκοπούν στην ενημέρωση αλλά και στην υποστήριξη των μελών τους.

Η ψωρίαση <<σημαδεύει>> τους πάσχοντες ως <<διαφορετικούς>> αφού το δέρμα τους δεν παρουσιάζει την συνηθισμένη φυσιολογική εμφάνιση. Πολλοί άνθρωποι αντιδρούν αρνητικά απέναντι στην θέα των βλαβών της ψωρίασης, είτε γιατί δεν γνωρίζουν τι είναι, είτε γιατί θεωρούν ως <<κολλητικό>> κάθε δερματολογικό πρόβλημα. Οι διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται πιο δύσκολες και πολύπλοκες στο περιβάλλον που ζει και κινείται ο ψωριασικός ασθενής. (προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό)

Οι ασθενείς που αγωνίζονται με έμφαση και αυτοπεποίθηση απέναντι στην ψωρίαση δεν είναι, μάλλον, το συχνότερο φαινόμενο.....

Όπως τα φυσικά συμπτώματα της ψωρίασης, τα οποία μπορεί να κυμανθούν από ήπια σε πιο σοβαρά, έτσι κι τα συναισθηματικά, κοινωνικά επακόλουθα της ασθένειας διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ακόμα και τα άτομα που πάσχουν από ψωρίαση τείνουν να περιγράψουν έναν αριθμό κοινών συναισθημάτων και εμπειριών, τα οποία περιλαμβάνουν :

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
- Αυξημένη κοινωνική απομόνωση
- Κριτική του εαυτού τους για την ανικανότητα να ελέγχουν την ασθένεια τους.
- Αισθάνονται ελαττωματικοί καθώς και μικρότεροι απ'όλους.

Η ψωρίαση μπορεί να έχει βαθιές επιδράσεις κοινές σε επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Τα άτομα με σοβαρή μορφή ψωρίασης μπορεί να βρίσκουν δυσκολία στην εργασία ή μπορεί να αισθάνονται έντονα αμήχανα σε δημόσιες καταστάσεις. Η ψωρίαση μπορεί να είναι απροσδόκητη . Οι πλάκες μπορεί να χειροτερεύουν φαινομενικά, ακόμα και με θεραπεία, μπορεί ν'αναπτυχθούν χωρίς αιτιολογία. Τα άτομα αυτά μερικές φορές νοιώθουν σαν να είναι σ' ένα

συναισθηματικό σκαμπανέβασμα και άλλες φορές σαν να έχουν χάσει τον έλεγχο. Αρχίζει από πτώση ηθικού και οδηγεί σε ανησυχία και κατάθλιψη.

Οι άνθρωποι συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους όταν περνούν θλιβερές καταστάσεις στις οποίες έχουν λίγο ή καθόλου έλεγχο. Εν τέλει το αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης είναι ένα είδος αυτοκριτικής το οποίο εξασθενεί την αυτοεκτίμηση και την αυτόπτεποιθηση.

Κατά καιρούς, οι άνθρωποι με χρονιές ασθένειες, άρχισαν ν'ανακαλύπτουν την ασθένεια τους διαφορετικά απ' ότι όταν πρωτοδιαγνώσθηκε. Μπορεί να περάσουν διάφορα στάδια κατά την διάρκεια της ψωρίασης όπως :

- Άρνηση : η τάση να πιστεύουν ότι η ψωρίαση δεν τους έχει επηρεάσει και ούτε καν τους έχει αγγίξει. « Δεν έχω ψωρίαση. »
- Θυμός : Όταν η άρνηση παύει, έρχεται ο θυμός με ερωτήσεις όπως « γιατί σ' εμένα;»
- Συμφωνία: σ' αυτό το στάδιο προσπαθούν να συμβιβαστούν με ότι τους συνέβη. Αρκετές φορές πιάνουν τον εαυτό τους ν'αναρωτιεται “ Αν μπορούσα να έχω ένα καλό καθάρισμα για μερικούς μόνο μήνες θα ήμουν πολύ ευχαριστημένος!”
- Αποδοχή : Σ' αυτό το στάδιο αισθάνονται πιο οικεία με την ψωρίαση και τα εμπόδια που επιβάλλει. «Έχω ψωρίαση αλλά αυτό είναι μονο ένα μέρος του ποιός είμαι.»

Τι βοηθάει τα άτομα ν' αντιμετωπίζουν επιτυχώς την ψωρίαση;

Σε μια μελέτη, οι ασθενείς βίωσαν λιγότερη θλίψη , άγχος και καλύτερη φυσική υγεία αφού έκαναν τα παρακάτω:

- Αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας
- Έκφραση αληθινών συναισθημάτων για την αρρώστια τους

- Ν' αναζητήσουν περισσότερες δραστηριότητες ή τρόπους απασχόλησης ώστε να παραμείνουν ενεργο.
- Να αναπτύξουν ένα δυνατό υποστηρικτικό σύστημα.

Στρες και ψωρίαση

Ο έλεγχος του στρες επηρεάζει την θεραπεία της ψωρίασης;

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να εξηγήσει γιατί ορισμένα άτομα με ψωρίαση πιστεύουν ότι η καταστροφή τους προκαλείται ή χειροτερεύει από το στρες . Διαρκείς μελέτες έχουν δείξει ότι παίζει σημαντικό ρόλο μια ψυχολογική συμβουλή σε συνάρτηση με φαρμακευτική αγωγή, στην θεραπεία της ψωρίασης.

➤ Εκδηλώσεις ψωρίασης και στρες

Η παραδοχή ότι ο έλεγχος του στρες μπορεί να έχει επίδραση στη ψωρίαση δεν είναι καινούρια. Πριν 50 χρόνια είχε αποδειχθεί ότι το συναισθηματικό στρες ήταν σοβαρός παράγοντας για να εμφανιστούν τα σημάδια και τα συμπτώματα της ψωρίασης. Ακόμα έχει αποδειχθεί σημαντικός δεσμός ανάμεσα σε σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και συμπτώματα της ψωρίασης .

➤ Επίδραση του στρες στην θεραπεία

Η διαχείριση του στρες στην θεραπεία της ψωρίασης είναι συνδεδεμένη με το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο. Σε μια μελέτη ένα γκρουπ ασθενών με ψωρίαση παρέλαβαν μαγνητοφωνημένες οδηγίες για τον διαχειρισμό του στρες καθώς υποβάλλονταν σε φωτοθεραπεία ή φωτοχημειοθεραπεία. Οι ασθενείς που άκουσαν την κασέτα καθάρισαν πιο γρήγορα από τις πλάκες σε αντίθεση με τους ασθενείς που εφάρμοσαν μόνο την αντίστοιχη θεραπεία. Ακόμα ασθενείς που υποβλήθηκαν σε φωτοχημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ψυχολογική υποστήριξη ανταποκρίθηκαν καλύτερα παρά τους ασθενείς που δοκίμασαν

μόνο την φωτοχημειοθεραπεία. Έχουν αναφερθεί και άλλες τέτοιες μελέτες με διάφορες θεραπείες όπως π.χ με ναρκωτικά.

Συμπέρασμα

Παρ' ότι όλα αυτά τα ευρήματα είναι ενθαρρυντικά και αυτό τον καιρό υπάρχει μόνο ένα περιορισμένο πόσο επιστημονικής έρευνας, υποστηρίζεται η πιθανή αξία της συνεργασίας της διαχείρισης του στρες με παραδοσιακές θεραπείες της ψωρίασης. Αυτές οι θεραπείες όμως είναι συχνά χάσιμο χρόνου και ακριβές για τους ασθενείς.

Ψωρίαση και κατάθλιψη

Όταν κάποιος αναπτύσσει ψωρίαση η ζωή του μπορεί ν' αλλάξει με πολλούς τρόπους. Πολλοί άρρωστοι βιώνουν σύγχυση, θυμό και στεναχώρια για το τι θα συμβεί στο δέρμα τους. Άλλοι αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένοι καθώς οι περιοδική στεναχώρια και απογοήτευση είναι μέρος της ζωής τους, είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι τέτοια συναισθήματα μετατρέπονται σε κλινική κατάθλιψη και αναγκάζουν τον ασθενή να συμβουλευτεί έναν ειδικό στην ψυχική υγεία. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι περισσότερα από 17,000 άτομα με ψωρίαση έχουν προβλήματα στον εργασιακό χώρο, στις σχέσεις με την οικογένεια τους φίλους και το κοινωνικό σύνολο.

Συμπτώματα κατάθλιψης

Ειδικοί στην ψυχική υγεία θεωρούν ότι ένα άτομο υποφέρει από μεγάλο καταθλιπτικό σύνδρομο όταν βιώνει πέντε από τα παρακάτω εννιά συμπτώματα για περισσότερο από δυο εβδομάδες.

Το άτομο έχει:

1. Καταθλιπτική διάθεση, αισθάνεται λυπημένος, απελπισμένος ή διαφορετικά «κακομοίρης»
2. Αξιοπρόσεκτη απώλεια του ενδιαφέροντος σε πράγματα που προηγουμένως τα έβρισκε ενδιαφέροντα, όπως χόμπι, αθλήματα και σεξουαλική δραστηριότητα.,
3. Ελάττωση της όρεξης και σημαντική απώλεια βάρους, ενώ δεν βρίσκεται σε κάποια δίαιτα.
4. Αϋπνία και άλλες διαταραχές ύπνου, π.χ να κοιμάται πολλές ώρες.
5. Ψυχοκινητικές αλλαγές όπως αδυναμία να καθίσει ήσυχος, βηματίζει πάνω κάτω
6. Εξαντλείται ακόμα και με την φυσική προσπάθεια.
7. Συναισθήματα ότι είναι ένοχος και υπεύθυνος για την ασθένεια του.
8. Μείωση της ικανότητας να σκέφτεται ή να παίρνει αποφάσεις.
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις αυτοκτονίας ή θανάτου.

Τρόποι αντιμετώπισης

Πως μπορείς ν' αντιμετωπίσεις σε καθημερινή βάση τις διακυμάνσεις της ασθένειας σου;

Παρακάτω δίνονται κάποιες συμβουλές:

- ❖ Εκφράσου: οι ειδικοί στην ψυχική υγεία συμβουλεύουν ν' αναγνωρίσουν το θυμό τους και να τον συζητήσουν. Να μην τον συγκρατούν γιατί ο έμμεσος θυμός μπορεί να συμβάλλει στην κατάθλιψη.
- ❖ Ψάξε : είναι σημαντικό να έχεις στην ζωή σου ανθρώπους που αναγνωρίζουν, ότι τα δυνατά αισθήματα για την ψωρίαση είναι δικαιολογημένα. Κάποιος που έχει ψωρίαση ή κάποιο άλλο χρόνια νόσημα μπορεί να είναι ο πιο καλός ακροατής, γιατί έχει βιώσει πολλά και παρόμοια συναισθήματα όπως εσύ!

- ❖ Μην απομονώνεσαι: εάν δεν μπορείς να βρεις ένα φίλο ή συγγενή να σε υποστηρίξει, μπορείς να βρεις ένα γκρουπ υποστήριξης, όπου τα άτομα εκεί μπορούν να επιβεβαιώσουν τους φόβους σου και να σε βοηθήσουν.
- ❖ Βρες έναν θεραπευτή: εάν δεν μπορείς να διώξεις την απελπισία που αισθάνεσαι ή δεν μπορείς να ελπίζεις πια, ζήτησε συμβουλή από έναν ειδικό, ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Ο ειδικός μπορεί να σου προτείνει άλλους τρόπους να βοηθηθείς όπως θεραπεία ή αντικαταθλιπτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Δεν υπάρχουν ιατρικές αποδείξεις ότι η ψωρίαση επηρεάζει την ικανότητα της απόκτησης παιδιών, ωστόσο υπάρχουν σοβαρά θέματα που θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν το ζευγάρι, όπως προφυλάξεις κατά την θεραπεία, ψωρίαση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ψωρίαση και κληρονομικότητα.

Πολλές γυναίκες έχουν παρατηρήσει πολλές αλλαγές στην ψωρίαση τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ένα φαινόμενο που σχετίζεται περισσότερο με τις παρεκκλίσεις των ορμονών στο αίμα. Οι αλλαγές που παρατηρούν οι εγκυμονούσες ποικίλουν,

αλλά οι περισσότερες αναφορές λένε ότι η ψωρίαση βελτιώνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και χειροτερεύει 4 μήνες μετά την γεννά. Οι ερευνητές μελετούν την σχέση ψωρίασης και ορμονών.

Προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά την θεραπεία σε περίπτωση εγκυμοσύνης

Θεραπείες για την ψωρίαση μπορούν να επηρεάσουν την σύλληψη, την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό κατά διαφορετικούς τρόπους. Μερικά μπορεί να προκαλέσουν γενετικές ανωμαλίες, να επηρεάσουν την γονιμότητα του άνδρα και πολλές φορές το παιδί μέσω του θηλασμού. Τα παρακάτω φάρμακα εμπεριέχουν προειδοποιήσεις για την εγκυμοσύνη στις ιατρικές συνταγές τους.

Acitretin (soriatane®)

Η ουσία αυτή δεν πρέπει να δίνεται σε γυναίκες που διανύουν εγκυμοσύνη ή σ' αυτές που σκοπεύουν να μείνουν έγκυος κατά την διάρκεια της θεραπείας ή οποιαδήποτε χρονική στιγμή πριν από 3 χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας. Επίσης δεν πρέπει να δίνεται σε γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν αξιόπιστα μέσα αντισύλληψης καθώς υποβάλλονται σε θεραπεία πριν από 3 χρόνια μετά το τέλος της αγωγής. Η ασιτρετινη είναι προϊόν μεταβολισμού της etreninate (tegisone) και από την χορήγηση τους έχουν αναφερθεί σοβαρές ανθρώπινες ανωμαλίες.

Nursing mothers: μελέτες στην γαλακτογονία των ποντικιών έχουν δείξει ότι αυτή η ουσία εκκρίνεται στο γάλα τους. Ωστόσο δεν είναι γνωστό αν η ουσία αυτή εκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα ή αν προκαλεί σοβαρές βλάβες στα βρέφη που θηλάζουν.

