Psoriatic arthritis.

Łuszczycowe zapalenie stawów (Arlhritis psoriiitica) znane jest od ponad 160 lat. Pierwszy opis chorego pochodzi z 1818r, jednak dopiero w 1964 r Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne uznało łuszczycowe zapalenie stawów za odrębną jednostkę nozologiczną. Łuszczycowe zapalenie stawów (ang. psoriatic arthritis) – zapalne schorzenie stawów, występuj
ą
ce w przebiegu łuszczycy. Należy do spondyloartropatii seronegatywnych. Choroba często rozpoczyna się w obrębie stawów międzypaliczkowych i często dotyczy tylko jednej strony, co odróżnia j
ą
od reumatoidalnego zapalenia stawów. W przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów we krwi nie pojawia się czynnik reumatoidalny. Jako pierwszy opisał je Pierre Bazin w 1860, następnie szczegółowy opis przedstawił Charles Bourdillon w 1888. W 1964 American College of Rheumatology uznało je za oddzieln
ą
jednostkę chorobow
ą
.

Zapalenie stawów:
- międzypaliczkowych bliższych i dalszych
- krzyżowo-biodrowych
- stawów kręgosłupa
- nadgarstkowych (rzadko)
- śródstopno-paliczkowych (rzadko)
- entezopatia, zapalenie przyczepów ścięgien
- zapalenie palców (dactylitis)
- zmiany skórne
- zmiany paznokciowe
- zmiany pozastawowe

Wyróżniono pięć typów ŁZS:
- Asymetryczna postać nielicznostawowa
- Postać osiowa
- Symetryczna postać wielostawowa przypominająca RZS
- Artropatia paliczków dystalnych
- Arthritis mutilans

Diagnostyka różnicowa ŁZS obejmuje:

- reumatoidalne zapalenie stawów
- choroba zwyrodnieniowa stawów
- zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

W terapii zastosowanie znajdują najczęściej niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz dostawowe iniekcje kortykosterydów. W ciężej przebiegaj
ą
cych przypadkach, gdy choroba dotyczy większej ilo
ś
ci stawów, konieczna bywa immunosupresja, najczę
ś
ciej z użyciem metotreksatu skojarzonego z cyklosporyn
ą
.

DEFINICJA

Najprostszą definicją łuszczycy stawowej jest wprowadzona przez Molla i Wrighta, według której łuszczycowe zapalenie stawów jest przewlekł ą chorobą zapalną, odznaczaj
ą
c
ą
się współistnieniem zapalenia stawów z łuszczyc
ą
skóry i paznokci.
Choroba należy do seronegatywnych zapaleń stawów ze zmianami w kręgosłupie.

EPIDEMIOLOGIA

Częstość występowania łuszczycowego zapalenia stawów nie została jednoznacznie ustalona. Ocenia się j ą na około 0,23-2,84% w populacji, zależnie od warunków geograficznych, za ś samej łuszczycy na l-2%(33). Według poszczególnych autorów zajęcie stawów stwierdza się u 6-42 % chorych na łuszczycę (35). W pi śmiennictwie rozpowszechniony jest pogląd, iż choroba dotyka w równym stopniu kobiety i mężczyzn. Jednak badania epidemiologiczne z ostatnich lat udowodniły, że łuszczycowe zapalenie stawów czę
ś
ciej dotyczy mężczyzn, a stosunek płci waha się od 2:1 do 5,5:1. (20) U kobiet czę
ś
ciej stwierdza się postać wielostawowego zapalenia smetrycznych stawów obwodowych, zbliżon

ą
do reumatoidalnego zapalenia stawów, natomiast u mężczyzn postać z zajęciem stawów kręgosłupa. Choroba może wyst
ą
pić w każdym wieku, ale najczę
ś
ciej pojawia się około 40 roku życia.

ETIOLOGIA I PATOGENEZA

Przyczyna i patogeneza łuszczycowego zapalenia stawów nie jest znana. W rozwoju choroby odgrywa rolę predyspozycja genetyczna. Duńskie badania bliźniąt ujawniły, że choroba występuje w 90-100% u obojga, bli
ź
ni
ą
t. Około 30% chorych na łuszczycę ma krewnych w pierwszej linii chorych na tę chorobę, u pozostałych 70% pacjentów takiej zależno
ś
ci nie obserwowano. Sposób dziedziczenia pozostaje niejasny, chociaż w przypadku niektórych rodzin jest on być może autosomalny dominuj
ą
cy z penetracj
ą
około 60%. U chorych na łuszczycę stwierdzono częstsze niż w populacji osób zdrowych występowanie antygenów HLA-B13,-B17,-B37, a ostatnio także HLA-DR7. W przypadkach łuszczycowego zapalenia stawów obserwuje się zwiększon
ą
często
ś
ć występowania antygenów HLA-A26,B-38 i DR4 oraz HLA-DR3(4). Ten ostatni stwierdzany jest u chorych 7 nadżerkow
ą
postaci
ą
choroby. Antygen HLA-B27 występuje u ok.60% chorych na łuszczycę, u których stwierdza się zajęcie kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych. Podkre
ś
lana jest też rola czynników
ś
rodowiskowych, której ujawnienie się obserwowano po infekcji paciorkowcowej górnych dróg oddechowych lub u chorych, u których wykryto w
ś
cianie naczyń i limfocytach obecno

ś
ć cz
ą
stek o budowie podobnej do struktury retrowirusów.

