

Recenzent

dr hab. inż. Zuzanna Goluch

Redakcja i korekta

dr Klaudia Pujer

PROBLEMY NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU. TOM 11

Wrocław 2020

Treść książki jest dostępna na licencji Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)
Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe.
Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autorów. Zezwala się na wykorzystanie treści książki
zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej
oraz wskazania autorów jako właścicieli praw do tekstów.

Treść licencji jest dostępna pod adresem:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/pl/legalcode>

Wersja elektroniczna publikacji jest wersją pierwotną

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść, formę i styl rozdziałów

Exante Wydawnictwo Naukowe

WWW: exante.com.pl, korekta.pro

ISBN 978-83-66187-69-6 (PDF)

ISBN 978-83-66187-68-9 (oprawa miękka)

Spis treści

Elżbieta Cecerska-Heryć, Natalia Serwin, Rafał Heryć

1. Właściwości regeneracyjne płytek krwi i ich zastosowanie w medycynie
– praca przeglądowa 7

Joanna Chorbińska, Wojciech Krajewski, Romuald Zdrojowy

2. Splenoza – nie taka rzadka, jak się wydaje..... 22

Martyna Kluszczyńska, Sabina Dyszy

3. Czynniki wpływające na jakość życia pacjentów po przeszczepach
narządów..... 32

Aleksandra Dagmara Michalska

4. Łuszczyca – etiopatogeneza i leczenie..... 44

Kamil Redziak

5. Starzenie się społeczeństwa polskiego – wyzwanie dla systemu ochrony
zdrowia..... 54

4. ŁUSZCZYCA – ETIOPATOGENEZA I LECZENIE

Streszczenie

Łuszczyca jest przewlekłą chorobą o podłożu genetycznym, o nieznannej etiologii. Choroba ma ścisły związek z przyspieszonym procesem keratynizacji oraz parakeratozą. Udowodniono, że czynniki egzogenne, takie jak: stres, złe nawyki żywieniowe, niezdrowy tryb życia mogą nasilać przebieg schorzenia. Wykazano, że w znacznym stopniu wpływa ona na życie społeczne, rodzinne, sytuację finansową i karierę zawodową chorego. Nie poznano do tej pory skutecznej metody leczenia łuszczycy. Kluczową rolę odgrywa pielęgnacja skóry oraz zdrowy styl życia, które skutecznie mogą zapobiegać nawrotom choroby.

Słowa kluczowe: łuszczyca, przyczyny, przebieg, leczenie.

Wprowadzenie

Łuszczyca jest schorzeniem znanym już od czasów starożytnych. Początkowo mylono ją z trądem. Za odrębne schorzenie uznano ją w wieku XIX [1]. Obecnie stanowi jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób w praktyce dermatologicznej. Uznano ją za chorobę ogólnoustrojową. Jej przebieg w wielu przypadkach nie dotyczy jedynie samej skóry. Może zajmować ona stawy, tym samym prowadzić do inwalidztwa oraz – wskutek rozwoju zespołu powikłań metabolicznych – przyczynić się do zgonu pacjenta. Przypadłość ma silny wpływ nie tylko na zdrowie, ale również na jakość życia [2]. Niestety trwałe i całkowite wyleczenie jest niemożliwe, ze względu na uwarunkowania genetyczne – chorym zaleca się wdrożenie postępowania leczniczego i odpowiednią pielęgnację, które mogą mieć korzystny wpływ na stan fizyczny i psychiczny chorego.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie problemu łuszczycy: jej etiopatogenezy, w tym przyczyniających się do rozwoju choroby czynników endogennych (genetycznych, hormonalnych) i czynników sprzyjających nawrotom oraz

zaostreniu zmian chorobowych (leki, infekcje, stres psychiczny i fizyczny). Na podstawie przeprowadzonych badań udowodniono, że nie dotyczy ona tylko skóry, a cięższe postaci mogą wykluczyć chorego z życia społecznego i/lub doprowadzić do inwalidztwa [2, s. 4, s. 78–80]. Ponadto w pracy porównano najnowsze dostępne metody leczenia i pielęgnacji skóry, które mają na celu niwelować następstwa terapii dermatologicznej w przypadku łuszczycy, a tym samym poprawić jakość życia pacjenta.