Hydroxyurea

Ταμπλέτες υδροξουρίας, μπορεί να προκαλέσουν εμβρυϊκές βλάβες όταν δίνονται σε εγκυμονούσες γυναίκες, καθώς η ουσία αυτή είναι εμβυτοξική και προκαλεί εμβρυϊκές δυσμορφίες. Δεν υπάρχουν αρκετές και καλοελεγχόμενες μελέτες για τις εγκυμονούσες. Εάν αυτό το ναρκωτικό χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ασθενής μείνει έγκυος κατά την διάρκεια της αγωγής, θα πρέπει να πληροφορηθεί τις ενδεχόμενες βλάβες που θα συμβούν στο έμβρυο. Γυναίκες που τεκνοποιούν συχνά θα πρέπει να ενημερωθούν για τα παραπάνω ώστε ν' αποφυγουν να μείνουν έγκυες.

Nursing mothers: η υδροξουρία εκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Εξαιτίας των ενδεχόμενων δυνατών αντιδράσεων της υδροξουρίας, θα πρέπει να παρθεί μια απόφαση, να διακοπεί ο θηλασμός ή η χορήγηση του φαρμάκου, λαμβάνοντας υπ' όψιν και την ανάγκη της ασθενούς για το φάρμακο.

Methotrexate

Η μεθοτρεξάτη μπορεί να προκαλέσει θανατηφόρες εμβρυϊκές τερατογενετικές επιδράσεις, όταν χορηγούνται σε εγκυμονούσες ασθενείς με ψωρίαση. Γυναίκες που βρίσκονται σε περίοδο τεκνοποιίας δεν πρέπει να αρχίσουν την αγωγή με το φάρμακο. Η εγκυμοσύνη πρέπει ν' αποτρεπεται, όταν ένας από τους δυο συντρόφους παίρνει μεθοτρεξάτη το λιγότερο 3 μήνες μετά την θεραπεία για τον άντρα και το λιγότερο 1 μήνας μετά την θεραπεία για την γυναίκα.

Nursing mothers: εξαιτίας των βλαβών που προκαλεί απαγορεύεται αυστηρά η μεθοτρεξάτη για τις μητέρες που θηλάζουν τα βρέφη τους.

Tazarotene (Tazorac ®)

Τα ρετινοειδή μπορεί να προκαλέσουν εμβρυϊκές βλάβες όταν χορηγούνται σε εγκυμονούσες. Η χορήγηση του πρέπει να σταματά όταν προκύπτει εγκυμοσύνη. Τουλάχιστον δυο βδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας είναι απαραίτητο να γίνεται ένα τεστ εγκυμοσύνης , του οποίου το αποτέλεσμα πρέπει να είναι φυσικά αρνητικό.

Nursing mothers: δεν είναι γνωστό αν η ουσία αυτή εκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Προφυλάξεις πρέπει να παίρνονται όταν χορηγείτε Tazorac σε γυναίκα που θηλάζει.

PUVA

Άνδρες και γυναίκες που επιθυμούν ν' αποκτήσουν παιδιά δεν πρέπει να χρησιμοποιούν αυτή την θεραπεία καθώς και παρόμοιες μ' αυτή γιατί μπορεί να προκαλέσουν γενετικές ανωμαλίες.

Θεραπείες που απαγορεύονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κυκλοσπορίνη (Neoral® ,Sandimmune®)

Χρησιμοποιώντας αυτή την θεραπεία δια του στόματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν σημαίνει ότι οδηγεί σε γενετικές ανωμαλίες αλλά έχει σημειωθεί το χαμηλό βάρος γέννησης και οι πρόωρες γεννήσεις.

Τοπικά στεροειδή

Οι γυναίκες πρέπει να μετριάσουν την χρησιμοποίηση τοπικών στεροειδων κατα την εγκυμοσύνη, τοποθετώντας την ουσία σε μικρές ποσότητες και τυλίγοντας το δέρμα για να αυξηθεί η απορρόφηση.

Ανθραλίνη

Δεν έχουν βρεθεί ακόμα οι πιθανοί κίνδυνοι από την χρησιμοποίηση της ανθραλίνης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης γι' αυτό είναι καλύτερα ν' αποφεύγονται μέχρι να διαπιστωθεί η ασφάλεια τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΨΩΡΙΑΣΗΣ



ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

1. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΕΠΙΜΟΛΥΝΣΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΜΕ ΚΟΙΝΟΥΣ ΠΥΟΓΟΝΟΥΣ ΚΟΚΚΟΥΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΓΟΝΟΥΣ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ.
2. ΕΚΖΕΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ.
3. ΚΝΗΣΜΟΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΚΖΕΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.
4. ΟΝΥΧΟΛΥΣΗ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΣΤΑ ΝΥΧΙΑ.
5. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΓΙΑ ΣΩΣΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΛΛΑΠΛΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ ΑΥΤΩΝ.
6. ΑΓΧΟΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.
7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

8. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΣΚΟΠΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|---|--|--|--|---|
| <p>Δευτερογενείς επιμολύνσεις δέρματος με κοινούς πτυογόνους κόκκους που οφείλονται σε παθογόνους μικροοργανισμούς.</p> | <p>Η καταπολέμηση της λοίμωξης για την πρόληψη μεταγενέστερων επιπλοκών.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει κ/α αίματος για εύρεση του μικροβίου και γενική αίματος για παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων. 2. Να γίνεται τακτικά λήψη ζωτικών σημείων και σε περίπτωση πυρετικής κατάστασης ($T > 38^{\circ}$) να χορηγηθεί αντιπυρετικό κατόπιν ιατρικής εντολής. 3. Να χορηγηθούν αναλγητικά εάν ο άρρωστος παραπονιέται για πόνο. 4. Να διδαχθούν στον ασθενή απ' τον νοσηλευτή οι κανόνες αντισηψίας. 5. Ν' αποφεύγεται η επαφή του ασθενή με μολυσμένα αντικείμενα και το περιβάλλον να διατηρείται καθαρό. 6. Να διατηρείται το δέρμα καθαρό και ενυδατωμένο για ελάττωση της ξηρότητας. 7. Να γίνουν νεφρολογικές | <ol style="list-style-type: none"> 1. Έγιναν οι εργαστηριακές εξετάσεις και δόθηκε αντιβιοτική θεραπεία για την καταπολέμηση του μικροβίου μετά από ιατρική εντολή. 2. Ο ασθενής παρουσίασε πυρετό ($T = 38,5^{\circ}$) κατά την διάρκεια της νύχτας, χορηγήθηκε αντιπυρετικό Deron supp 500mg σε πυρετό. 3. Χορηγήθηκε αναλγητικό για πόνους των μυών και πονοκεφάλους. 4. Διδάχθηκαν στον ασθενή οι κανόνες αντισηψίας ώστε ν' αποφευχθούν κι άλλες μολύνσεις. 5. Απομακρύνθηκαν τα μολυσμένα αντικείμενα κοντά απ' τον ασθενή, ενημερώθηκαν οι επισκέπτες, χρησιμοποιούνται πλαστικά αντικείμενα μιας χρήσης. | <p>Μετά τις παρεμβάσεις μας και την συνεργασία του ασθενή παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων της λοίμωξης.</p> |

εξετάσεις για τυχόν βλάβη των νεφρών μετά από επιμένουσα λοίμωξη.
8. Να ενημερωθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όταν έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο να διατηρεί τους κανόνες αντισηψίας.

6. Διατηρήθηκε το δέρμα καθαρό με καθημερινό μπάνιο με αντισηπτικές ουσίες, αλλαγή ιματισμού καθημερινά, συχνό πλύσιμο των χεριών και χρησιμοποίηση μαλακτικών κρεμών για την ενυδάτωση του δέρματος.
7. Οι νεφρολογικές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές.
8. Ενημερώθηκε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΣΚΟΠΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|---|--|---|--|
| <p>Εκζεματοποίηση που οφείλεται στην χρόνια νόσο της ψωρίασης.</p> | <p>Υποχώρηση των συμπτωμάτων της εκζεματοποίησης.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγήσουμε στον άρρωστο αντιισταμινικά και αγχολυτικά κατόπιν ιατρικής εντολής γι ν' ανακουφιστεί από τον κνησμό, ιδιαίτερα την νύκτα. 2. Να χορηγηθούν κορτικοειδή και αντιφλογιστικές κρέμες για την υποχώρηση των συμπτωμάτων και την ανακούφιση του ασθενή 3. Να χορηγηθεί βιταμινοθεραπεία. 4. Να συστήσουμε στον άρρωστο ν' ακολουθεί τους κανόνες υγιεινής δέρματος προς αποφυγή επιπλοκών. 5. Να συστήσουμε αλλαγή κλίματος εφόσον αυτό επηρεάζει την πορεία του ασθενούς. 6. Να επιστήσουμε την προσοχή του ασθενούς στη διατροφή του. 7. Να καθησυχάσουμε τον ασθενή και να τον ενημερώσουμε για την πορεία του. 8. Να επιδιώξουμε συνεργασία με τον ίδιο και τους συγγενείς του για την σωστή εφαρμογή της θεραπείας. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήσαμε αντιισταμινικά (Aerius caps) και αγχολυτικά και ο ασθενής κοιμήθηκε ήσυχα. 2. Χορηγήθηκαν κορτικοειδή σε αλοιφή (romm) για λίγο χρονικό διάστημα και αντιφλογιστικές κρέμες. 3. Χορηγήθηκε βιταμίνη D. 4. Ο ασθενής έκανε μπάνιο και επάλειψε το σώμα του με βαζελίνη 2 φορές την ημέρα. Συστήθηκε ν' αποφεύγει ερεθιστικούς παράγοντες όπως ισχυρά σαπούνια και απορρυπαντικά με χημικές ουσίες και οινόπνευμα. 5. Να φροντίσουμε το περιβάλλον να είναι υγρό, ν' αποφεύγει τα στενά ενδύματα και τα θερμά λουτρά που εμποδίζουν την αποβολή θερμοκρασίας από το δέρμα. 6. Σε συνεργασία με τον ασθενή διαμορφώσαμε ένα διαιτολόγιο, το οποίο δεν περιείχε τηγανητά και καρυκεύματα. 7. Εξηγήσαμε στον ασθενή πως η εκζεματοποίηση θα υποχωρήσει εάν ακολουθήσει σωστά τις συμβουλές μας. 8. Διδάξαμε τον | <p>Μετά την παρεμβασή μας τα συμπτώματα της εκζεματοποίησης υποχώρησαν σταδιακά.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | ασθενή τον τρόπο χρήσης των αλοιφών την δοσολογία και ενημερώσαμε για της επιπλοκές από την υπερβολική χρήση αυτών. | |
|--|--|--|--|--|