Dużo uwagi poświęcono hipotezom patogcnetycznym wspólnego mechanizmu rozwoju zmian skórnych i stawowych. Na podstawie badań genetycznych stwierdzono, że za zmiany skórne i stawowe odpowiedzialne s ą różne geny, niektórzy autorzy uważają ,żc są to dwa odmienne palogenetycznie zjawiska, inni sugeruj
ą
, że rozwój tej choroby może być uzależniony od obecno
ś
ci układu kilku okre
ś
lonych genów jcdnocze
ś
nie. Podaj
ą
oni jako przykład współistnienie Cw6, który wydaje się predysponować do wyst
ą
pienia zmian skórnych z innymi antygenami jak B27, DR7 warunkuj
ą
cymi wyst
ą
pienie zapalenia stawów.
Czynnikiem etiologicznym łuszczycowego zapalenia stawów mogą być urazy lub większa podatno ści na mikrourazy w zwi ązku z defektem enzymatycznym, powoduj
ą
cym niedobór kwasu hialuronowego w stawie. Również należy pamiętać o zaburzeniach neurotroficznych jak w cukrzycy i tr
ą
dzie lub nieprawidłowo
ś
ciach naczyń włosowatych jako przyczyny zmian stawowych w łuszczycowym zapaleniu stawów.
W patogenezie łuszczycowego zapalenia stawów podkreśla się rolę zapaleń przyczepów ścię gnistych (zapalenie przyczepów więzadeł,
ś
cięgien, torebki stawowej i powięzi do ko
ś
ci). Uważa się, ze zmiany zapalne w błonie maziowej stawów mog
ą
być wywołane przez mediatory zapalenia pochodz
ą

ce ze zmienionych zapalnie przyległych przyczepów
ś
cięgien. Jednak w
ś
wietle lej koncepcji nic jest całkiem jasny zwi
ą
zek między zmianami skórnymi i stawowymi w tej chorobie. Zmiany skórne zlokalizowane s
ą
najczę
ś
ciej w miejscach narażonych na ucisk, za
ś
przyczepy
ś
cięgien poddawane s
ą
działaniu dużych sił, być może odpowiedz immunologiczna wyzwalana jest w obu przypadkach przez czynniki fizyczne.
Zapalenie przyczepów ścięgnistych występuje jako wczesna zmiana w ł.z.s i innych spondyloartropatiach, natomiast bardzo rzadko spotyka się je u chorych na r.z.s.
Zmiany w stawach obwodowych początkowo podobne są do zmian w r.z.s, z czasem jednak odróżniaj ą się od nich obecnością dużej ilo
ś
ci tkanki włóknistej w błonie maziowej, skłonno
ś
ci
ą
do kostnienia i odczynów zapalnych w okostnej.

OBRAZ HISTOLOGICZNY

Podobieństwo zmian histologicznych w zajętej skórze i błonie maziowej pozwala podejrzewać ,że proces zapalny w obu przypadkach jest stymulowany przez czynniki immunologiczne, a zwłaszcza przez limfocyty T. Histologiczna analiza zmian łuszczycowych skóry pokazuje, że naciek komórek T poprzedza inne zmiany a analiza rodzaju cytokin produkowanych przez limfocyty wskazuje na zwiększoną produkcję 11-2 i interferonu gamma. Interferon gamma wydzielany przez, limfocyty T występuj ące w zmienionym łuszczycowo naskórku może indukować in vitro hiperproliferację keratynocytów. Podobnie tłumaczy się patomechanizm zapalenia błony maziowej.
W obrazie histologicznym błony maziowej w ł.z.s obserwuje się jej rozrost i nacieczenie zapalne, podobnie jak w r.z.s. Drobne naczynia krwionośne mają szerokie światło a ich śródbł onki, s
ą

obrzęknięte. Warstwa wy
ś
ciółkowa jest pogrubiała , niekiedy ulegamartwicy. Nacieki zapalne składaj
ą
się z limfocytów, plazmocytów i granulocytów obojętnochlonnych, a niekiedy z plazmocytów dwu j
ą
drowych i ciałek Russela. W przypadkach o długim przebiegu może nast
ą
pić zwłóknienie błony maziowej. Natomiast w obrębie torebki stawowej obserwuje się głównie ogniska kostnienia.
Nasilony rozrost naczyń może przyczyniać się do zwiększenia objętości płynu stawowego. Wykazano ,że objęto ść
płynu jest większa w ł.z.s niż w innych zapaleniach (II). W zmianach dłużej trwaj
ą
cych różnice między ł.s a r.z.s s
ą
jeszcze wyra
ź
niejsze- zwłaszcza w dystalnych stawach międzypaliczkowych. W łuszczycy stawowej stwierdza się znaczne pogrubienie
ś
cian małych i
ś
rednich naczyń. Cech
ą
wyra
ź
nie różnicuj
ą
c
ą
s
ą
zmiany w naczyniach fałdu paznokciowego obserwowane w tej jednostce chorobowej polegaj
ą
ce na ich wybitnie krętym przebiegu prowadz
ą
cym do znacznego spowolnienia przepływu krwi (34). Należy też pamiętać, że w łuszczycy stawowej występuj
ą
ogniskowe zmiany zapalne w obrębie przyczepów
ś
cięgnistych oceniane za pomoc
ą
badań rezonansu magnetycznego. O ile w

reumatoidalnym zapaleniu stawów pierwotne zmiany dotyczą maziówki, to w łuszczycy stawowej przyczepów ścięgnistyc h, prowadz ą c wtórnie do zmian typu synovitis.