Materiał i metody badawcze

Dokonano przeglądu artykułów badawczych, w których zostały omówione przyczyny zachorowania oraz źródła nasilające przebieg choroby. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań wykazano, że zachorowalność w znaczny sposób obniża jakość życia chorego [14, 17]. W kolejnej części zaprezentowano sposoby leczenia ogólnego, miejscowego oraz leczenie wspomagające. Rozważono wpływ diety na rozwój choroby. Dodatkowo, rozpatrzono doniesienia naukowe dotyczące składników aktywnych zawartych w kosmeceutykach i ich wpływ na łuszczycę.

Etiopatogeneza

Łuszczycą jest chorobą o nieznanym etiologii. Sklasyfikowana została jako choroba autoimmunologiczna. Ma również podłoże genetyczne. Istnieją także czynniki środowiskowe przyczyniające się do jej emisji. Szacuje się, że ta grudkowo-łuszczająca choroba dotyczy do 5% populacji europejskiej – obu płci w równym stopniu [10].

Rola czynników genetycznych

Łuszczycą występuje u 30% badanych rodzinie. Wyniki badań pokazują, że ryzyko zachorowania w rodzinie zdrowej wynosi do 2%, gdy choruje jedno z rodziców 10–20%. Dowodem udziału czynnika genetycznego jest występowanie łuszczycy u bliźniąt: jednojajowych (65–70% badanych), dwujajowych (15–20% przypadków) [2; 4, s. 78–80].

Czynniki powodujące wysiew zmian lub nasilające przebieg schorzenia

Do zainicjowania i nasilenia oraz prowokowania wystąpienia kolejnych zmian chorobowych przyczyniają się czynniki egzo- i endogenne. Należą do nich m.in.: dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, alkohol, papierosy, nadwaga, stres psychiczny, okres menopauzy; choroby infekcyjne: dróg oddechowych, bakteryjne, grzybicze, wirusowe (półpasiec); łojotokowe zapalenie skóry; urazy mechaniczne – iniekcje, zdrapania, ukłucia owadów, rany chirurgiczne, skalczenia; napromieniowanie UV lub promieniowanie X; leki: kortykosteroidy, beta-blokery, leki przeciwmalaryczne, niesteroidowe leki przeciwzapalne; zaburzenia metaboliczne [3, s. 43–46]. Nasilenie zmian skórnych obserwuje się zwykle w porze wiosennej oraz jesienią, wówczas dochodzi do najczęstszych infekcji górnych dróg oddechowych. Może być ono spowodowane niskim promieniowaniem UV, które w części przypadków działa łagodząco na ogniska zapalne [12]. Wysiewy łuszczycy są często spowodowane zakażeniami bakteryjnymi – głównie gronkowcami i paciorkowcami. W 26–97% przypadków ostry wysiew zmian łuszczycowych poprzedza infekcja paciorkowcowa [9].

Obraz kliniczny i objawy

Łuszczycza jest przewlekłą, nawracającą chorobą układową mediowaną immunologicznie. Objawy dotyczą nie tylko samej skóry, ale obejmują również dolegliwości stawowe. W obrazie klinicznym występują czerwono-brunatne grudki, pokryte srebrzystą łuską. Grudki mają skłonność do szerzenia się oraz obwodowego zlewania. Zdrapywanie łuski z grudki przypomina objaw świecy stearynowej. Po zdrapaniu może pojawić się również drobnokropelkowe, punktowe krwawienie (tzw. objaw Auspitz). Pomocne w rozpoznaniu są: parakeratoza – obecność jąder w komórkach warstwy rogowej naskórka oraz skrócenie procesu keratynizacji do okresu 3–4 dni. Dochodzi wówczas do ścięczenia lub zaniku warstwy ziarnistej naskórka. Zmiany na skórze chorego mogą występować w różnorodnym nasileniu – od dyskretnych zmian skórnych do rozległych ognisk plackowatych.