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΣΚΟΠΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|--|--|--|---|
| <p>Έντονος κνησμός που οφείλεται στην εκζεματοποίηση και το αυξημένο άγχος του ασθενή.</p> | <p>Μείωση του κνησμού για την αποφυγή των δερματικών αλλοιώσεων, μικροβιακές επιμολύνσεις ή ουλές.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση αντισταμινικών από το στόμα για γρήγορη δράση(γιατί τα τοπικά δεν έχουν γρήγορη επίδραση) για την ανακούφιση του ασθενούς. 2. Να γίνεται τακτική καθαριότητα του δέρματος. 3. Να διατηρείται το περιβάλλον καθαρό, ψυχρό και να χρησιμοποιείται ελαφρός ιματισμός στον ασθενή. 4. Να αποφεύγεται ενδυμασία σφικτή, ελαστική, θερμή ή βρεγμένη. Καθώς και οι πολλές κινήσεις γιατί ανεβάζουν τον μεταβολισμό και την θερμοκρασία. 5. Να εφαρμόσουμε ψυχρά επιθέματα για ελάττωση της τοπικής φλεγμονής και την ανακούφιση του ασθενή. 6. Ανάπαυση και απασχόληση του ασθενή με σκοπό την μείωση του στρες. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήσαμε αντισταμινικά από το στόμα κατόπιν ιατρικής εντολής. 2. Ο ασθενής έκανε μπάνιο με πράσινο σαπούνι, έκοψε τα νύχια του και εφάρμοσε κομπρέσες με υπερμαγγανικό κάλλιο για την μείωση του κνησμού. 3. Διατηρήθηκε το περιβάλλον του ασθενή καθαρό, επαρκώς αεριζόμενο και τοποθετήθηκε ελαφρός ιματισμός. 4. Ο ασθενής φόρεσε ελαφριά, άνετα ρούχα. 5. Εφαρμόσαμε ψυχρά επιθέματα και προσωρινά ανακουφίστηκε ο ασθενής απ' τον κνησμό. 6. Ο ασθενής χαλάρωσε μετά από συζήτηση και ανάπαυση. | <p>Μετά από δική μας παρέμβαση ο κνησμός μειώθηκε αρκετά.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΕΚΘΕΤΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|--|---|---|---|
| <p>Ονυχόλυση</p> <p>Διδασκαλία για (αποχωρισμός της πλακιάς εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής του ονυχός που αφείται στην επιφάνεια της φαριγγίας και στα ενδοαγγεία αυτών.</p> | <p>Περιποίηση Διδασκαλία και ελγηναιχίας και θεραπευτικής μείωση της ονυχόλυσης.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Να διδαχθεί στον ασθενή ο σωστός τρόπος χρήσης κάθε αλοιφής ή κρέμας και να αποκλειστεί η ονυχολυκτική τα φάρμακα αυσθηρά στην περιποίηση των νυχιών. 2. Να χορηγούνται τα φάρμακα αυσθηρά στην περιποίηση των νυχιών. 3. Να λαμβάνονται αποκεκολλημένου υπ' όψιν όλες οι προσυλάξεις που πρέπει να τηρούνται σε αντισηπτικό συστηματικές διαλύματα, σε χημειοθεραπείες ή PUVA. 4. Να ελεγχθεί την επόμενη φορά εάν ο άρρωστος έμαθε να κάνει την θεραπεία μόνος του. 5. Να εξηγήσουμε στον ασθενή πόσο σημαντική είναι η θεραπεία για την πρόοδο της νόσου και την αξία που έχει να μπορεί να τα καταφέρει μόνος του. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Διδάχθηκε ο ασθενής ο σωστός τρόπος χρήσης βρέθηκε μύκητας ο οποίος θα ανημετωπιαστεί με αντιμυκητιακή θεραπεία. 2. Έγινε περιποίηση στα δερμα, πότε νυχιών(κούσιμο, θα αφαιρεθεί και σε ποια σημεία θα ενυδατώσει) (επιλειφθεί) 3. Με την βοήθεια του γιατρού έγινε η χορήγηση του αυσθηρά στην ώρα αποκεκολλημένου τους και οδήγησε προσοχή στην αντισηπία του οσσολογία. του υπονυχιού με ληφθηκαν αντισηπτικό υπ' όψιν όλα τα απαραίτητα, ανάλογα την κάθε θεραπεία, πριν αρχίσει η χορήγηση(τα οποία αναφέρονται παρακάτω). 4. Ο ασθενής εφάρμοσε μόνος του την θεραπεία στα κατάλληλα σημεία χωρίς να παρουσιάσει καμία δυσκολία. 5. Εξηγήσαμε στον ασθενή την αξία της θεραπείας και τα αποτελέσματα που θα έχει. | <p>Μετά από τις Μετά τις δικές παρεμβάσεις μας παρεμβάσεις ο βελτιώθηκαν τα ασθενής έμαθε νυχία και να εφαρμόζει μειώθηκε η σωστά την ονυχόλυση. θεραπεία, μόνος του και στο σπίτι.</p> |
| | | | | |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΣΚΟΠΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|---|---|--|--|--|
| <p>Άγχος για τις επιπλοκές των φαρμάκων και την πορεία της νόσου.</p> | <p>Να καθησυχάσουμε τον ασθενή και να τον ενημερώσουμε για την θεραπεία και όλες τις πιθανές επιπλοκές.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Να εξηγηθεί στον ασθενή η σημασία της θεραπείας και τα αποτελέσματα της μετά από σωστή εφαρμογή. 2. Να λυθούν όλα τα ερωτήματα του σχετικά με τα φάρμακα, τις ουσίες που περιέχουν αλλά και την πορεία της νόσου. 3. Να αναφερθούν στον ασθενή οι τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων να συζητηθούν μεταξύ συγγενών, ασθενή, νοσηλεύτη και να αποφασισθεί η θεραπεία ή να δοθεί κάποια άλλη εναλλακτική. 4. Να τονισθούν τα σημεία που πρέπει να προσέχει ανάλογα την θεραπεία. 5. Να δοθεί σημασία στις ιατρικές εντολές. 6. Να ενθαρρύνουμε ψυχολογικά τον ασθενή. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Εξηγήσαμε στον ασθενή πόσο σημαντική είναι η θεραπεία και του ζητήθηκε να φανταστεί το σώμα του με δέρμα καθαρό. 2. Ακούσαμε προσεκτικά τον ασθενή και με κατανοητές απαντήσεις δώσαμε λύσεις στα ερωτήματα του. 3. Μετά από ενημέρωση και συζήτηση με τον ασθενή και το περιβάλλοντος του Δόθηκε η κατάλληλη θεραπεία για την περίπτωση του ασθενή. 4. Ενημερώθηκε ο ασθενής για το τι πρέπει να προσέχει και να αποφεύγει. Συστήθηκε διαιτολόγιο. 5. Δόθηκαν γραπτώς οι ιατρικές εντολές και τονίσθηκε η σημασία τους και η αυστηρή τήρηση τους. 6. Ενθαρρύναμε ψυχολογικά τον ασθενή, λέγοντας του ότι όλα είναι μια συνήθεια, πως θα τα καταφέρει με την θεραπεία και θα μείνει ευχαριστημένος με τα αποτελέσματα αρκεί να έχει υπομονή. | <p>Μετά τις παρεμβάσεις μας ο ασθενής πήρε κουράγιο και αντιμετώπισε θετικά την όλη κατάσταση.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | ΣΚΟΠΟΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ |
|--|--|--|--|---|
| <p>Άγχος και ανησυχία του ασθενούς για την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.</p> <p>Υποστήριξη της αντιψωριασικής θεραπείας που οφείλεται στις επιπλοκές συνιστώμενης θεραπείας.</p> | <p>Ο ασθενής πρέπει να αναγνωρίσει πλέον την επελεύσα μεταβολή στο δέρμα του και να μην επηρεασθεί αρνητικά.</p> <p>Πρόληψη των επιπλοκών.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Να παρακολουθήσουμε τις επελεύσες μεταβολές στην συμπεριφορά του ατόμου. 2. Να μεταβιβάσουμε τον φόβο μεταβολισμού απορριψώντων προϊόντων στο άτομο από το περιβάλλον του. 3. Να προληφθεί η αποφυγή του ασθενή για την αποφυγή της επελεύσας μεταβολής στο δέρμα του κατά τις περισσότερες εφαρμογές. 4. Να γίνουν παρατηρήσεις για ελάττωση βάρους σε χαρακτηριστικά ασθενούς. 5. Να τονώσουμε την αυτοκατασταθούν αυτοπεποίθηση του ασθενούς και να προωθηθούν ηρεμιστικά εάν η ψυχολογία υποτροπιάζει. 6. Να μεταφερθεί ο ασθενής σε μέρος όπου θα ενημερώσουμε τις γυναίκες που υποστηρίζουν τη θεραπεία, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο. 7. Να διδαχθούν όλες οι ιδιαίτερες | <ol style="list-style-type: none"> 1. Έγιναν οι εργαστηριακές εξετάσεις (ορμονική εξέταση θυρεοειδούς, ηπατικός και νεφρολογικός έλεγχος) σε σχέση με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου. 2. Ενημερώσαμε τον ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα που έχει στο δέρμα του εάν πρέπει να γίνει διακοπή της θεραπείας διατροφικές και διασπαστικές αλλαγές και διασπαστικά αντικείμενα και γίνεται χρήση πλαστικών συστημάτων την αποφυγή των εγκαυμάτων, επίσης συστάθηκε ιδιαίτερα προσοχή στα ζυμωμένα προϊόντα. 3. Δόθηκε ημερήσιο διαιτολόγιο. Η δίαιτα θα πρέπει να είναι ισορροπημένη αλλά να αποφεύγονται τα λιπαρά και όξινα προϊόντα της ψωμιάς και τους γαλακτοκομικούς τρόπους. 4. Είμαι απασχλητή αντιμετώπισης. 5. Η χρήση των ορμονών για την σωστή λείψονα των φαρμάκων. 5. Χρησιμοποιώ ηρεμιστικά αφού σχεδόν πάντα η ψυχολογία παραμένει υποτροπιάζει μετά από έντονο ψυχικό στρες το οποίο είναι αναπόφευκτο στην νόσηση. 6. Ενημερώσαμε και συζητήσαμε για τα μέτρα αντιμετώπισης που μπορούν να λάβουν | <p>Ως αποτέλεσμα των δικών μας παρεμβάσεων παρατηρήθηκε, εξοικείωση του ασθενούς με την φύση της ασθένειας καθώς και τις επιπτώσεις στην προσωπική μέριμνα του ζωής, βοήθησε τον ασθενή να κατανοήσει τις επιπλοκές και να επιτύχει την προσοχή του στην θεραπεία ώστε να αποβεί ο ασθενής υγιής.</p> |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΑΝ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΑΣΚΑΛΟΣ



Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία. Το άτομο είτε υγιές είτε ασθενές, που έχει ανάγκη από τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής, είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα με βασικές ανάγκες και από τις τρεις αυτές σφαίρες. Η απειλή της υγείας του, η ασθένεια και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο του δημιουργούν προβληματικές καταστάσεις, γιατί προκαλούν ανισοζύγια στις ανάγκες του.

Η κύρια ευθύνη της νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας δευτερογενών προβλημάτων, που προκαλούνται από την αδυναμία του ασθενή να εκτελεί τη συνηθισμένη καθημερινή συμπεριφορά του. Προβλήματα, που μπορούν αποφασιστικά να επηρεάσουν το ρυθμό και το είδος των προσαρμογών, που θα κάνει το άτομο(ασθενής) και η οικογένειά του στη διεργασία της νόσου, τη θεραπεία και την αποκατάστασή του.

Ο Νοσηλευτής ετοιμάζεται για να βοηθήσει τον άρρωστο ή το δυνητικά άρρωστο να κάνει το σύνολο των απαραίτητων προσαρμογών για την υποστήριξη των υποκείμενων φυσιολογικών διεργασιών και για τους συμβιβασμούς στον κόσμο όπου υπάρχει.

Ο αριθμός των ατόμων που νοσούν από ψωρίαση έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η αλλαγή αυτή, στη σύνθεση του πληθυσμού, είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη χρησιμοποίηση μέσω υγιεινής φροντίδας από τους ασθενείς αυτούς και απαίτησε από τους παρέχοντες φροντίδα υγείας να γίνουν πιο ευαίσθητοι στις ανάγκες των ασθενών.

Κύριος σκοπός του Νοσηλευτή για τους ασθενείς αυτούς είναι η προαγωγή και η αποκατάσταση της υγείας τους καθώς και η διατήρηση της ψυχολογικής τους ευεξίας.

Ο Νοσηλευτής είναι το πρόσωπο εκείνο, που δύναται να βοηθήσει τον άρρωστο να διαπραγματευτεί με τα προβλήματα που δημιουργούν η απειλή της υγείας και η αρρώστια, ως ενοποιημένο σύνολο και ως μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινότητας. Επιπλέον, ένας άλλος σημαντικός ρόλος που επιφορτίζεται ο Νοσηλευτής είναι η διδασκαλία. **(Ο Νοσηλευτής ως Δάσκαλος).**

Σκοπός της διδασκαλίας του Νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση του ασθενή και η ετοιμασία του, κυρίως η ψυχολογική, για τη πορεία της νόσου, προκειμένου να παραδεχθεί την ασθένειά του και να μετριάσει το άγχος του. Για την επίτευξη του στόχου αυτού ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευθεί για τη φύση της νόσου, τη μορφή της ψωρίασης που πάσχει, τα μέρη που επίκειται να εμφανισθεί καθώς και τη σοβαρότητα της κατάστασης του. Αυτό

προϋποθέτει ο Νοσηλευτής να έχει γνώση των ειδικών προβλημάτων του ψωρισιακού ασθενή, των αιτιολογικών παραγόντων και επιπλοκών που επιφέρει η νόσος, καθώς και να δύναται να κάνει νοσηλευτικό σχεδιασμό.

Επιπλέον η διδασκαλία του Νοσηλευτή πρέπει να επικεντρωθεί στη σημασία αποφυγής της έκθεσής του στον ήλιο (την υπεριώδη ακτινοβολία) καθώς και στη σημασία του τρόπου ενδυμασίας του. Με το τρόπο αυτό, ο ασθενής θα μπορέσει να γίνει γνώστης της ασθένειάς του, όσο το δυνατό με το καλύτερο τρόπο, και παράλληλα να νιώσει εμπιστοσύνη και οικειότητα απέναντι στο Νοσηλευτή. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η πραγματοποίηση ενός επιπλέον στόχου της διδασκαλίας, της μετρίασης δηλαδή του στρες που βιώνουν οι πάσχοντες από ψωρίαση, και περαιτέρω της ψυχολογικής ευεξίας τους. Ο Νοσηλευτής πρέπει να παρέχει ευκαιρίες στον ασθενή προκειμένου να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και τις τυχόν φοβίες και ανασφάλειές του.

Εκτός των άλλων, η διδασκαλία του ορθού τρόπου και χρόνου χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων θα διευκολύνει τη θεραπεία της νόσου και θα συμβάλλει στη πρόληψη επιπλοκών, όπως εκζεματοποίηση, ερυθρότητα, δευτερογενείς επιμολύνσεις.

Παράλληλα μέγιστης σημασίας τίθεται και η ενημέρωση του ψωρισιακού ασθενή από το Νοσηλευτή των πλεονεκτημάτων των φαρμακευτικών σκευασμάτων και αλοιφών καθώς και των αναφερομένων τυχών ανεπιθύμητων παρενεργειών. Επίσης, ο Νοσηλευτής είναι το άτομο εκείνο που θα διδάξει τον ασθενή τους κανόνες, τους τρόπους για την εφαρμογή ασηψίας και αποφυγής επιμολύνσεων.

Από τα προαναφερθέντα γίνεται φανερό η μέγιστη σημασία και αποτελεσματικότητα της μιας από τις πολλές λειτουργίες, που έχει ο Νοσηλευτής, δηλαδή της διδασκαλίας. Η διδασκαλία είναι εκείνη που θα συμβάλλει στη προαγωγή υγείας, ευεξίας και στην ικανότητα προσωπικής διαχείρισης της υγείας από το κάθε ασθενή. Εν κατακλείδι, δύναται να συμβάλει στην αύξηση της ποιότητας ζωής των ψωρισιακών ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

.....
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

.....
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

.....
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....
ΦΥΛΟ:

.....
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

.....
ΠΑΙΔΙΑ(αριθμός):

.....
ΓΝΩΣΕΙΣ(δημοτικό,γυμνάσιο,λύκειο,παν/μιο):

.....
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

.....
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:

.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Πόσα χρόνια πάσχετε από ψωρίαση;.....
2. Από ποια μορφή ψωρίασης πάσχετε;
 - α. κατά πλάκας
 - β. σταγονοειδή
 - γ. φλυκταινώδη
3. Σε ποιο σημείο του σώματος έχετε ψωρίαση;
.....
4. Πάσχετε από ψωριασική αρθρίτιδα;
 - α.Ναί
 - β.Όχι
5. Εάν ναί από πότε(έτος);
.....
6. Πάσχει κανείς συγγενής(έξ αίματος)από ψωρίαση;(βαθμός συγγένειας)
.....
7. ποια εποχή του χρόνου παρατηρείται έξαρση της ψωρίασής σας;
 - α. Καλοκαίρι
 - β. Φθινόπωρο
 - γ. Χειμώνας
 - δ. Άνοιξη
8. Κάω από ποιες συνθήκες εμφανίστηκε για πρώτη φορά;
 - α. Δυσάρεστο γεγονός
 - β. Στρεσογόνοι παράγοντες
 - γ. Κάτι άλλο
9. Τι είδους σαπούνη χρησιμοποιείτε;
 - α. Καλλυντικά
 - β. Φαρμακευτικά
 - γ. Φυτικά

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Έχετε νοσηλευτεί στο νοσοκομείο για την ψωρίαση;
α.ναί αριθμός νοσηλειών:
β.όχι
2. Εάν ναί πότε ήταν η τελευταία φορά;
.....
3. Παρακολουθείστε τακτικά από δερματολόγο;
α. ναί
β. Όχι
4. Εάν ναί πόσες φορές ετησίως;
.....
5. Θεραπείες μέχρι τώρα;
α. Τοπικές
 - Κορτιζόνη
 - Ανθραλίνη
 - Καλσιποτριόλη
β.Φωτοχημειοθεραπεία
 - Ρετινοειδή
 - Μεθοτρεξάτη
 - κυκλοσπορίνη
 - Άλλες
.....
6. Θα εμπιστευόσασταν ένα καινούργιο φάρμακο, που θα βρισκόταν σε πειραματική φάση;
α. Ναι
β. Όχι
7. Παρατηρήσατε βελτίωση μετά την θεραπεία που εφαρμόσατε;
.....
8. Ακολουθήσατε κάποια εναλλακτική λύση χωρίς να συμβουλευτείτε το γιατρό σας;
α. Ναι
β.Όχι
9. Ίστολογική επιβεβαίωση
α.ναί
β.όχι

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1.
2.
3.

ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (Relevant)

1.
2.
3.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1. Προσέχετε την διατροφή σας;

A. Ναι

B. Όχι

2. Καταναλώνετε τα παρακάτω;(αριθμήσετε με αριθμό προτίμησης)

α. Λαχανικά

β. Λιπαρά

γ. Πλαστικοποιημένη τροφή

.....
3. Το καλοκαίρι κάνετε θαλάσσια μπάνια και αν ναι πόσα;

α. Ναι

αριθμός

β. Όχι

4. Παρατηρείτε διάφορα στην ψωρίαση με τα θαλάσσια μπάνια;

α. Καμμία

β. Βελτίωση

γ. Επιδείνωση

5. Η ψωρίαση επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή σε σχέση:

α. Οικογένεια

β. Εργασία

γ. Σχέσεις

δ. Διασκέδαση

.....
6. Πώς επηρεάζει τις συνήθειες σας και τον τρόπο ζωής σας η έξαρση της ψωρίασης;

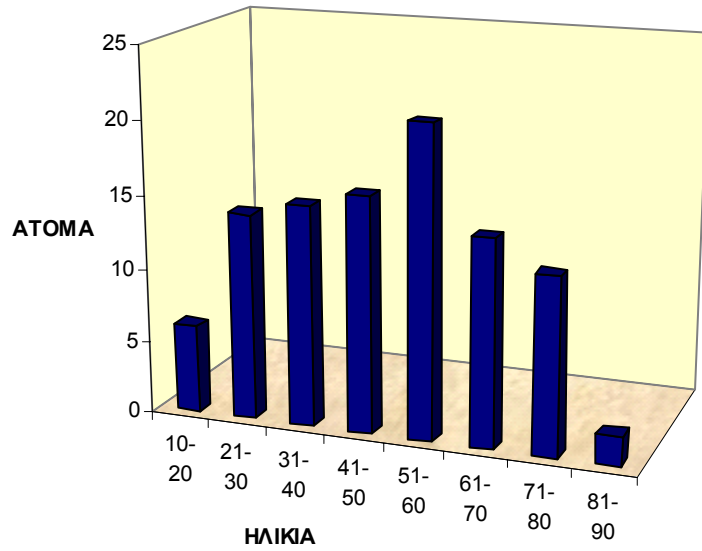
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Κ΄

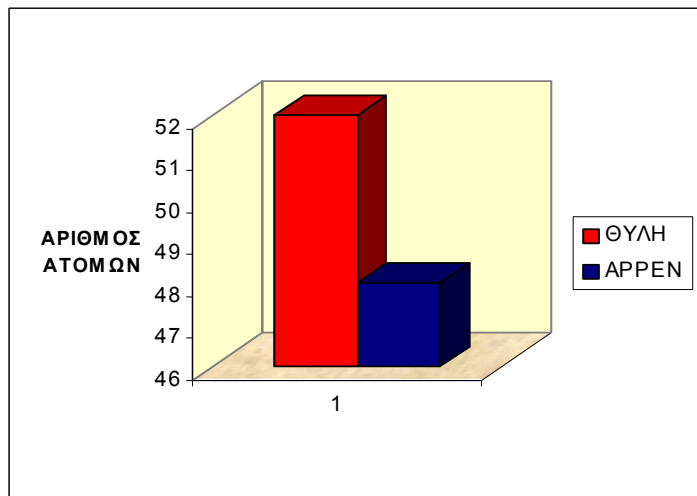
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ)



| ΗΛΙΚΙΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΨΩΡΙΑΣΗ | ΑΤΟΜΑ |
|--|-------|
| 10-20 | 6 |
| 21-30 | 14 |
| 31-40 | 15 |
| 41-50 | 16 |
| 51-60 | 21 |
| 61-70 | 14 |
| 71-80 | 12 |
| 81-90 | 2 |

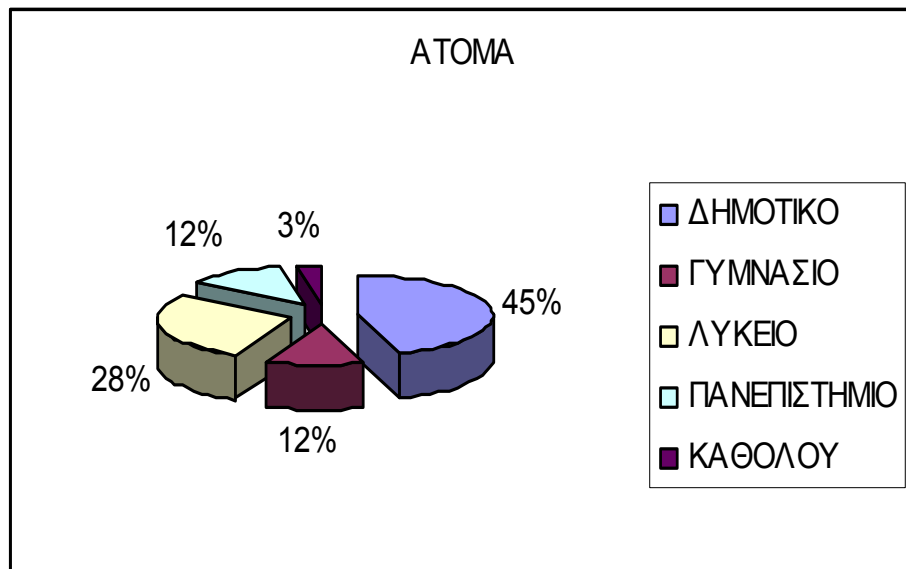


| ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΦΥΛΟΥ ΠΟΥ ΡΩΤΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗ ΨΩΡΙΑΣΗ | |
|---|----|
| ΑΡΡΕΝ | 48 |
| ΘΥΛΗ | 52 |



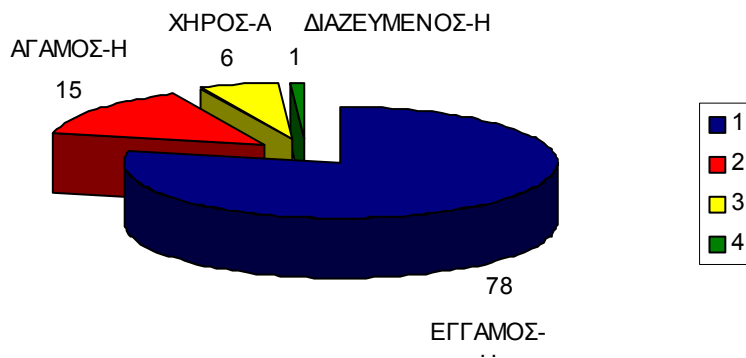
ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

| ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ | ΑΤΟΜΑ |
|------------------|-------|
| ΔΗΜΟΤΙΚΟ | 45 |
| ΓΥΜΝΑΣΙΟ | 12 |
| ΛΥΚΕΙΟ | 28 |
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ | 12 |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 3 |



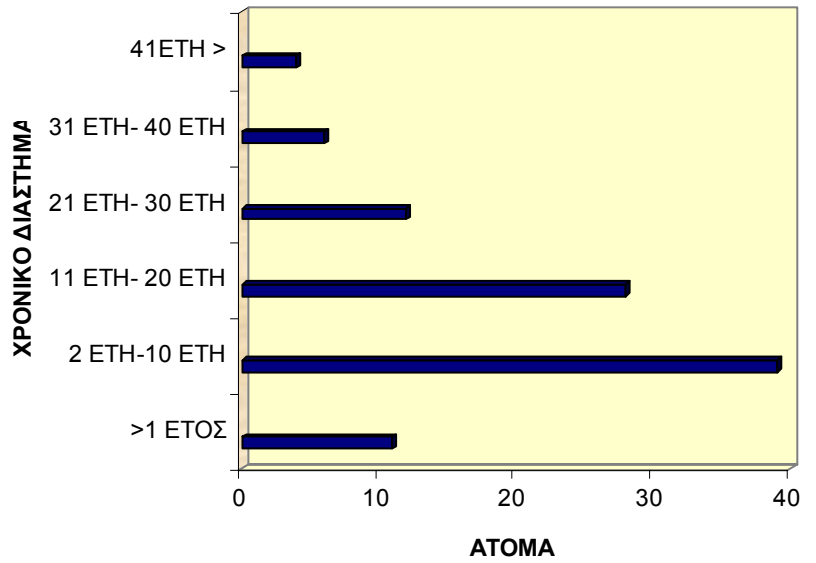
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ | ΑΤΟΜΑ |
|--|-------|
| ΕΓΓΑΜΟΣ-Η | 78 |
| ΑΓΑΜΟΣ-Η | 15 |
| ΧΗΡΟΣ-Α | 6 |
| ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ-Η | 1 |



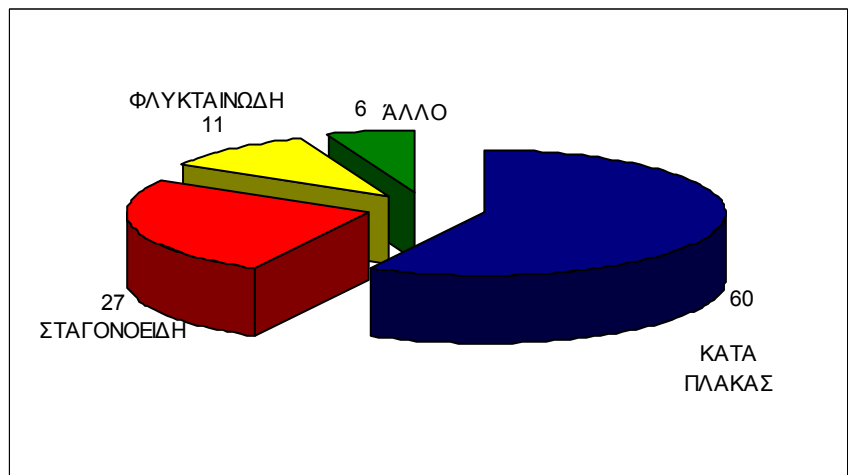
ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΜΟΡΦΗ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΠΑΣΧΕΤΕ ;

| ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ | ΑΤΟΜΑ |
|-------------------------|--------------|
| >1 ΕΤΟΣ | 11 |
| 2 ΕΤΗ-10 ΕΤΗ | 39 |
| 11 ΕΤΗ- 20 ΕΤΗ | 28 |
| 21 ΕΤΗ- 30 ΕΤΗ | 12 |
| 31 ΕΤΗ- 40 ΕΤΗ | 6 |
| 41ΕΤΗ > | 4 |



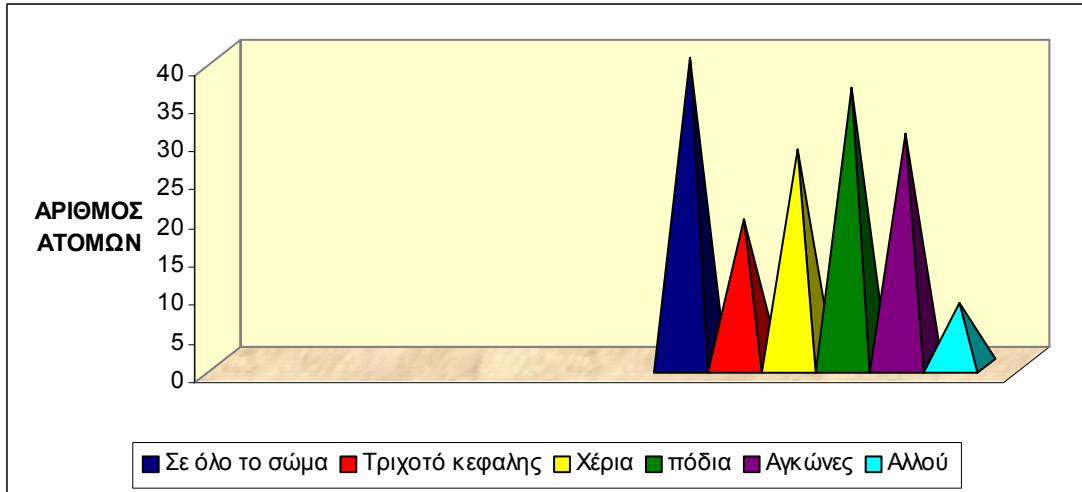
ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΨΩΡΙΑΣΗ ;

| ΜΟΡΦΕΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ | ΑΤΟΜΑ |
|------------------------|--------------|
| ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ | 60 |
| ΣΤΑΓΟΝΟΕΙΔΗ | 27 |
| ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΔΗ | 11 |
| ΑΛΛΟ | 6 |