KLASYFIKACJA ŁUSZCZYCY STAWOWEJ

Wprowadzona w 1973r przez Molla i Wrighla klasyfikacja łuszczycy stawowej stosowana jest do dzisiaj. Wyróżniamy w niej następujące postacie choroby: zapalenie kilku (lub jednego) stawów, zwykle niesymetryczne dotyczy ok. 70% przypadków zapalenie wielostawowe z symetrycznymi zmianami w stawach, podobne do rzs, jednak nie stwierdza się czynnika reumatoidalnego IgM w surowicy (ok. 15% pacjentów) zapalenie stawów, głównie stawów międzypaliczkowych i dalszych z częstym zajęciem paznokci (ok. 5% pacjentów) zapalenie stawów o bardzo ciężkim przebiegu, gdzie dochodzi do osteolizy ko ś ci palców (palce teleskopowe) oraz uogólnionego zesztywnienia stawów (dotyczy ok.5% pacjentów) zapalenia stawów kręgosłupa skojarzone z poprzednimi postaciami lub bez objawów ze strony innych stawów, podobne do zesztywniaj ą cego zapalenia stawów kręgosłupa, które może być ograniczone do odcinka szyjnego kręgosłupa lub stawów krzyżowo- biodrowych (dalszych 5% pacjentów). Wszystkie te odmiany mogą się na siebie nakładać, stąd w 1994r zaproponowano podział łuszczycy stawowej na trzy podstawowe postacie: z asymetrycznym zajęciem pojedynczych stawów z symetrycznym zajęciem wielu stawów, w tym dystalnych międzypaliczkowych i stawów kręgosłupa prowadz ą cym często do zmian zniekształcaj ą cych postać o dominuj ą cych zmianach w kręgosłupie z możliwo ś ci ą zajęcia pojedynczych stawów mniejszych.

OBJAWY I PRZEBIEG ŁUSZCZYCY STAWOWEJ

Przebieg choroby jest zróżnicowany. Początek może być ostry i przypominać napad dny moczanowej lub rzut gor ączki reumatycznej. Częś ciej jednak objawy rozwijaj ą

się stopniowo. Zwykle też choroba przebiega z okresami zaostrzeń, między którymi występuj
ą
nieraz długotrwale remisje. Zazwyczaj dochodzi do zapalenia niewielkiej liczby stawów (oligoarthritis) lub wielu stawów (poliarthritis). Rzadziej obserwuje się zapalenie jednego stawu (monoarthrits). Czę
ś
ciej zajęte s
ą
stawy kończyn dolnych, bo aż w 95% przypadków. Łuszczycowe zapalenie stawów ma znamienny obraz kliniczny w przebiegu łuszczycy stawowej w odróżnieniu do r.z.s jest asymetria zmian stawowych. Niekiedy jednak dochodzi do symetrycznego zapalenia stawów trudnego cło odróżnienia Zajęte stawy s
ą
najczę
ś
ciej obrzękłe, skóra nad nimi bywa zaczerwieniona, napięta. Występuje bolesno
ś
ć uciskowa, zdarza się poranna sztywno
ś
ć stawów i ograniczona ruchomo
ś
ć. W pó
ź
niejszych okresach dochodzi do zniekształceń stawów. Nie obserwuje się występowania guzków reumatoidalnych.
Typowym objawem łuszczycowego zapalenia stawów jest zapalenie dystalnych stawów międzypaliczkowych rąk i stóp określane jako „palce kiełbaskowate" Nie jest do końca jasne, co może być pierwotn ą przyczyną tego objawu. Kliniczne cechy obrzęku zapalnego całego palca z bólem zlokalizowanym wzdłuż
ś
cięgien zginaczy sugeruj
ą
, ze jedn
ą
z przyczyn może być zapalenie pochewek
ś
cięgien mię
ś
ni zginaczy, współistniej
ą
ce z zapaleniem stawów międzypaliczkowych i
ś
ródręcznopaliczkowych. U pacjentów z ł.z.s w badaniu za pomoc
ą
rezonansu magnctyczno-j
ą

drowcgo można zauważyć okołostawowy high signal intensilY, wskazuj
ą
cy na obecno
ś
ć obrzęku zapalnego, co może wyja
ś
nić pochodzenie „palców kielbaskowatych". U chorych obserwuje się tendencję do powstawania dużych zniekształceń
rąk i stóp z odchyleniem poszczególnych paliczków w stosunku do osi palców odmiennie niż w przypadku rzs, w którym charakterystyczne jest łokciowe odchyleni palców.
W obrębie kończyn górnych, oprócz wspomnianych zmian w stawach międzypaliczkowych dalszych obserwuje się zmiany w stawach
śródręcznopaliczkowych, nadgarstkowych, łokciowych i barkowych, zaś w kończynach dolnych-skokowe, kolanowe, biodrowe, które mog
ą
charakteryzować się bólem, obrzękiem i ograniczeniem ruchomo
ś
ci lub rzadziej wył
ą
cznie bólem. U chorych na łzs często obserwuje się zapalenie ko
ś
ci okostnej dystalnego paliczka pierwszego palca kończyny dolnej. Współistnieje ono ze zmianami w paznokciach(48%) krostowato
ś
ci
ą
dłoniowo-podeszwow
ą
(42,8%) i zmianami w stawach stop.
Zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych występują u ok.40% chorych, a w stawach krzyżowo-biodrowych u 20%, czasem jednostronnie. Dochodzi wówczas do ograniczenia ruchomo ści kręgosłupa bądź całkowitego jego usztywnienia, podobnie jak u pacjentów z zesztywniaj
ą
cym zapaleniem stawów kręgosłupa. Opisywane s
ą
również przypadki zajęcia innych stawów, np. mostkowo-obojczykowych a także żuchwowych (18). Zmiany pozastawowe obejmuj
ą
zapalenie przyczepów więzadeł,
ś
cięgien, torebek stawowych i powięzi do ko
ś
ci. Do najczę
ś
ciej spotykanych należ