Podręcznikową cechą łuszczycy jest także objaw Köbnera, czyli wysiew zmian łuszczycowych wzdłuż uszkodzenia naskórka w ciągu 7–12 dni. Świąd jest nietypowym objawem – odczuwanym przez 67–95% chorych w okresie zaostrzenia zmian skórnych [8]. Charakterystyczne dla łuszczycy paznokci jest:

rogowacenie pod płytką, zgrubienie oraz kruchość, onycholiza. Typowe miejsca lokalizacji zmian to: owłosiona skóra głowy, okolica łędźwiowo krzyżowa, kolana i łokcie oraz wyprostna powierzchnia kończyn [4, s. 78–80]. Sugerując się lokalizacją oraz wielkością zmian skórnych, wyodrębniono łuszczycę: drobnogrudkową (*Psoriasis gutatta*), łuszczycę zwyczajną dłoni i stóp (*Psoriasis vulgaris palmo-plantaris*), przewlekłą łuszczycę plackowatą (*Chronic plaque psoriasis*), łuszczycę odwróconą (*Psoriasis inversa*), łuszczycę owłosionej skóry głowy (*Psoriasis capitis*), łuszczycę paznokci (*Psoriasis unguium*), łuszczycę krostkową (*Psoriasis pustulosa*), erythrodermię łuszczycową (*Erythrodermia psoriatica*).

Zaburzenia psychiczne

Z opublikowanych w ciągu kilku ostatnich lat prac wynika, że wśród pacjentów z łuszczycą występują zaburzenia psychiczne. W przekrojowych badaniach włoskich przeprowadzonych w 2006 r. udowodniono, że aż 62% badanych ma objawy depresyjne [14]. Badania przeprowadzone w Polsce przez zespół dermatologów, psychiatrów i psychologów z Warszawy wykazały, że choroba ta wiąże się ze spadkiem jakości życia. Na podstawie przeprowadzonych badań wśród 62 osób chorych na łuszczycę i innych pacjentów z przewlekłymi chorobami skórnymi dowiedziono, że zaburzenia psychiczne u pacjentów z łuszczycą występują aż 4-krotnie częściej niż u innych pacjentów. Częstotliwość zaburzeń psychicznych oceniano na podstawie wyników Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Zróżnicowanie objawów nerwowych oceniano za pomocą Kwestionariusza Objawowego. Zaburzenia psychiczne występowały wśród 62,5% badanych. U ponad 50% respondentów z depresją stwierdzono także zaburzenia lękowe. Kryteria dla zaostrej depresji spełniło aż 46,8% pacjentów z łuszczycą, a 28,1% deklaroowało objawy zwiększonego ryzyka zachowań samobójczych. Wśród badanych 21,8% wykazywało objawy fobii społecznej. W przeprowadzonym badaniu posłużono się także Skalą Depresji Becka – zaostrenie objawów depresyjnych zaobserwowano u 27 (84,37%) pacjentów z łuszczycą oraz u 15 (46,87%) pacjentów z grupy kontrolnej [14].

Z analizy innych wyników badań zrealizowanych wśród pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Mikołaja Pirogowa

w Łodzi wynika, że łuszczyca wpływa nie tylko na wygląd samej skóry, ale przyczynia się także do pogorszenia zdrowia psychicznego pacjentów. Blisko połowa (40%) respondentów podało łuszczycę jako główną przyczynę niezrealizowania swoich marzeń i planów życiowych, a tylko 20% uznało, że choroba nie stanowi żadnej przeszkody w ich realizacji. Niemal połowa uczestników badania (46%) przyznała, że w obawie przed brakiem akceptacji społeczeństwa ukrywa chorobę przed znaczną większością znajomych. Okazało się również, że łuszczyca może stanowić przeszkodę w rozwoju kariery zawodowej: 32% uczestników badania wskazało, że źródłem ich utrzymania jest renta, 16% stanowiły osoby bezrobotne, a tylko 30% opiniodawców potwierdziło, że są osobami aktywnymi zawodowo [16].

Leczenie ogólne

Nie powstały do tej pory leki, których zastosowanie w krótszej lub dłuższej perspektywie skutkowałoby całkowitym wyleczeniem łuszczycy. Leczenie łuszczycy uzależnione jest od jej postaci. Opiekując się pacjentem chorym na łuszczycę, należy dokładnie przeanalizować zażywane przez niego leki (stosowane w leczeniu innych chorób). Niektóre z nich mogą powodować zaostrzenie zmian skórnych. Wybierając odpowiednią terapię, należy przeprowadzić dokładny wywiad – wykluczyć przeciwwskazania oraz wziąć pod uwagę choroby współistniejące. Każdą nową terapię chorego należy skonsultować ze specjalistą [10].