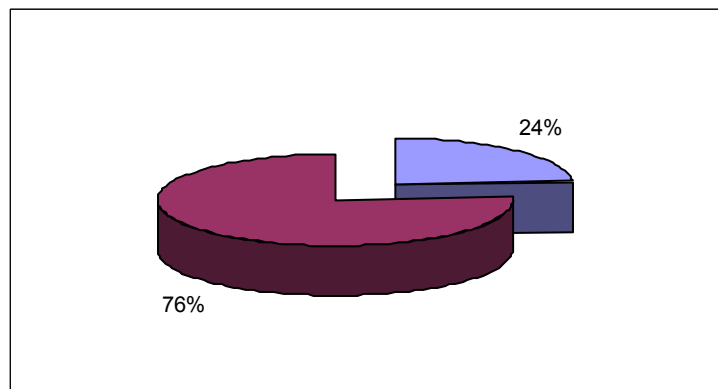
ΣΕ ΠΟΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΧΕΤΕ ΨΩΡΙΑΣΗ ;

| ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ | |
|----------------------------------|----|
| Σε όλο το σώμα | 40 |
| Τριχωτό κεφαλής | 19 |
| Χέρια | 28 |
| Πόδια | 36 |
| Αγκώνες | 30 |
| Αλλού | 8 |



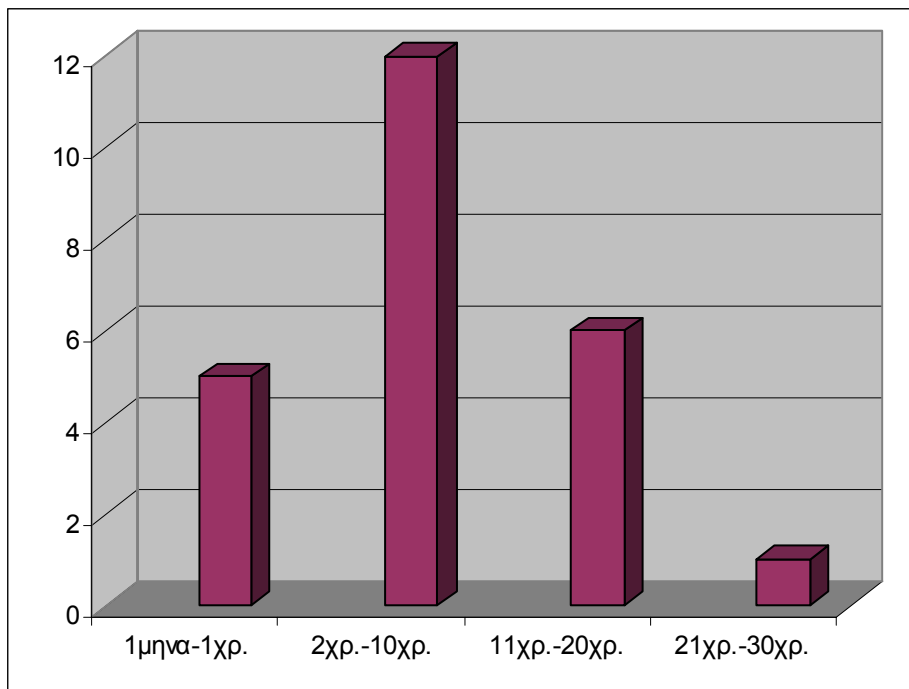
ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ:

| | |
|------------|-----------|
| ΝΑΙ | 24 |
| ΟΧΙ | 76 |



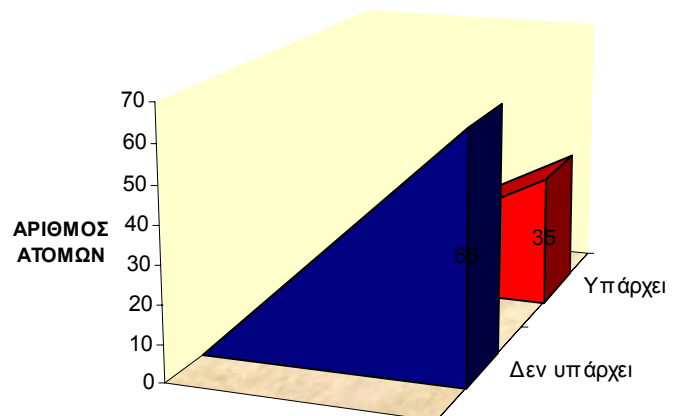
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ:

| | |
|------------------------|-----------|
| 1 μήνα – 1 χρ. | 5 |
| 2 χρ. – 10 χρ. | 12 |
| 11 χρ. -20 χρ. | 6 |
| 24 χρ. – 30 χρ. | 1 |



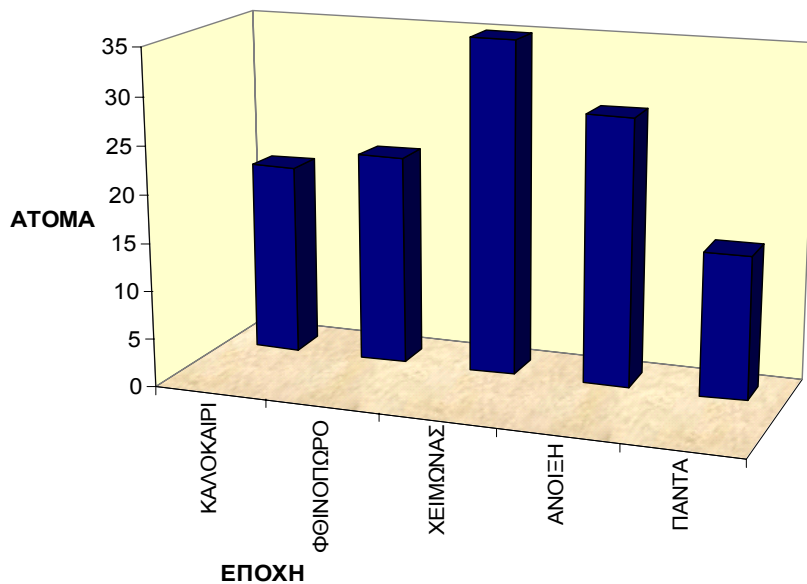
ΠΑΣΧΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ (ΕΞ ΑΙΜΑΤΟΣ) ΑΠΟ ΨΩΡΙΑΣΗ ;

| ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ | |
|-------------------------------------|----|
| Δεν υπάρχει | 65 |
| Υπάρχει | 35 |



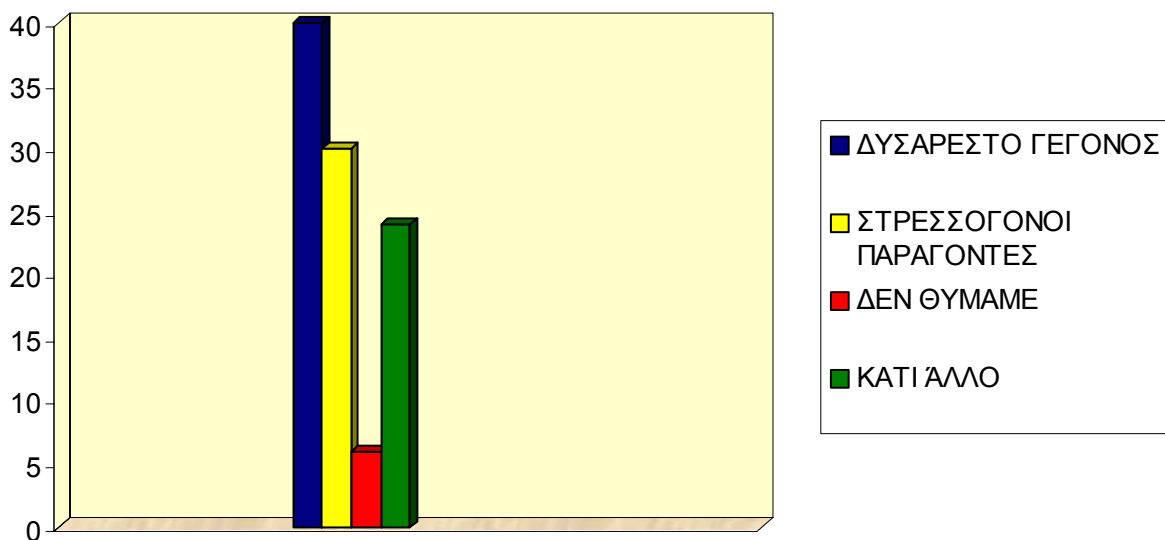
ΠΟΙΑ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΕ ΕΞΑΡΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΣΑΣ :

| ΕΠΟΧΗ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ | ΑΤΟΜΑ |
|-------------------------|-------|
| ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ | 20 |
| ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ | 22 |
| ΧΕΙΜΩΝΑΣ | 35 |
| ΑΝΟΙΞΗ | 28 |
| ΠΑΝΤΑ | 15 |



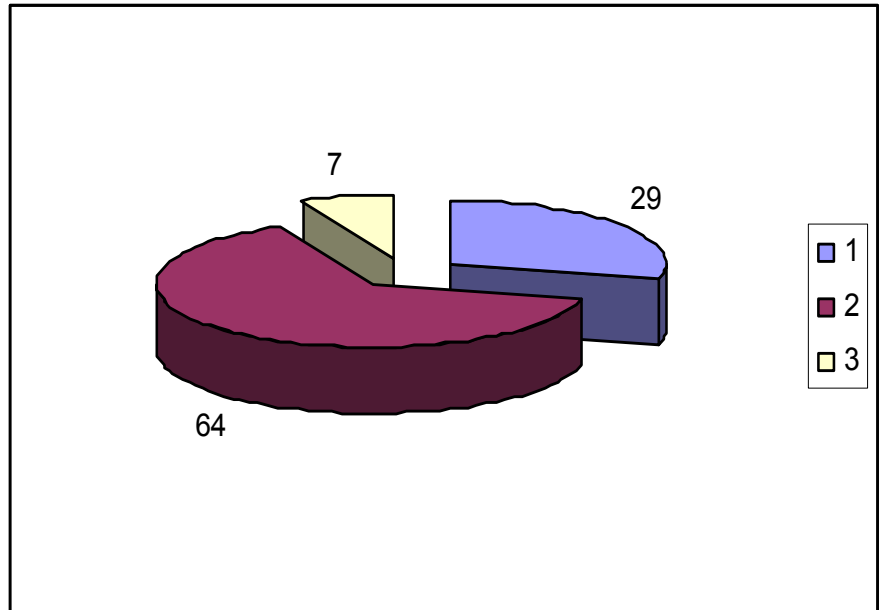
ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ;

| ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΠΟΙΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ | |
|--|----|
| ΔΥΣΑΡΕΣΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ | 40 |
| ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 30 |
| ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ | 6 |
| ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | 24 |



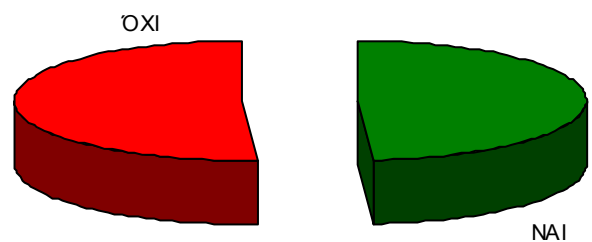
ΠΕΡΙΠΟΝΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΜΕ:

| | |
|--------------|----|
| ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ | 29 |
| ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ | 64 |
| ΦΥΤΙΚΑ | 7 |



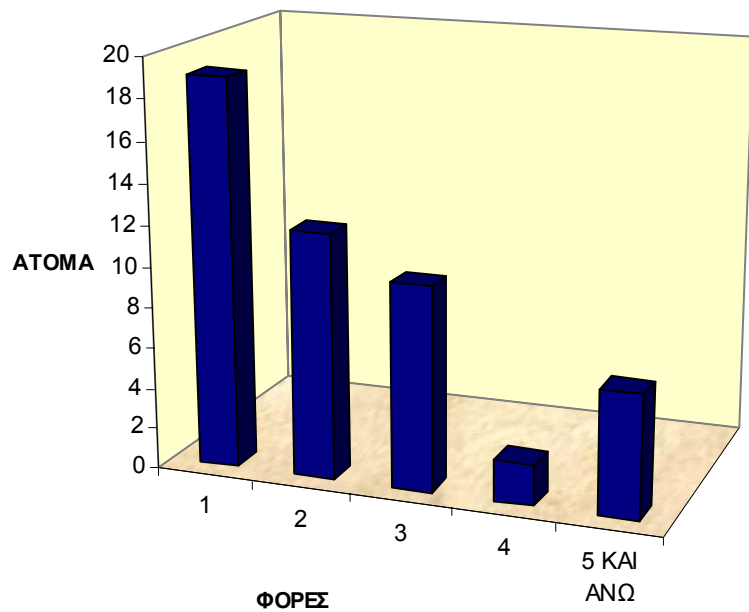
ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΗ ;

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΨΩΡΙΑΣΗ | |
|---|----|
| ΝΑΙ | 49 |
| ΌΧΙ | 51 |



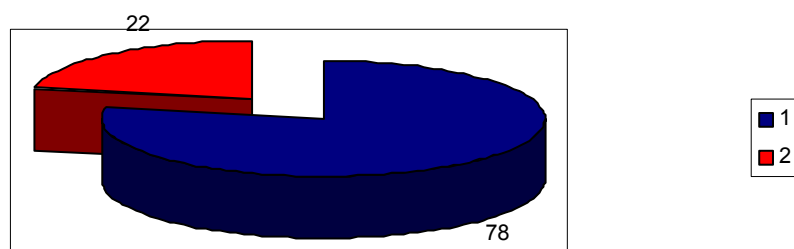
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ

| ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΑΤΟΜΑ |
|--------------------|-------|
| 1 | 19 |
| 2 | 12 |
| 3 | 10 |
| 4 | 2 |
| 5 ΚΑΙ ΑΝΩ | 6 |