ą
: zapalenie kaletki krętarzowej, zapalenie
ś
cięgna Achillesa i zapalenie bocznego nadkłykcia. Często taki stan zapalny objawia się jako ból zlokalizowany w dolnej lub tylnej czę
ś
ci pięty. Inn
ą
postaci
ą
zmian pozastawowych jest zapalenie chrz
ą
stozrostów pomiędzy rękoje
ś
ci
ą
a trzonem mostka lub w spojeniu łonowym. U chorych z zajęciem stawów krzyżowo biodrowych i kręgosłupa, podobnie jak w innych spondyloartropatiach może wyst
ą
pić zapalenie tęczówki.
Łuszczyca stawowa może towarzyszyć wszystkim postaciom łuszczycy skóry. W większości przypadków (ok.60%) zmiany skórne poprzedzaj
ą
rozwój zmian stawowych nawet o 20 lat, ale w ok. 16% przypadków przebieg może być odwrotny, a u ok. 10% chorych objawy skórne i stawowe mog
ą
rozwin
ą
ć się równocze
ś
nie. W kolejnych rzutach choroby zwiększa się często
ś
ć jednoczesnego występowania zmian na skórze i stawach. Umiejscowienie i nasilenie zmian skórnych może być różne. Najczę
ś
ciej występuj
ą
w okolicach narażonych na ucisk, a więc na kolanach i łokciach, rzadziej na skórze głowy, dłoni i stóp. S
ą
one wielopostaciowe. Maj
ą
charakter łuszczycy pospolitej, krostkowej, kroplislej, wysiękowej lub erytrodermii luszczycowej. Inna postaci
ą
do

ś
ć charakterystyczn
ą
dla łuszczycowego zapalenia stawów jest łuszczyca odwrócona zlokalizowana
npowierzchniach dłoniowych i podeszwowych kończyn górnych i dolnych, w bru
ź
dzie miedzypo
ś
ladkowej i na narz
ą
dach rodnych. Ma ona tendencję do przechodzenia w erytrodermię złuszczaj
ą
c
ą
W odróżnieniu od łuszczycy prostej, ta postać charakteryzuje się
ś
wi
ą
dem.
Często jedynym objawem dermatologicznym u chorych na łzs są zmiany paznokciowe co obserwuje się u ok. 56% chorych. Ich charakter jest różnorodny od plam olejowych paznokci naparstkowych do rogowacenia podpaznokciowego, powstawania głębokich bruzd, zmiany zabarwienia, oddzielenia się płytki od łożyska i całkowitego jego zniszczenia.

ZMIANY RADIOLOGICZNE

Zmiany radiologiczne stwierdzone w układzie koslno-stawowym w okresach wczesnych łuszczycowego zapalenia stawów są podobne do zmian występujących u pacjentów z rzs. W obrębie r ąk i stóp obserwuje się zwężenie szpar stawowych , nadżerki , geody zapalne i podwichnięcia. W pó
ź
niejszych okresach zmiany radiologiczne staj
ą
się bardziej charakterystyczne dla ł.z.s i przedstawiaj
ą
się następuj
ą
co: nadżerki brzeżne wzdłuż trzonów paliczków przy zachowaniu prawidłowej szpary stawowej obraz "zaostrzonego ołówka" spowodowany scieńczeniem dystalnej czę
ś
ci paliczka nadżerki końcowych czę
ś
ci paliczków wskutek resorpcji (acro-osteolysis) tendencja do zajmowania dystalnych stawów międzypaliczkowych zapalenie okostnej w miejscach przyczepów mię

ś
ni (zwłaszcza na trzonach ko
ś
ci
ś
ródręcza i
ś
ródstopia) zesztywnienie stawów międzypaliczkowych całkowita resorpcja stawów (charakterystyczna dla postaci okaleczaj
ą
cj l.z.s) kostnienie okołokręgosłupowe, zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych.

Rezonans magnetyczno-jądrowy jest pomocny w wykrywaniu zmian w tkankach miękkich (w tym w ścięgnach, torebce stawowej, błonie maziowej i chrząstce), a także w ko
ś
ciach. Dlatego podkre
ś
la się rolę tego badania w uwidocznieniu wczesnych zmian w postaci zapaleń przyczepów
ś
cięgnistych z zapaleniem s
ą
siaduj
ą
cego szpiku i tkanek miękkich, które s
ą
objawem charakterystycznym dla eronegatywnych zapaleń stawów , a w niewielkim stopniu występuj
ą
u chorych na r.z.s (22). Scyntygrafia ko
ś
ci natomiast pozwala na ujawnienie zmian w stawach u chorych na ł.z.s , u których nie obserwuje się jeszcze klinicznych objawów zapalenia stawów. Dzięki dużej czuło
ś
ci umożliwia ono wykrycie zmian często niewidocznych na zdjęciach rtg.

ODCHYLENIA LABORATORYJNE

W badaniach laboratoryjnych najbardziej stałym zjawiskiem obserwowanym w ł.s jest nieobecność czynnika reumatoidalnego klasy IgM w surowicy krwi. W okresie zaostrzeń stwierdza się przyspieszone opadanie krwinek (nawet do warto ści trzycyfrowych), leukocytozę obojętnochłonn