Leczenie ogólne zaleca się stosować tylko w przypadku niepowodzenia leczenia miejscowego oraz rozległych zmian chorobowych. W tym celu stosuje się: cytostatyki – metotreksat, hydroksymocznik; retinoidy – w połączeniu z PUVA (ang. *Psoralen Ultra-Violet A*); leki immunomodulujące – cyklosporyne A, takrolimus; antybiotykoterapię – tylko w wybranych przypadkach, jeśli wystąpiła infekcja oraz leki biologiczne [5, s. 151–152].

Pomocne w redukowaniu wykwitów jest również światłolecznictwo, które wykorzystuje wpływ promieniowania UV. W tym celu wykorzystuje się m.in.: lampy imitujące światło – tzw. Sun lamps; naświetlania UVB, w tym również solarium; terapię UV z zastosowaniem psolareń – inaczej zwaną fotochemioterapią PUVA; selektywną fototerapię 311 nm. Natomiast w przypadku zmian ograniczonych do rąk i stóp – Psorilux i PUVA. Lekarz prowadzący terapię powinien poinformować pacjenta o konieczności niwelowania skutków

ubocznych po ekspozycji na światło. Konieczne wówczas jest wdrożenie preparatów nawilżających, uzupełniających składniki bariery naskórkowej [12].

Leczenie miejscowe

Leczenie miejscowe uzależnione jest od nasilenia i wielkości zmian skórnych. Ma zastosowanie w przypadku postaci zwykłej łuszczycy. Ponadto zalecane jest w łagodnych zmianach chorobowych (ograniczonych jedynie do samej skóry). Podstawą leczenia zewnętrznego jest w pierwszym etapie usunięcie łusek, a następnie zahamowanie parakaratozy. Polega ono na zastosowaniu: leków keratolitycznych (zawierających siarkę, kwas salicylowy), preparatów dziegiowych (są to preparaty recepturowe, obecnie prawie niedostępne w Polsce), wybranych retinoidów, analogów witaminy D₃, antraliny (cygnoliny, ditranolu) – leczenie minutowe i klasyczne oraz kortykosteroidów w połączeniu z dziegiami i środkami keratolitycznymi oraz emolientów. Zakazane jest samodzielne stosowanie kortykosteroidów. Początkowo mogą one przynosić poprawę, jednak w późniejszych okresach może dojść do nasilenia objawów skórnych.

Nie można pominąć również leczenia wspomagającego, które w istotny sposób może wpływać na poziom życia pacjenta. Zalicza się do niego balneoterapię i klimatoterapię [8].

Pielęgnacja skóry zmienionej chorobowo

Ważnym elementem w postępowaniu przy łuszczycy jest codzienna higiena skóry przeznaczonymi do tego dermakosmetykami o działaniu keratolitycznym, nawilżającym, natłuszczającym oraz łagodzącym stany zapalne skóry. W ciągu kilku minionych lat na rynku farmaceutycznym pojawiły się całe serie specjalistycznych preparatów – kremy, żele do mycia, szampony, toniki i emulsje do ciała [11]. W okresach remisji zaleca się nieinwazyjne złuszczenie martwego naskórka. Zabronione są peelingi mechaniczne: drobnoziarniste czy cięsząca się popularnością w okresie zimowym mikrodermabrazja. Rekomenduje się stosowanie preparatów zmniejszających rogowacenie okołomieszkowe – zawierające np. kwas azelainowy i salicylowy; nawilżające i natłuszczające – moczownik – w stężeniu do 10%, witaminy – A i E, wielonienasycone kwasy tłuszczowe – np. kwas linolowy, arachidonowy, linolenowy; emolienty – oleje ro-

ślinne (słonecznikowy, makadamia, ze słodkich migdałów), niektóre oleje zwierzęce (lanolina), wosk pszczoły; działające przeciwzapalnie, regulujące złuszczenie naskórka – np. kwas laktobionowy; działające wysuszająco w obrębie samych zmian chorobowych – pochodne siarki. Dermokosmetyki dla osoby chorej na łuszczycę powinny zawierać również humekaty – np. glicerynę oraz składniki odbudowujące barierę lipidową – cholesterol, ceramidy [13].