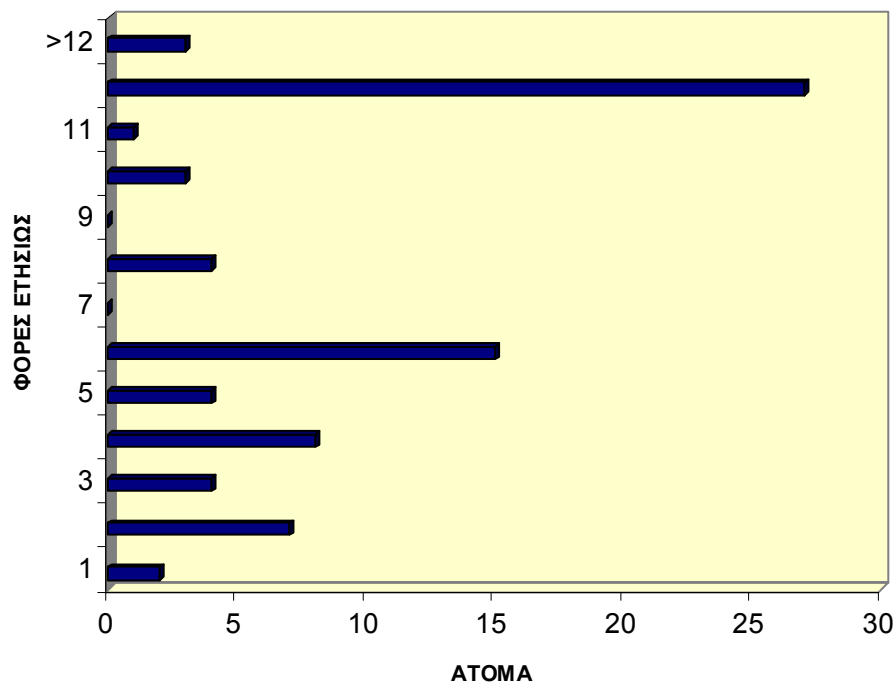


ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΣΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ ΑΠΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ ;

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ | |
|--|----|
| ΝΑΙ | 78 |
| ΟΧΙ | 22 |



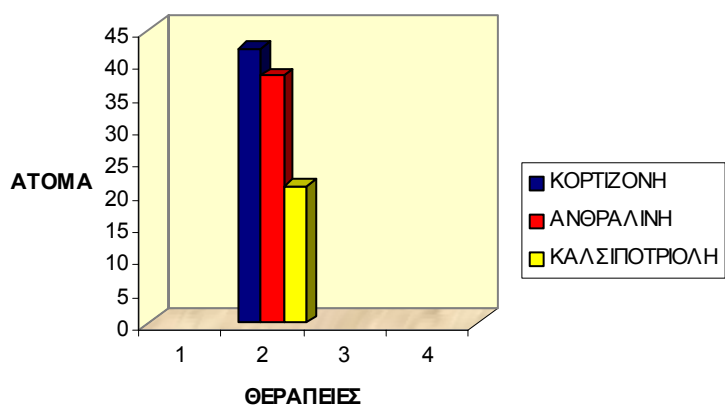
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΤΗΣΙΩΣ ;



ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ

Α. ΤΟΠΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

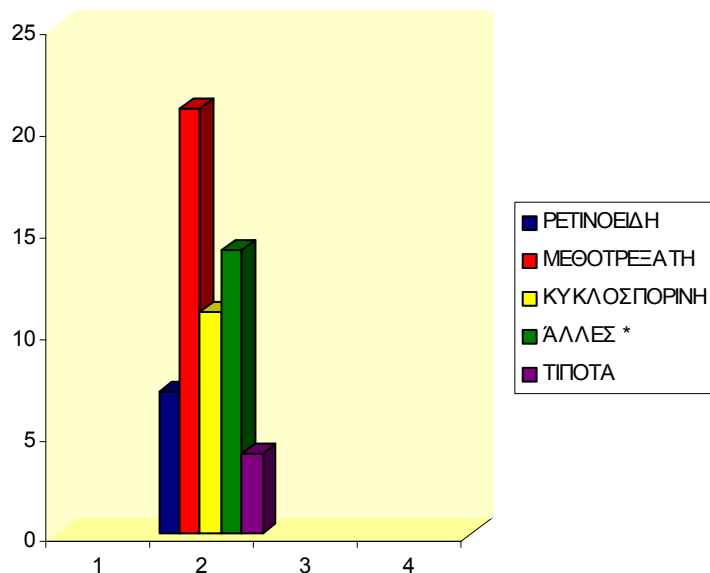
| | |
|---------------|----|
| ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ | 42 |
| ΑΝΘΡΑΛΙΝΗ | 38 |
| ΚΑΛΣΙΠΟΤΡΙΟΛΗ | 21 |



| ΦΟΡΕΣ ΕΤΗΣΙΩΣ | ΑΤΟΜΑ |
|---------------|-------|
| 1 | 2 |
| 2 | 7 |
| 3 | 4 |
| 4 | 8 |
| 5 | 4 |
| 6 | 15 |
| 7 | 0 |
| 8 | 4 |
| 9 | 0 |
| 10 | 3 |
| 11 | 1 |
| 12 | 27 |
| >12 | 3 |

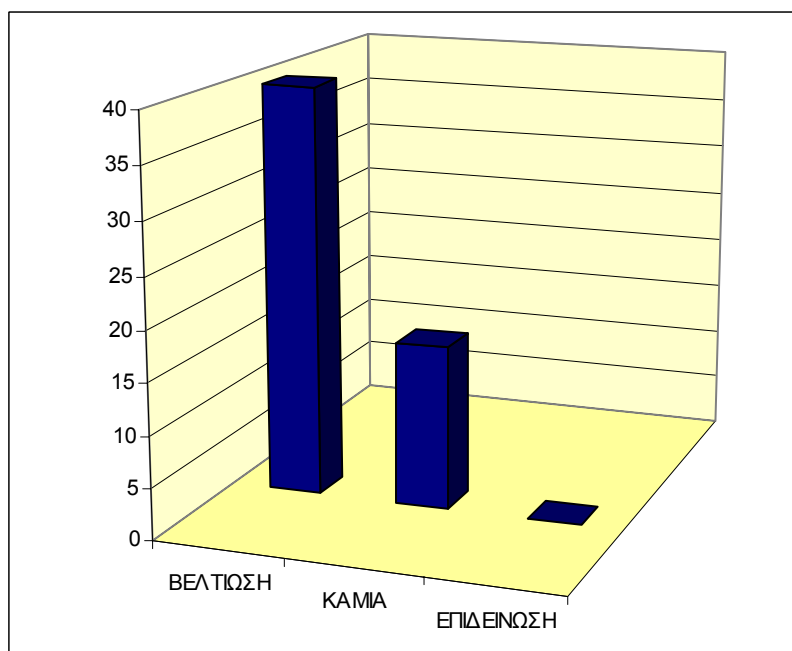
Β. ΦΩΤΟΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

| | |
|--------------|----|
| ΡΕΤΙΝΟΕΙΔΗ | 7 |
| ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ | 21 |
| ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ | 11 |
| ΆΛΛΕΣ | 14 |
| ΤΙΠΟΤΑ | 4 |



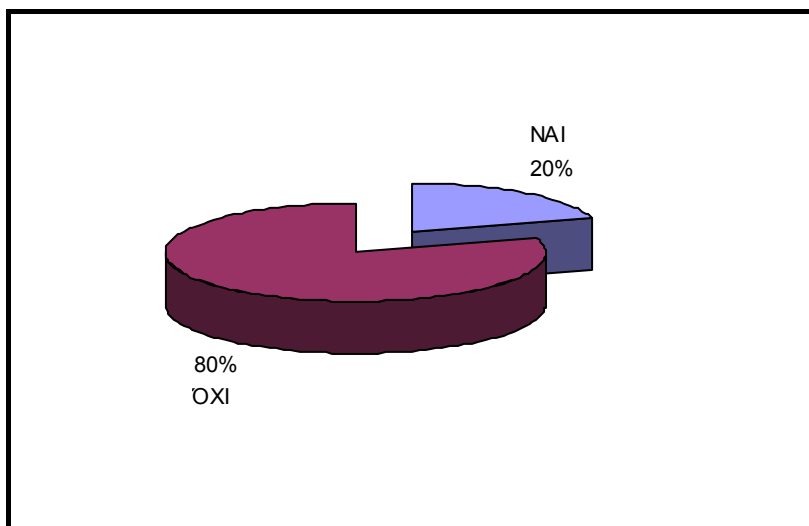
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΦΑΣΗ) ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΑΤΕ :

| ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ | |
|--------------------------|----|
| ΒΕΛΤΙΩΣΗ | 40 |
| ΚΑΜΙΑ | 16 |
| ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ | 0 |



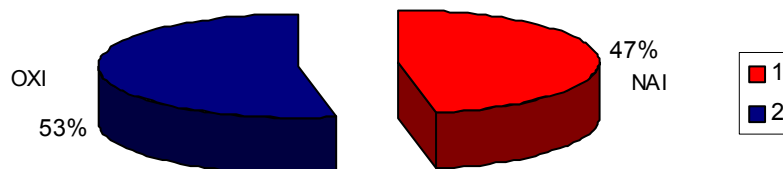
ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΙΑΤΡΟΥ

| ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΛΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΣΥΜΒΟΥΛΗ ΙΑΤΡΟΥ | |
|--|----|
| ΝΑΙ | 20 |
| ΌΧΙ | 80 |



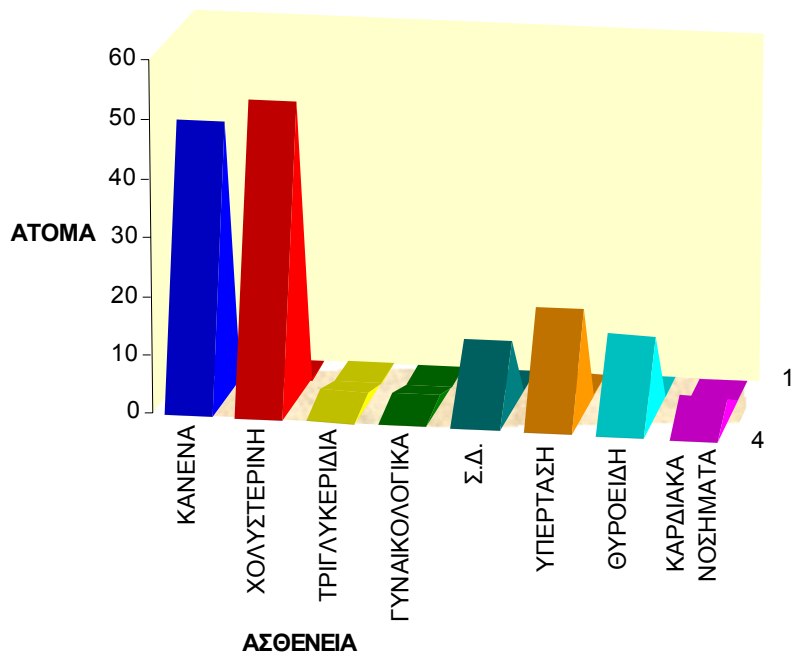
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗΣ | ΑΤΟΜΑ |
|----------------------------------|-------|
| ΝΑΙ | 47 |
| ΌΧΙ | 53 |



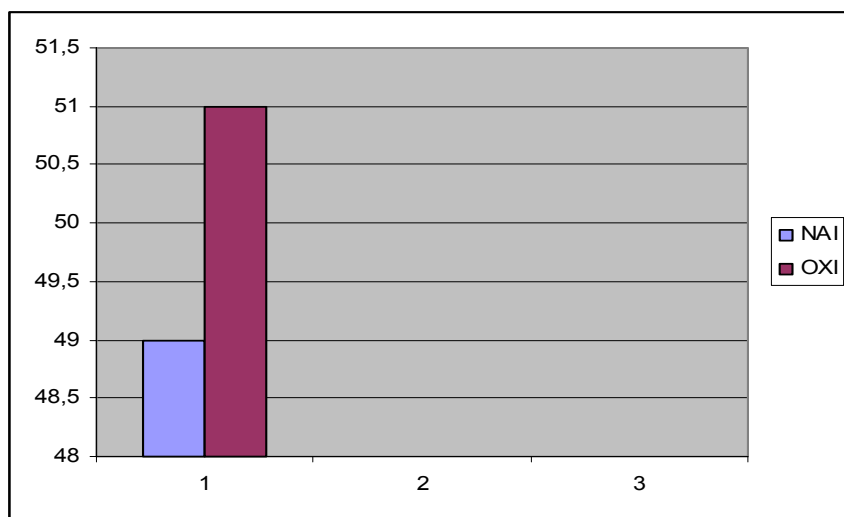
ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

| ΣΥΝΥΠΑΡΕΞΗ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ | ΑΤΟΜΑ |
|----------------------------|-------|
| ΚΑΝΕΝΑ | 47 |
| ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ | 51 |
| ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ | 2 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ | 2 |
| Σ.Δ. | 12 |
| ΥΠΕΡΤΑΣΗ | 18 |
| ΘΥΡΟΕΙΔΗ | 14 |
| ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ | 4 |



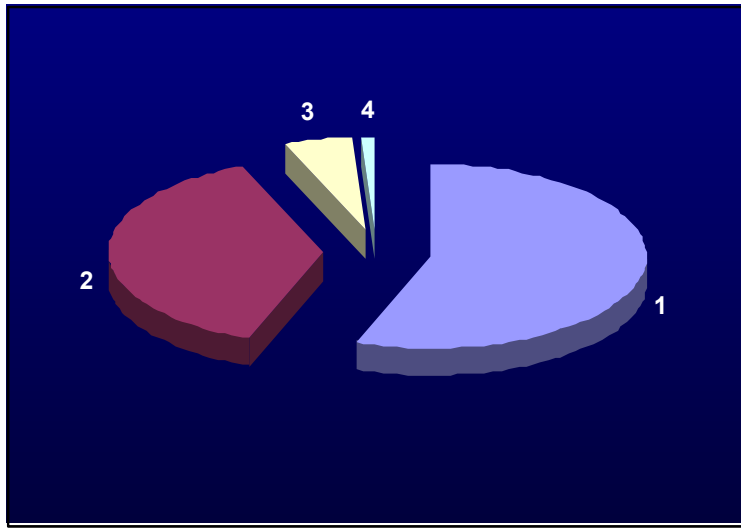
ΠΡΟΣΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΣ :

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥΣ | |
|--|----|
| ΝΑΙ | 49 |
| ΌΧΙ | 51 |