ą
, zwiększone wska
ź
niki fazy ostrej i globulin gamma (szczególnie IgA). W przewlekaj
ą
cych się zaostrzeniach dochodzi do niedokrwisto
ś
ci normobarwliwej. U niektórych chorych obserwuje się zwiększone stężenie kwasu moczowego w surowicy (9). O
aktywności choroby może też świadczyć obecność krążących kompleksów immunologicznych. W płynie stawowym u chorych na łzs stwierdza się przewagę granulocytów z jądrami wielopłatowymi. Obserwuje się zwiększenie aktywno
ś
ci kwa
ś
nej fosfatazy, alfaglukoronidazy i dehydrogenazy mleczanowej, a także wzrost stężenia albumin i globulin oraz fibrynogenu.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Jak dotąd nie określono jeszcze powszechnie przyjętych kryteriów diagnostycznych w rozpoznaniu łuszczycowego zapalenia stawów. Najczę ściej stosuje się kryteria Methiesa: lokalizacja zmian w dystalnych stawach międzypaliczkowych asymetria zmian stawowych rzekomo-dnawe zapalenie stawów palucha ból pięty i zmiany o typie zapalenia przyczepów obecno
ś
ć zmian łuszczycowych i/lub łuszczycy paznokci potwierdzone przypadki łuszczycy w
ś
ród najbliższych krewnych ujemne testy w surowicy lub płynie stawowym na obecno
ś
ć czynnika reumatoidalnego typu IgM zmiany radiologiczne: osteoliza nawarstwień okostnowych, brak osteoporozy w przynasadach asymetryczne zmiany w stawach krzyżowo-biodrowych w obrazie rtg obecno
ś
ć w kręgosłupie skostnień przykręgowych, tak zwanych parasyndesmofitów. Stwierdzenie pięciu z wymienionych kryteriów przy ujemnych odczynach serologicznych na czynnik reumatoidalny pozwala rozpoznać łuszczycowe zapalenie stawów.

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Łuszczycowe zapalenie stawów należy różnicować z: r.z.s, zzsk, zespołem Reitera, zapaleniami stawów w przebiegu chorób jelit, gorączką reumatyczną i dną, sarkoidozą, infekcjami i odczynowymi zapaleniami stawów oraz chorob
ą
zwyrodnieniow
ą
stawów, zwłaszcza z obecno
ś
ci
ą
guzków Heberdena (4, 17).

Diagnostyka różnicowa ł.z.s jest jednak trudna ze względu na duże podobieństwo do innych chorób stawów, szczególnie reumatoidalnego zapalenia stawów i zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.

ŁUSZCZYCA STAWOWA A INNE JEDNOSTKI CHOROBOTWÓRCZE

Łuszczycowe zapalenie stawów może współistnieć z innymi chorobami np. cictie conglohald i chorobami zapalnymi jelit. Dyskusyjne jest współistnienie zespołu SAPHO (synnvilis, acnc, pusfulosis , hyperoslosis, osteitis) ł.z.s. Nie jest pewne, czy jest to jeden z rodzajów łuszczycowego zapalenia stawów, czy raczej jednostka związana ze spondyloartropatiami. W kilku pracach opisano nieliczne przypadki zespołu psoriatic onycho-pachydenno-pcriostitis. Charakteryzuje się on bolesnymi zmianami na paznokciach, obrzękiem tkanek miękkich nad paliczkami dystalnymi i reakcj ą okostnow
ą
tej okolicy z nadżerkami kostnymi zwykle bez zajęcia dystalnych stawów międzypaliczkowych. Mimo, że pocz
ą
tkowo łuszczycowe zapalenie stawów było traktowane jako łagodna choroba, w ci
ą
gu ostatniego dziesięciolecia zostało uznane za postępuj
ą
c
ą
postać zapalenia stawów, która prowadzi do zniszczenia stawów i kalectwa u prawie 20% pacjentów.

LECZENIE ŁUSZCZYCY STAWOWEJ

Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów rozpoczyna się zwykle od podania niesteroidowych

leków przeciwzapalnych. Należy zaznaczyć jednak, że leki te nie zmieniają przebiegu choroby i nic zapobiegaj ą
trwałemu uszkodzeniu stawów, mog
ą
natomiast zaostrzać zmiany skórne poprzez hamuj
ą
cy wpływ na cyklooksygcnazę. Powinny być stosowane w monotcrapi tylko w łagodniejszych postaciach ł.s, kiedy głównymi dolegliwo
ś
ciami s
ą
różnie nasilone artralgie. Przy zajęciu pojedynczych stawów wielu autorów zaleca dostawowe wstrzyknięcia kortykostcrydów, które wywieraj
ą
wybitnie korzystny efekt na stan zapalny. Obawy zwi
ą
zane z tym postępowaniem dotycz
ą
możliwo
ś
ci wprowadzenia
ś
ródstawowej infekcji podczas wykonywania iniekcji poprzez grube, pokryte łuskami zmiany skórne. Kontrowersyjne jest nadal ogólne podawanie kortykosteroidów u pacjentów z ł.s. Natychmiastowy korzystny wpływ na subiektywne i obiektywne zmiany stawowe jest niew
ą
tpliwy. Pozostaje problem efektów odległych z dobrze udokumentowanym zjawiskiem typu rebound cffcct, zarówno na zmiany skórne jak i stawowe. Przewlekle natomiast stosowanie małych dawek steroidów doprowadza do powstania oporno
ś
ci na inne rodzaje leków np. na cyklosporynę A lub metotreksat. Brak poprawy po leczeniu lekami przeciwzapalnymi oraz szybki post
ą
p zmian destrukcyjnych w przebiegu łuszczycowego zapalenia stawów jest wskazaniem do zastosowania leków modyfikuj
ą
cych przebieg choroby. Do tej grupy należ
ą
: metotreksat, sole złota, leki antymalaryczne, sulfasalazyna, pochodne witaminy A, azatiopryna, cyklosporyna A, psoralen i PUVA.