Zaleca się zabiegi złuszczące w obrębie samych zmian chorobowych. Korzystne efekty w niwelowaniu zmian chorobowych przynosi oksybraza – łagodny peeling mechaniczny, z wykorzystaniem roztworu soli fizjologicznej i hiperbarycznego tlenu [8]. Po uzyskaniu zgody lekarza prowadzącego pacjent może poddać się zabiegowi karboksyterapii – w obrębie samych wykwitów skórnych [7]. Nie poleca się także oczyszczać skóry manualnie. Wykluczone jest również wykonywanie iniekcji. Zabrania się zabiegów przerywających ciągłość naskórka – mezoterapii igłowej lub mikroigłowej, a także kriolipolizy, i zabiegów z zakresu elektrolecznictwa, światłolecznictwa, laseroterapii, w tym np. technologii plazmowej, IPL (*Intense Pulsed Light*) i innych zabiegów laserowych. Wykonując zabiegi w obrębie kończyn górnych i dolnych, zabronione jest stosowanie ostrych narzędzi, tj. cążek czy skalpela. W badaniach dotyczących jakości życia osób chorych na łuszczycę zwrócono uwagę, że ogromny wpływ na jej obniżenie mają zmiany obecne w miejscach widocznych, takich jak: dłonie, płytki paznokciowe czy skóra głowy [12].

Rola diety i żywienia

W świetle aktualnych wyników badań oprócz stosowania dermokosmetyków znaczącą rolę w profilaktyce łuszczycy ma zbilansowana dieta. Według najnowszych doniesień, w diecie powinny znaleźć się: kwasy tłuszczowe omega-3, antyoksydanty oraz witamina D. Chory powinien ograniczyć spożywanie jedzenia typu *fast-food* i bogatego w tłuszcze pochodzenia zwierzęcego oraz zadbać o utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Obecnie podnosi się kwestię stosowania diety śródziemnomorskiej w terapii chorych na łuszczycę. Jadłospis obfity w warzywa i owoce, zawierające antyoksydanty prowadzi do zmniejszenia nasilenia zmian łuszczycowych. Flawonoidy natomiast wychwytyują wolne rodniki tlenowe, korzystnie wpływają też na sam proces różnicowania komórek naskórka, co jest bardzo istotne w przebiegu łuszczycy [17].

Spżywanie produktw bogatych w kwasy omega-3 ma duże znaczenie w zmniejszeniu stanu zapalnego w chorobach, takich jak m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna, łuszczyca i inne choroby autoimmunologiczne. U pacjentów, którzy zwiększyli spożycie produktw obfitujących w kwasy tłuszczowe omega-3 stwierdzono znaczną poprawę, a nawet remisję[17].

Z kolei niedobór witaminy D może być powodem rozwoju choroby, której przyczyną będzie zakłócenie równowagi immunologicznej. Deficyt witaminy D₃ ma wpływ na zmniejszenie produkcji cytokin IL-4, IL-10. Dostarczanie jej od zewnątrz powoduje złagodzenie przebiegu chorób autoimmunologicznych i może doprowadzić do ich niewystępowania. Zaobserwowano, że w czasie trwania terapii miało miejsce ustąpienie zmian łuszczykowych. Warto zauważyć, że wiedza społeczeństwa na temat diety w chorobach autoimmunologicznych jest bardzo uboga [9].

Podsumowanie

XXI wiek niesie szybszy rozwój cywilizacji, co sprzyja powstawaniu sytuacji stresogennych. Następstwem tego może być występowanie chorób cywilizacyjnych i przewlekłych. Mimo ciągłego rozwoju technologii i postępu medycyny naprawczej, wciąż nie wyjaśniono etiologii występowania niektórych chorób. Nie poznano również skutecznego ich leczenia. Do tych właśnie chorób można zaliczyć łuszczycę, której przyczyną może być przewlekły stres i niezdrowy styl życia. Łuszczyca niekorzystnie wpływa na jakość życia pacjentów, utrudnia funkcjonowanie w społeczeństwie, zakłóca relacje międzyludzkie. Chorzy doświadczają przykrych emocji związanych z wyglądem swojej skóry. Wielu chorych zrezygnowało z tego powodu z aktywności fizycznej czy odsłaniania ciała ze zmianami chorobowymi. Aż 50% chorych deklaruje, że choroba jest główną przyczyną niepowodzeń w ich życiu płciowym [15]. W leczeniu łuszczycy ma znaczenie odpowiednie leczenie ogólne i miejscowe oraz psychoterapia. Kluczową rolę odgrywa jednak pielęgnacja i unikanie używek, ponieważ te ostatnie mogą nasilać objawy choroby. Warto dodać, że jako leczenie wspomagające wdraża się balneoterapię, leczenie sanatoryjne oraz klimatyczne.