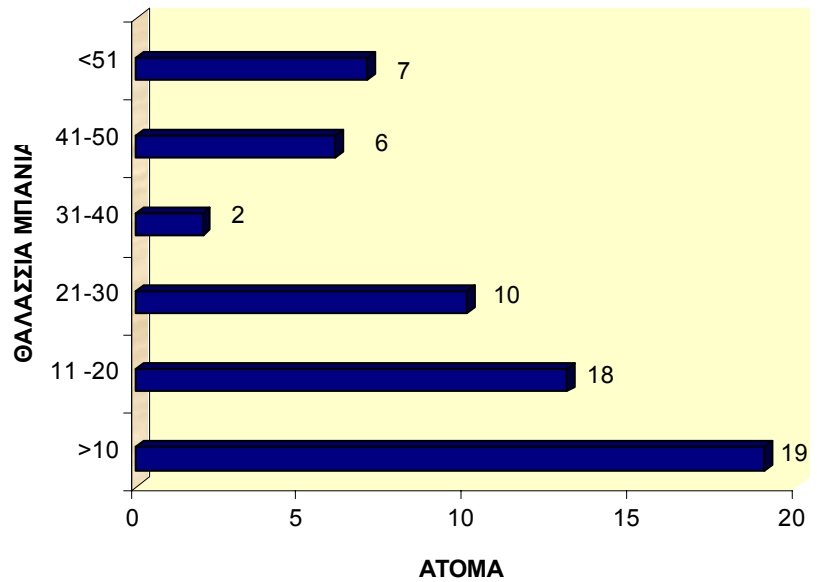
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ | |
|-------------------------------|----|
| ΛΑΧΑΝΙΚΑ | 56 |
| ΛΙΠΑΡΑ | 38 |
| ΠΛΑΣ.ΤΡΟΦΕΣ | 5 |
| ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ | 1 |



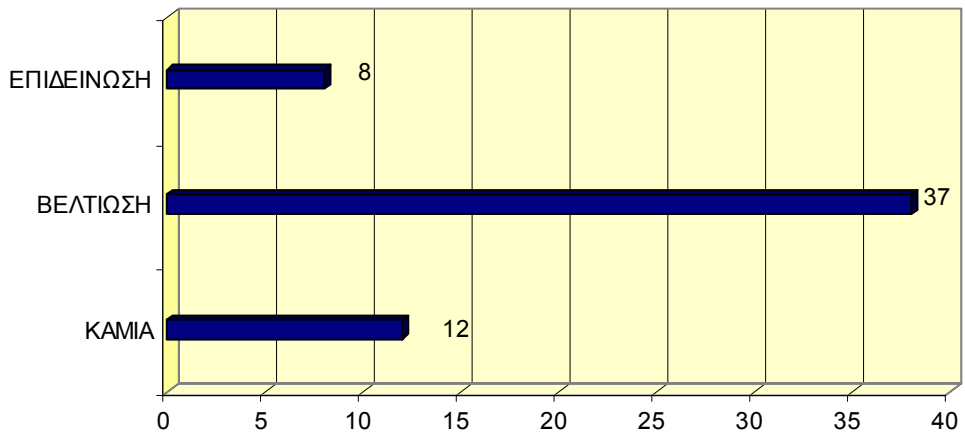
ΚΑΝΕΤΕ ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΜΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ;

| ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΜΠΑΝΙΑ | ΑΤΟΜΑ |
|-----------------|-------|
| <10 | 19 |
| 11 -20 | 18 |
| 21-30 | 10 |
| 31-40 | 2 |
| 41-50 | 6 |
| >51 | 7 |



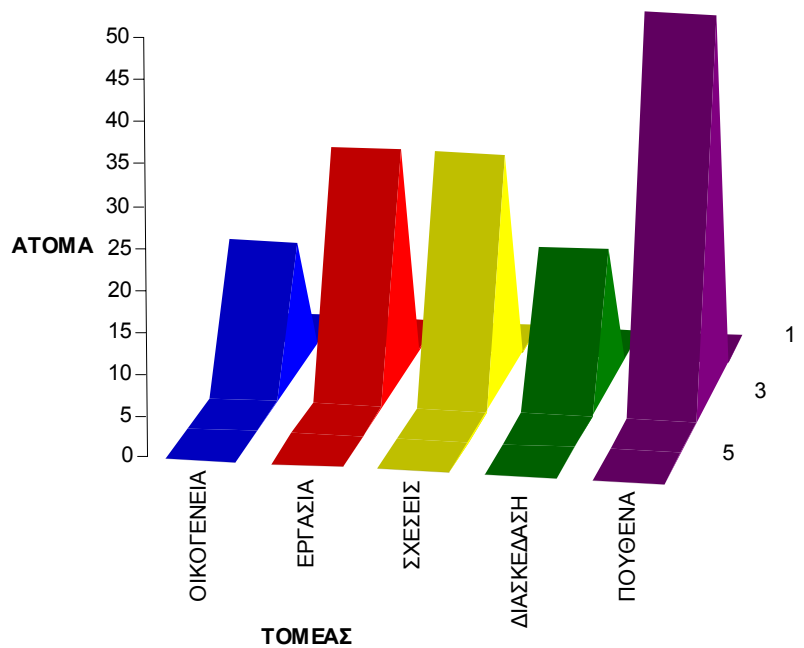
ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΨΩΡΙΑΣΗ ΜΕ ΤΑ ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΜΠΑΝΙΑ ;

| ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΝ ΚΑΠΟΙΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΑΛΑΣΣΙΑ ΜΠΑΝΙΑ | |
|--|----|
| ΚΑΜΙΑ | 12 |
| ΒΕΛΤΙΩΣΗ | 37 |
| ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ | 8 |



Η ΨΩΡΙΑΣΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΖΩΗ :

| ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ | ΑΤΟΜΑ |
|---|-------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 16 |
| ΕΡΓΑΣΙΑ | 28 |
| ΣΧΕΣΕΙΣ | 28 |
| ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ | 17 |
| ΠΟΥΘΕΝΑ | 46 |



Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου , στον χώρο των εξωτερικών ιατρείων και στο ιατρείο της ψωρίασης, στην δερματολογική κλινική του νοσοκομείου αλλά και σε ιδιωτικά ιατρεία η ομάδα που αποτελείτε από τις φοιτήτριες της Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ηρακλείου Συμνιανάκη Κατερίνα, Λουμπάκη Ελένη, Αστερίου Κατερίνα έκανε έρευνα και συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια (100) από άνδρες και γυναίκες των νομών της Κρήτης που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο.

Από αυτούς το 52% ήταν γυναίκες και το 48% άνδρες. Σε επίπεδο μόρφωσης το 45% απόφοιτοι Δημοτικού, 12% Γυμνασίου, 28% Λυκείου, 12% ΑΕΙ και 3% οι οποίοι δεν έχουν σχολική μόρφωση. Έγγαμοι ήταν το 78%, το 15% άγαμοι, 6% χήροι και 1% διαζευγμένοι. Οι ηλικίες των ατόμων κυμάνθηκαν από 10-20 ετών(6%), από 20-31 ετών(14%), 31-40 ετών(15%), 41-50 ετών(16%), 51-60 ετών(21%), 61-70 ετών(14%), 71-80 ετών(12%) και από 81-90 ετών(2%). Το χρονικό διάστημα της νόσησης στα παραπάνω ερωτηθέντα άτομα είναι: 1 μήνα-1 χρόνο (2%), 2-10 χρόνια (39%), 11-20 χρόνια (28%), από 21-30 χρόνια (12%), από 31-40 χρόνια (6%), από 41-50 χρόνια (3%) και ένα άτομο το οποίο έπασχε για 72 συνεχές χρόνια.

Το 60% των ατόμων πάσχουν από κατά πλάκας ψωρίαση, το 27% από σταγονοειδή, το 11% από φλυκταινώδη και 6% από διάφορες άλλες μορφές όπως γεωγραφική, ψωρίαση των ονύχων, ερυθροδερμία και ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής. Στην ερώτηση σε ποιά σημεία του σώματος εμφανίζεται η ψωρίαση το 40% απάντησε σε όλο το σώμα, το 19% στο τριχωτό της κεφαλής, 28% στα χέρια, 36% στα πόδια, 30% στους αγκώνες και 8% στους μηρούς, στα νύχια, στις γάμπες, στο πρόσωπο και στην περιοχή της ήβης. Βέβαια τα παραπάνω ποσοστά προκύπτουν έτσι για το λόγο ότι σχεδόν κανένα άτομο δεν εμφάνιζε ψωρίαση μόνο σε μία (1) από τις παραπάνω κατηγορίες. Όσον αφορά την ψωριασική

αρθρίτιδα 24% πάσχουν εκ των οποίων 5% πάσχει για περίπου 1 χρόνο, 12% από 2-10 χρόνια, 6% από 11-20 χρόνια και ένα άτομο για περίπου 30 χρόνια. Στην ερώτηση για την κληρονομικότητα της ασθένειας το 35% απάντησε οτι ναι συγγενείς τους εξ' αίματος πάσχουν από την ασθένεια ενώ το 65% απάντησε οτι δεν έχουν κανένα άτομο στην οικογένεια που να εμφανίζει ψωρίαση.

Η μεγαλύτερη έξαρση της νόσου παρατηρείτε, κατά 35% το χειμώνα, κατά 28% την άνοιξη, κατά το 22% το φθινόπωρο, κατά το 20% το καλοκαίρι και το 15 % μας είπαν οτι παρατηρούν έξαρση όλες τις εποχές του χρόνου. Όταν ρωτήθηκαν ποιές ήταν οι συνθήκες κατά την πρώτη φορά εμφάνισης της νόσου το 6% δεν θυμόταν, το 40% απάντησε μετά απο κάποιο δυσάρεστο γεγονός, το 30% είπε οτι βρίσκονταν υπό στρεσογόνους παράγοντες και το 24% είπε οτι εμφανίστηκε μετα από χειρουργική επέμβαση, από εγκυμοσύνη ή μετά απο χρήση κάποιων φαρμάκων κυρίως αντιβιώσεων. Στην ερώτηση εάν έχουν νοσηλευθεί σε νοσοκομείο το 49% απάντησε ναι, από τους οποίους το 19% νοσηλεύθηκε μία φορά, το 12% δύο φορές, το 10% τρεις φορές, τέσσερις φορές το 2% και πάνω από πέντε φορές το 6%. Το υπόλοιπο 51% δεν έχει νοσηλευθεί ποτέ στο νοσοκομείο. Μεγάλη διαφορά παρουσιάζει και το ποσοστό των ατόμων που παρακολουθούνται από δερματολόγο (78%), από τους οποίους μόνο το 27% επισκέπτονται πάνω από 12 φορές τον δερματολόγο ετησίως, ενώ το υπόλοιπο κατανέμεται από 1 -12 φορές.

Όσον αφορά τις θεραπείες που έχουν χρησιμοποιήσει τα άτομα αυτά μέχρι τώρα, τα ποσοστά ποικίλλουν διότι έχουν χρησιμοποιηθει μεμονωμένες θεραπείες (τοπικές ή φωτοχημειοθεραπείες) αλλά και σε συνδιασμό αυτά τα δύο. Καταρχήν από τις τοπικές θεραπείες το 42% έχει χρησιμοποιήσει κορτιζόνη, το 38% ανθραλίνη και το 21% καλσιποτριόλη. Στις φωτοχημειοθεραπείες παρατηρήσαμε οτι το 21% εφάρμοσε

θεραπεία με μεθοτρεξάτη (Methotrexate), το 11% κυκλοσπορίνη, και το 7% ρετινοειδή. Τέλος το 14% εφάρμοσε άλλο είδος φωτοχημειοθεραπείας όπως PUVA, εγχύσεις φαρμάκων βάση πρωτόκολλου και το 4% τίποτα. Στην ερώτηση αν θα χρησιμοποιούσαν ένα φάρμακο που βρίσκεται σε πειραματική φάση το 56% απάντησε ναι και ότι έχει ήδη χρησιμοποιήσει. Από αυτούς το 40% έχει δει βελτίωση ενώ το 16% καμμία βελτίωση. Υπήρξε όμως και το 44% των ερωτηθέντων που δεν θα εμπιστευόταν και ούτε πρόκειται να εμπιστευθεί φάρμακο που βρίσκεται σε πειραματική φάση. Ακόμα 80% των ερωτηθέντων δεν ακολουθήσει ποτέ εναλλακτική λύση χωρίς να συμβουλευτούν τον ιατρό που τους παρακολουθεί. Ενώ 20% των ασθενών έκανε κάτι (εφαρμογή φαρμάκου, βοτάνων, λασπόλουτρα) χωρίς να συμβουλευτεί πρώτα τον γιατρό του.

Επίσης από τους ερωτηθέντες στο 53% δεν τους έχει παρθεί ιστολογική επιβεβαίωση ενώ στο υπόλοιπο 47% έχει γίνει και έδωσε αρνητικό αποτέλεσμα. Ακόμα διαπιστώθηκε ότι μαζί με την νόσο της ψωρίασης υπήρξαν 53 άτομα τα οποία πάσχουν και από άλλες νοσους όπως υπέρταση, χοληστερίνη, Σ.Δ, θυρεοειδή, καρδιακά νοσήματα, γυναικολογικά προβλήματα τα ποσοστά των οποίων ποικίλλουν. Τα παραπάνω νοσήματα συνοδεύονται και από την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Τα υπόλοιπα 47 άτομα δεν παρουσιάζουν καμία συνυπάρχουσα νόσο.

Στο θέμα της διατροφής το 51% δεν δίνει καθόλου σημασία στις διατροφικές του συνήθειες ενώ μόλις το 49% προσέχει την διατροφή του. Από τα αυτά το 56% προτιμά περισσότερο τα λαχανικά, το 38% τα λιπαρά, το 5% πλαστικοποιημένες τροφές και το 1% τίποτα από τα παραπάνω. Για το 62% των ασθενών τα θαλάσσια μπάνια το καλοκαίρι είναι μέσα στο πρόγραμμά τους ενώ το 38% δεν πάει καθόλου στη θάλασσα. Από τα 62 άτομα τα 19 κάνουν από 1-20 μπάνια, τα 18 από 11-20, τα 10 από 21-30, τα

2 άτομα απο 31-40, 6 άτομα από 41-50 μπάνια και 7 κάνουν περισσότερα από 51 κάθε χρόνο. Απ' αυτά τα άτομα το 37% παρατήρησε βελτίωση στην ψωρίαση μετά τα θαλάσσια μπάνια, το 12% στάσιμη κατάσταση ενώ υπήρξε και ένα 8% που επιδεινώθηκε η κατάσταση τους.