Metotreksat jest lekiem stosowanym od 1951r. o niewątpliwie najlepiej udokumentowanej skuteczno ści w łuszczycy stawowej przeciętna dawka wynosi od 7,5-15 mg/tydzień. Podkre
ś
lany jest fakt wysokiej skuteczno
ś

ci leku zwłaszcza w przypadkach wczesnych, choć efekt można dopiero zaobserwować po upływie ok.l-3 miesięcy. Dawki mniejsze niż 7,5 mg/tydzień mog
ą
być nieskuteczne, wyższe natomiast, zwłaszcza przy dłuższym podawaniu leku, mog
ą
wybitnie zwiększać często
ś
ć i nasilenie objawów niepoż
ą
danych. Przy obecnie stosowanych dawkach toksyczny wpływ na w
ą
trobę jest rzadko obserwowany, a najczęstszymi objawami ubocznymi s
ą
bóle brzucha i zapalenie
ś
luzówek jamy ustnej. Stosowanie soli złota pozwala uzyskać poprawę u ok.50-75% chorych na łuszczycowe zapalenie stawów, zwłaszcza w przypadku zmian wielostawowych przypominaj
ą
cych rzs. Jednak ze względu na możliwo
ś
ć zaostrzenia stanu skóry ł
ą
cznie z wysiewem zmian krostowych obecnie rzadko s
ą
stosowane. Podobnie nie należy stosować leków przeciwmalarycznych, gdyż powoduj
ą
wyst
ą
pienie licznych objawów niepoż
ą
danych, w tym także zaostrzenie zmian skórnych.

Sulfasalazyna wywiera pozytywny wpływ zarówno na zmniejszenie nasilenia dolegliwości stawowych jak i skórnych. Jest lekiem dobrze tolerowanym, objawy uboczne s
ą
rzadkie, dawka dzienna 2,0g, czas podawania około 2 lat. W Polsce lek często jest stosowany, na
ś
wiecie oceniany różnie. Niektórzy autorzy wręcz neguj
ą
istotny wpływ sulfasalazyny na zmiany stawowe.

Syntetyczne pochodne witaminy A (retinoidy) są efektywnym lekiem w leczeniu łuszczycy jak i łuszczycowego zapalenia stawów. Działaj ą
one przeciwzapalnie, hamuj
ą
migrację neutrofili, hamuj
ą

produkcję kolagenazy w błonie synowialnej, a być może maj
ą
też wpływ na procesy immunologiczne ,szczególnie w zakresie odpowiedzi komórkowej. Wprowadzenie ich do leczenia stanowi duży postęp ze względu na wysok
ą
skuteczno
ś
ć, jednakże duża często
ś
ć występowania elektów niepoż
ą
danych ogranicza możliwo
ś
ć stosowania retinoidów. Do najpoważniejszych efektów ubocznych stosowania retinoidów należ
ą
: przyspieszone dojrzewanie chrz
ą
stek nasadowych ko
ś
ci, poszerzenie końców ko
ś
ci długich, zwężenie trzonów ko
ś
ci długich, kostnienie przedniego podłużnego więzadla kręgosłupa oraz innych
ś
cięgien i więzadcljosteoporoza i uogólniona korowa hiperostoza. Podczas terapii retinoidami niezbędne jest monitorowanie parametrów w
ą
trobowych i poziomu lipidów, z jednoczesn
ą
pełn
ą
antykoncepcj
ą
u kobiet.
Wislowska i wsp wskazują na korzystne wyniki leczenia ciężko przebiegającej łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów metodami kojarzonymi- PUVA (psolareny +promienie UVA) i retinoidy równocze
ś
nie. Ta metoda pozwala na zmniejszenie ogólnej dawki promieniowania UV i retinoidów, co ma istotne znaczenie w zapobieganiu działaniom niepoż
ą
danym. Leczenie cyklosporyn
ą
A w dawce 5mg/kg/dzień przez okres 12-14 tygodni powoduje poprawę zarówno w zakresie

skóry jak i stawów objętych procesem zapalnym. Niestety, ze względu na występowanie zaostrzenia choroby w przeci
ą
gu 4 tygodni od momentu odstawienia leku oraz występowanie licznych objawów niepoż
ą
danych (niewydolno
ś
ć nerek, objawy nenrologiezne) możliwo
ś
ci stosowania leku s
ą
ograniczone.
Warto w tym miejscu wspomnieć o terapii skojarzonej cyklosporyną A i metotreksatem w szczególnie ciężkich przypadkach łuszczycowego zapalenia stawów. Leczenie skojarzone stosuje się w celu zwiększenia skuteczno
ś
ci podawanych preparatów przy jednoczesny obniżeniu dawek leków i zmniejszenia ryzyka wyst
ą
pienia niepoż
ą
danych objawów ubocznych. W badaniu jakie przeprowadzili A.Czaniecka i wsp.(5) podawano cyklosporynę A w dawce 2-3 mg/kg/dobę przez 3 tygodnie, a następnie w dawce 1-1,5 mg/kg/dobę. Metotreksat był podawany w dawce 7,5 mg raz w tygodniu doustnie, w trzech dawkach podzielonych co 12 godzin. Kuracja trwała 12 tygodni. Po 10 tygodniach terapi stwierdzono cofnięcie się zmian skórnych i brak bólów stawowych u wszystkich leczonych.
Obecnie w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów coraz więcejuwagi poświęca się roli antagonistów TNF-alfa, do których należy etanercept i infliksimab. TNF-alfa występuje w zwiększonym stężeniu w płynie stawowym i błonie maziowej u pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów, a także w skórze chorych na łuszczycę. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzaj ą duż
ą
skuteczno
ś
ć antagonistów TNF-alfa. Leki te wydaj
ą
się być dobrze tolerowane przez chorych i nie wykazuj
ą
znacz
ą
cego działania
toksycznego, poza łagodną reakcją miejscową w miejscu wstrzyknięcia. Uważa się, że stosowanie tych leków może stać się nowym rozwi
ą
zaniem terapeutycznym. Do nowych metod leczenia łuszczycy stawowej zaliczamy też pozaustrojow