Bibliografia

- [1] Gajerska-Dzieciatkowska M., *Nowe spojrzenie na łuszczycę: Część I – łuszczycza jako choroba autoimmunologiczna*, 27.10.2015 r., <https://biotechnologia.pl/bio-technologie/nowe-spojrzenie-na-luszczycze-czesc-i-luszczycza-jako-choroba-autoimmunologiczna,15684> (dostęp: 20.10.2019).
- [2] Kaszuba A., Uczniak S., Kaszuba A., Łuszczycza [w:] A. Kaszuba, J. Szepietowski, Z. Adamski (red.), *Dermatologia geriatryczna*, T. 1, Czelej, Lublin 2016, s. 171–205.
- [3] Nowicka D., *Dermatologia. Podręcznik dla studentów kosmetologii*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007.
- [4] Adamski Z., Kaszuba A., *Dermatologia dla kosmetologów*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
- [5] Martini M-C., *Kosmetologia i farmakologia skóry*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [6] *Karboksyterapia w leczeniu łuszczycy*, Mezoderm, <https://www.galland.pl/zasoby/KarboLuszczycy.pdf> (dostęp: 19.10.2019).
- [7] Niewójt K., *Tlen i sól w roli głównej – oxybrazja lub oxydermabrazja*, „Kosmetologia Estetyczna” 2016, 5, s. 136–138.
- [8] Romańska-Gocka K., *Farmakoterapia łuszczycy*, „Terapia i Leki” 2009, 9, s. 647–654.
- [9] Antosik K, Krzęcio-Nieczyporuk E., Kurowska-Socha B., *Rola diety i żywienia w leczeniu łuszczycy*, „Hygeia Public Health” 2017, 52(2), s. 131–137.
- [10] Szczepanik-Kułał P., *Zmiana częstości występowania objawów niepożądanych w trakcie leczenia ogólnego łuszczycy*, <https://www.dermatologia-praktyczna.pl/a4081/Zmiana-czestosci-wystepowania-objawow-niepozadanych-w-trakcie-leczenia-ogolnego-luszczycy.html> (dostęp: 18.10.2019)
za: Descalzo M.A, Carretero G., Ferrándiz C., Rivera R., Daudén E., Gómez-García F.J. et al., *Change Over Time in the Rates of Adverse Events in Patients Receiving Systemic Therapy for Psoriasis: A Cohort Study*, „J Am Acad Dermatol” 2018, 78(4), s. 798–800.
- [11] *Dermokosmetyki*, http://stowarzyszenie.luszczycyca.org.pl/files/2007_walne/dermokosmetyki.pdf (dostęp: 20.10.2019).
- [12] Nowicka D., *Łuszczycza – pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetyczny*, „Dermatologia” 2018, 5(7), s. 529–532.

- [13] Krajewska A., *Pielęgnacja skóry w łuszczycy*, „Farmakoterapia” 2015, 25(6–7), s. 51–56.
- [14] Parafianowicz K., Sicińska J., Moran A., Szumański J., Staniszewski K., Rudnicka L., Kokoszka A., *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne*, „Psychiatria Polska” 2010, 1, s. 119–126.
- [15] Nowak A., Popko M., Klimowicz A., *Preparaty pochodzenia roślinnego w pielęgnacji skóry u chorych z łuszczycą*, „Post Fitoter” 2016, 17(4), s. 332–337.
- [16] Wyderka M., Darowska J., *Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2016, 2(60), s. 214–219.
- [17] Stawczyk M., Szczerkowska-Dobosz A., Komorowska O., Dobosz M., Maciejewska-Radomska A., *Znaczenie diety w łuszczycy – przewlekłej układowej chorobie zapalnej*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2011, 3, 205–212.

PSORIASIS – ETIOPATOGENESIS AND TREATMENT

Summary

Psoriasis is a chronic disease of a genetic origin of unknown etiology. The disease is closely related to the accelerated keratinization process and parakeratosis. It has been proven that exogenous factors – such as stress, poor eating habits, unhealthy lifestyle can increase the course of the disease. It has been shown to significantly affect social and family life, financial status and career. An effective treatment method has not yet been discovered. Skin care and a healthy lifestyle is the key, which can effectively prevent relapse.

Key words: papule, scales, psyche, care.