Στην ερώτηση εάν η ψωρίαση επιρεάζει την καθημερινή ζωη των ασθενών και σε ποιούς τομείς, το 46% απάντησε οτι δεν τους επιρεάζει πουθενά ενώ οι υπόλοιποι έχουν παρατηρήσει κάποια επιρροή και μάλιστα όχι μόνο σ' έναν τομέα αλλά σε πολλούς. Συγκεκριμένα το 16% πιστεύει οτι έχει επιρεαστεί σε σχέση με την οικογένεια του, το 28% στην εργασία τους, το 28% στις σχέσεις τους και το 17% στην διασκέδαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Λ'

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Μετά απ' όλη την παραπάνω έρευνα και σ' ότι αφορά την ψωρίαση μπορούμε να βγάλουμε ένα συμπέρασμα για τους ψωριασικούς ασθενείς και την σχέση τους με την νόσο.

Η πιθανότητα εμφάνισης στα δύο φύλα είναι ίση με μικρή διαφορά στις γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (%) των ασθενών νοσούν από 2 - 10 χρόνια, ενώ υπήρχε και ιδιάζουσα περίπτωση ατόμου που νοσούσε για 72 χρόνια περίπου. Η μορφή ψωρίασης με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι η κατά πλάκας ενώ δεν απουσιάζουν η σταγονοειδή (2^η κατά σειρά), η φλυκταινώδη (3^η κατά σειρά) καθώς και άλλες μορφές ψωρίασης εξίσου σημαντικές αλλά όχι τόσο συχνές.

Απ' ότι προκύπτει η ψωρίαση προσβάλλει κατά ένα μεγάλο ποσοστό (%) όλο το σώμα και ακολουθούν τα πόδια, οι άγκωνες το τριχωτό της κεφαλής και με μικρότερη συχνότητα προσβολής αλλά υπαρκτή βέβαια η περιοχή της ήβης, το πρόσωπο, οι γάμπες. Η ψωριασική αρθρίτιδα δεν φαίνεται να προσβάλλει συχνά τους ψωριασικούς καθώς μόλις το 24% πάσχει απ' αυτήν χωρίς όμως αυτό ν' αναιρεί την σημαντικότητα της. Όσον αφορά την κληρονομικότητα οι περισσότεροι ασθενείς υποστηρίζουν ότι δεν υπήρχε άτομο στην οικογένεια με ψωρίαση.

Κατά την έρευνα μας η ψωρίαση παρουσιάζει έξαρση περισσότερο τον χειμώνα, ενώ υπάρχει ένα όχι αμελητέο (%) που εμφανίζει έξαρση το καλοκαίρι, αν και οι περισσότεροι ασθενείς κάνουν θαλάσσια μπάνια αφού βλέπουν βελτίωση στην ψωρίαση τους μετά απ' αυτά! Δεν είναι και λίγοι αυτοί που μετά από κάποιο δυσάρεστο γεγονός εμφάνισαν τα πρώτα σημάδια ψωρίασης. Σ' ότι αφορά την θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν την εφαρμογή τοπικής θεραπείας παρά την φωτοχημειοθεραπεία. Σε αντίθεση μ' αυτό έρχεται η θέληση των ασθενών να χρησιμοποιούν φάρμακο που βρίσκεται σε πειραματική φάση.

Μεγάλη σημασία δίνουν και στην διατροφή τους. Οι πιο πολλοί αρέσκονται στα λαχανικά. Κάτι πολύ σημαντικό αφού η σωστή διατροφή βοηθά στην απορρόφηση των φωτοχημειοθεραπευτικών φαρμάκων από τον οργανισμό, αλλά και προάγει την καλή υγεία.

Τέλος στην ερώτηση που έγινε στους ασθενείς πόσο τους επιρεάζει στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής η έξαρση της ψωρίασης οι ασθενείς ανέφεραν ορισμένα παραδείγματα που όλα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πράγματι η έξαρση της ψωρίασης επιρεάζει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ασθενων. Ορισμένοι απ' αυτούς ανέφεραν ότι υποφέρουν από ενδυματολογικό πρόβλημα δηλαδή θέλοντας να καλύψουν τα εμφανή σημεία του σώματος που πάσχουν από ψωρίαση φορούν όλες τις εποχές του χρόνου ρούχα που καλύπτουν τα σημεία αυτά (μακριά μανίκια, παντελόνια, γάντια, καπέλα). Επίσης αποφεύγουν το καλοκαιρινό μπάνιο στην θάλασσα διότι δεν θέλουν να γίνονται αντικείμενο σχολιασμού από τους γύρω τους, σε δημόσιο χώρο. Σημαντικό είναι ακόμα και το πρόβλημα που προκύπτει στις ερωτικές σχέσεις των ατόμων αυτών, καθώς αισθάνονται ότι δεν είναι αρεστοί από τον συντροφό τους, με συνέπεια να μειώνεται η σεξουαλική τους ζωή και να δημιουργείται μεταξύ τους χάσμα. Το ίδιο συμβαίνει και σε άτομα που θέλουν να δημιουργήσουν σχέσεις είτε ερωτικές είτε φιλικές και νιώθουν ότι απορρίπτονται.

Ακόμα πολλοί ασθενείς αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την ήδη υπάρχουσα ή με την εύρεση εργασίας, καθώς οι εργοδότες μή έχοντας γνώση της ασθένειας φοβούνται για την μη αποδοτικότητα του υπαλλήλου – ασθενή λόγω της εμφανισής του· ιδιαίτερα σ' επαγγέλματα όπου η επαφή με αναλώσιμα υλικά είναι απαραίτητη. Οι έφηβοι που συζητήσαμε μαζί τους βίωναν περισσότερο άγχος και stress σε σχέση με τους ενήλικες. Μας ανέφεραν προβλήματα

που αντιμετωπίζουν στο σχολείο, στις αθλητικές τους δραστηριότητες στις παρέες καθώς και στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι νέοι καθώς χαρακτηρίζονται από αντιδραστικότητα αρνιούνται να συμβιβαστούν με την ασθένεια και δεν αποβλέπουν στην αποθεραπεία τους αλλά αντιμετωπίζουν τις οδηγίες των ειδικών επιπόλαια. Ακόμα η νόσος τους έχει δημιουργήσει πολλά ερωτήματα καθώς και ψυχολογικές επιπτώσεις όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και αγοραφοβία. Πολλοί απ' αυτούς μάλιστα επισκέπτονται ψυχολόγους για αναζήτηση βοήθειας και συμπαράστασης που δεν βρίσκουν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους.

Εκτός των άλλων και ενήλικες βιώνουν παρόμοια συναισθήματα. Η έξαρση της ψωρίασης τους οδηγεί σε απομόνωση, εγκαταλείπουν το μεγαλύτερο μέρος των δραστηριοτήτων που είχαν μέχρι τότε, χαρακτηρίζονται από απραξία και δεν γεύονται τις εφήμερες απολαύσεις· έχουν άσχημη διάθεση, κατηγορούν τον εαυτό τους ότι ευθύνονται για την ασθένειά τους και βιώνουν έντονα το αίσθημα της ενοχής.

Απ' την άλλη συναντήσαμε και άτομα που έχουν κατανοήσει σε μεγάλο βαθμό την ασθένειά τους, έχουν συμβιβαστεί με αυτή και προσπαθούν δυναμικά για την αποθεραπεία τους ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες των ειδικών. Σε κάθε έξαρση της ψωρίασης συνεχίζουν τον ρυθμό της ζωής τους όπως και πριν, δεν νιώθουν μειονεκτικά απέναντι στους συνανθρώπους τους και ούτε λαμβάνουν υπ' όψιν τα αρνητικά σχόλια αυτών για την εμφανισή τους.

Μετά την διεξαγωγή της ερευνάς μας, πιστεύουμε ότι είναι αναγκαίο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις οι οποίες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της ποιότητας ζωής των ψωριασικών ασθενών. Οι προτάσεις μας επικεντρώνονται στον ασθενή, στο οικογενειακό περιβάλλον, στον Νοσηλευτή και στην πολιτεία.

Άρα λοιπόν προτείνουμε για τον **ασθενή**:

- ▣ Άμεση κινητοποίησή του σε έξαρση της ψωρίασης για την αντιμετώπιση της.
- ▣ Εφαρμογή σωστού φαρμακευτικού δασολογικού σχήματος σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές.
- ▣ Εφαρμογή ασηψίας για την πρόληψη δευτερογενών επιπλοκών όπως κνησμός, εκζεματοποίηση και ερυθρότητα.
- ▣ Εγκαθίδρυση θετικής στάσης του ασθενή απέναντι στην αρρώστια του και ενθάρρυνση για αποθεραπεία. Ο ασθενής να μην αισθανεται ενοχές για την νόσο του.
- ▣ Συμβουλή εξάλειψης άγχους και στρεσογόνων παραγόντων για την αποφυγή έξαρσης της ψωρίασης.
- ▣ Τήρηση των ιατρονοσηλευτικών εντολών.
- ▣ Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς. Η ψυχοθεραπεία θα προσφέρει στον ασθενή όχι μόνο ανακούφιση αλλά και ενίσχυση του ηθικού του.

Προτείνουμε για το **οικογενειακό περιβάλλον**:

- ▣ Να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένεια δεν είναι μεταδοτική.
- ▣ Να αποβάλλει τις φοβίες σχετικά με την νόσο.
- ▣ Να στηρίξει το άτομο σ' ότι αφορά την ιατρική παρακολούθηση, την σωστή εφαρμογή της φαρμακευτικής θεραπείας και τις διατροφικές του συνήθειες.
- ▣ Να αποτρέψει κάθε υποψία απομόνωσης, να ενθαρρύνει και να προτρέψει τον ασθενή για παρακολούθηση του από ψυχολόγο.
- ▣ Προσπάθεια ενημέρωσης για τα συμπτώματα, την παθογένεια της επιπλοκής της νόσου.
- ▣ Να πείσει το ψωριασικό μέλος της οικογένειας ότι η νόσος του δεν αποτελεί ιδιαιτερότητα και οι ρυθμοί της ζωής του συνεχίζονται κανονικά.

Το **νοσηλευτικό προσωπικό** πρέπει :

- ▣ Να είναι γνώστης των ειδικών προβλημάτων, των αιτιολογικών παραγόντων και επιπλοκών της ψωρίασης.
- ▣ Να κάνει σωστό νοσηλευτικό σχεδιασμό.
- ▣ Να στηρίξει τον άρρωστο ψυχολογικά, να τον βοηθήσει να παραδεχτεί και να ζει με την ασθένεια του χωρίς άγχος.
- ▣ Να του εξηγήσει την ορθή χρήση της θεραπευτικής αγωγής και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν απ' αυτή.
- ▣ Να διαπαιδαγωγήσει τον ασθενή και την οικογένεια του σχετικά με την πρόληψη των επιπλοκών και να διδάξει κανόνες και τρόπους ασηψίας για την αποφυγή επιμολύνσεων.
- ▣ Να ενημερώσει την οικογένεια και να προτείνει τρόπους για την συνεχή στήριξη του ασθενή.

Η **πολιτεία** τώρα θα πρέπει να επιδιώξει:

- ▣ την αναβάθμιση των Κέντρων Υγείας με την στελέχωση Δερματολογικής ειδικότητας έτσι ώστε να εξυπηρετούνται και οι ασθενείς των επαρχιών για να μην αναβάλλουν την τακτική επίσκεψη τους στον δερματολόγο λόγω της απόστασης.
- ▣ την παροχή όλων των ψωριασικών φαρμάκων δωρεάν ή τουλάχιστον με μειωμένο κόστος.
- ▣ την εκπαίδευση, από ομάδες ειδικών, των οικογενειών με ψωριασικούς ασθενείς.
- ▣ την διανομή σε χώρους υγείας ενημερωτικών εντύπων για την ψωρίαση προκειμένου να ενημερωθούν όχι ψωριασικοί αλλά και μη.
- ▣ Την δημιουργία ανοικτής γραμμής πληροφόρησης και υποστήριξης για δερματικά νοσήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Μ'

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μαθήματα Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας
Κλινική<<Α.Συγγρός>>. Στρατηγός Ιωάννης, Καθηγητής
Δερματολογίας. Εκδόσεις Παρισιανός Γρηγόρης, Αθήνα 1985.
- Δερματικά νοσήματα, διάγνωση και θεραπεία. Thomas P. Habir.
Επιμέλεια έκδοσης- Ανδρέας Κατσάμπας. Επιστημονικές
εκδόσεις Παρισιανός.
- Δερματολογία στην πράξη- Antony du Vivier. Εκδόσεις
Παρισιανός Γρηγόρης, Αθήνα 1997.
- Psoriasis related conditions Jotton Landegren Hakon Mobacken.
- Therapie der Hauttran Kheiten.
- Diseases of the skin.
- Atlas of environmental dermatology. J.M Lachapelle, D.
Tennsted.
- Clinical Dermatology-Domonkos Arnold Opom.
- Colour Atlas of pedal dermatoses-Carsten Sand Petersen,
Kaare Weismann. Έκδοση 1999.
- Skin infections – Fungal and Bacterial- Rasa Aly, Howard I.
Maiback. Edition Hoechst.
- Κλινική Δερματολογία Phillip H. Mackee Vivier Β' Έκδοση.
- Δερματολογία- Αφροδισιολογία Κανιτάκης Κ. Τόμος Γ', Τεύχος
Α' σελίδα 1006.
- Δερματολογία Κατσαμπά Ν.
- Η ψώρα σήμερα- Άγγελος Τεκνετζής. Έκδοση 2001.
- Παθολογία των ονύχων- Δ. Ρηγόπουλος σελίδα 36.
- Το Neoral στην ψωρίαση. Συζήτηση με την συμμετοχή του
ακροατηρίου. Αθήνα 1999.

➤ Ιστοσελίδες

<http://www.in.gr>

<http://www.dermatology.gr>

<http://www.pubmed.gr>

<http://www.health.gr>

<http://www.uvbiotek.com>

<http://www.isdo.gr>

<http://www.pathfind.com>