ą
folocliemoterapię. Metoda ta polega na pozaustrojowym na
ś
wietlaniu UVA wyizolowanych i odpowiednio zagęszczonych limfocytów chorego, zmieszanych z odpowiedni
ą
ilo
ś
ci
ą
jego plazmy, zawieraj
ą
cej podany dwie godziny wcze
ś
niej psoralen. Limfocyty na
ś
wietla się przez 4-5 godzin UVA, po czym przetacza je z powrotem choremu. Większo
ś
doniesień przedstawia wybitnie korzystny i długoterminowy (12-miesięczny) wpływ tej metody na parametry reumatologiczne. Ze względu na konieczno
ś
ć posiadania specjalistycznej aparatury do zabiegów nie jest ona jednak powszechnie stosowana. Około 4% pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów ze znacznym zniszczeniem i zniekształceniem stawów wymaga operacji chirurgicznej. Najczę
ś
ciej jest to korekcja i usztywnienie lub synowektomia albo nawet endoprotezoplastyka. Dawniej uważano, że zmiany skórne s
ą
przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu, ale badania wykazały, że wyniki zabiegów wykonywanych u pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów s
ą
porównywalne z wynikami obserwowanymi u chorych na inne postacie zapaleń stawów. Niedoceniana w leczeniu jest rehabilitacja ruchowa, a także kinezyterapia oraz balneoterapia. Opisano korzystne wyniki leczenia chorych solami z Morza Martwego, okładami borowinowymi lub k
ą
pielami siarkowymi.

Łuszczycowe zapalenie stawów c.d.

Łuszczycowe zapalenie stawów to przewlekła choroba zapalna stawów, która często występuje z łuszczycą, choć nie zawsze jest to regułą; czasem symptomy łuszczycy mogą być ledwie zauważalne. Łuszczyca może poprzedzać wyst
ą
pienie zapalenia stawów, obie choroby mog
ą
wyst
ą
pić równocze
ś
nie, lub zapalenie stawów może wyprzedzać zmiany łuszczycowe; jednak schorzenia te przebiegaj
ą
niezależnie od siebie. Leczenie łuszczycy nie powoduje ust
ą
pienia objawów zapalenia stawów. Bardzo często łuszczycowe zapalenie stawów jest mylone z zesztywniaj
ą
cym zapaleniem stawów kręgosłupa, reaktywnym zapaleniem stawów, czy też reumatoidalnym zapaleniem stawów. Bardzo za
ś
charakterystycznym objawem jest zajmowanie stawów międzypaliczkowych dalszych ręki lub stopy, a także powstawanie wokół nadżerek stawowych wyro
ś
li kostnych, a także niesymetryczne zajmowanie stawów.

W łuszczycowym zapaleniu stawów nie występuje czynnik reumatyczny. Zapalenie to dotyczy głównie stawów obwodowych, ale może też zajmować kręgosłup i stawy krzyżowo-biodrowe. Powoduje powstawanie deformacji w stawach i nieuchronnie prowadzi do inwalidztwa. Oprócz stawów zajęte mogą być i przyczepy ścięgien, kaletki maziowe i inne tkanki okołostawowe. Przykładem jest objaw palca kiełbaskowatego, czyli występowania w przebiegu łuszczycowego zapalenie stawów zapalenia wszystkich tkanek okołostawowych i stawów palca z jego opuchnięciem, bólem, zaczerwienieniem i uciepleniem. Często zdarza się, że choroba zajmuje jeden duży staw, na przykład kolanowy albo biodrowy. Przebiega różnie. Mog
ą
pojawiać się liczne remisje, na przemian z zaostrzeniami choroby, która również może mieć przebieg od łagodnego do ciężkiego. Rokowanie w tej chorobie w dużym stopniu zależy od wieku, w jakim pojawił się pierwszy rzut choroby. Im dłużej trwa choroba i im młodszy pacjent, tym rokowanie jest gorsze.

Łuszczycowe zapalenie stawów występuje z częstością około 0,1 % na świecie, z porównywalną ilością zachorowań u mężczyzn i kobiet, zaś najczęściej chorują ludzie w przedziale wiekowym od 20 do 40 roku życia. Nosiciele antygenu HLA-B27 są bardziej predysponowani do rozwoju łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów.

Odmiany łuszczycowego zapalenie stawów.

Odmiana klasyczna łuszczycowego zapalenie stawów, zajmująca stawy międzypaliczkowe dalsze rąk i stóp - jest to dość charakterystyczne dla łuszczycowego zapalenie stawów i pozwala zróżnicować ten rodzaj zapalenia stawów z reumatoidalnym zapaleniu stawów. Częściej chorują na tę odmianę mężczyźni niż kobiety. Zmiany łuszczycowe w tym przypadku mogą ograniczać się do występowania objawu naparstka na paznokciach - są to małe zagłębienia sprawiające wrażenie jakby paznokcie były pokłute szpilką. Prowadzi do deformacji stawów. Arthritis mutilans, jest to rzadka odmiana, w której dochodzi do znacznych deformacji i ubytków kości palców, w wyniku osteolizy. Zapalenie wielostawowe o układzie symetrycznym, trudne do odróżnienia od reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), gdy RZS występuje w postaci seronegatywnej (czyli nie ma czynnika reumatoidalnego we krwi). Występuje razem z łuszczycą i nie ma charakteru układowego. Atakuje stawy międzypaliczkowe dalsze palców i to odróżnia ją od RZS. Stawy stają się sztywne. Może dochodzić do powstawania stanu zapalnego w obrębie przyczepów

cięgien i
do zmniejszania gęstości kości w okolicach okołostawowych. Nielicznostawowe zapalenie o układzie niesymetrycznym, które dotyka też często stawy palców. Występuje najczę
ś
ciej spo
ś
ród wszystkich odmian i bardzo często atakuje stawy kończyny dolnej, powoduj
ą
c zapalenia stawów palców stóp i r
ą
k, z tworzeniem wysięku w stawach, w tym również w
kolanowych, ze skłonnością do ciągłych nawrotów. Odmianie tej często towarzyszy łuszczyca i objaw palca kiełbaskowatego. Z biegiem czasu może doprowadzić do destrukcji stawów i kalectwa. Odmiana zajmuj ąca stawy kręgosłupa, przypomina ZZSK i trudno j ą od zesztywniają
cego zapalenia stawów kręgosłupa odróżnić. Jedyn
ą
różnic
ą
jest niesymetryczne zajmowanie stawów krzyżowo-biodrowych. Dotykać też może również przyczepów
ś
cięgien, prowadz
ą
c do ich zapalenia (enthesitis). Prócz stawów kręgosłupa zajmowane s
ą
stawy obwodowe i pojawia się sztywno
ś
ć.

Trudności w postawieniu rozpoznania może sprawić występowanie prawie niezauważalnych objawów łuszczycy, występowanie jej odmian, czy też współistnienie zapalenia stawów z towarzysz ącymi innymi chorobami skóry, mylnie sugerującymi łuszczycowe zapalenie stawów.

We krwi nie ma czynnika reumatoidalnego (RF), co ma znaczenie w różnicowaniu tej choroby z seronegatywnym reumatoidalnym zapaleniem stawów, poza tym, RTG może wykazać zmiany w stawach międzypaliczkowych dalszych - co jest patognomiczne dla łuszczycowego zapalenie stawów, a także wszelkie zmiany w postaci narośli kostnych pojawiających się w otoczeniu nadżerek, czy też brak symetrii w zajmowaniu przez proces zapalny stawów. Podwyższone mog
ą

być OB i CRP.

Leczenie łuszczycowego zapalenie stawów.

Celem leczenia łuszczycowego zapalenie stawów jest zapobieganie kalectwu. Choroba prowadzi do destrukcji stawów i ich usztywnienia. Pacjent powinien być świadomy swojej choroby i powinien w pełni współpracować z lekarzem, gdyż tylko wtedy możliwa jest pełna kontrola choroby.

Aby zapobiegać usztywnieniom, należy zadbać o ruch i utrzymanie odpowiedniej aktywności fizycznej. Nie należy tutaj jednak przesadzać, gdyż zbyt intensywne obci
ą
żanie stawów może mieć złe skutki.

Przydatne może być stosowanie w diecie tranu rybnego, unikanie stresu, infekcji, czy też urazów i innych czynników, mogących spowodować wystąpienie rzutu choroby. Istnieje też pewna grupa leków, których chory powinien unikać, a mianowicie s
ą
to: beta-blokery, sole litu, oraz leki przeciwmalaryczne (chinina, chinidyna).

W leczeniu mają zastosowanie leki zmniejszające ból, czyli niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki modyfikuj ące przebieg choroby - metotrexat, sulfasalazyna itp. - stosowane w zależno
ś
ci od odmiany choroby. W przypadku odmiany zajmuj
ą
cej kręgosłup bardziej wskazana jest sulfasalazyna, a metotrexat, gdy proces zapalny atakuje stawy obwodowe.

Ważne jest natomiast, aby nie stosować leczenia lekami modyfikującymi przebieg choroby w przypadku odmiany ŁZS zajmuj
ą
cego stawy międzypaliczkowe dalsze.

Istnieje też alternatywa dla leczenie farmakologicznego w postaci zabiegu chirurgicznego. Obejmuje on 2 procedury: synowektomię i plastykę stawu. Takie leczenie wskazane jest u chorych z dużego stopnia zniekształceniami i ograniczeniami ruchów.

Łuszczycowe zapalenie stawów to przewlekła choroba zapalna stawów uwarunkowana genetycznie(antygen HLA-27) z towarzyszącymi objawami skórnymi (łuszczyca). Początek choroby występuje zwykle między 20 a 50 rokiem życia,
przyczyna jest nieznana. Chorobę charakteryzuje wzmożona odpowiedź immunologiczna prowadząca do destrukcji stawów oraz zmian skórnych. Nie ma ścisłego związku między zmianami skórnym i stawowymi (zarówno co do czasu jak i rozległości zmian). Charakterystyczne zmiany (nadżerki, osteoliza, przebudowa kości) dotyczy różnych grup stawowych, ale lokalizacja w stawach kręgosłupa oraz w stawach krzyżowo-biodrowych jest istotnie charakterystyczna dla tej choroby. Przebieg kliniczny to nawroty i remisje. Leczenie obejmuje edukację chorego, rehabilitację, w tym fizjoterapię i kinezyterapię, zaopatrzenie ortopedyczne oraz oczywiście farmakologiczne. Związek z cukrzycą typu I jest niejednoznaczny, ale prawdopodobny (obie choroby o podłożu immunologicznym). Choroba wymaga diagnostyki, leczenia i okresowej kontroli przez reumatologa.

Łuszczycę stawową najogólniej zdefiniować można jako przewlekłą chorobę zapalną, która odznaczać będzie się współistnieniem łuszczycy skóry oraz zapalenia stawów. Częstość występowania łuszczycowego zapalenia stawów nie jest cały czas dokładnie ustaloną. Obecnie ocenia się, że dotyczyć może maksymalnie dwóch procent populacji, co jednak uzależnione jest od warunków geograficznych. Według poszczególnych autorów zajęcie stawów stwierdza się u dobrych kilku procent osób chorujących na łuszczycę.

Dokładna przyczyna tego rodzaju zapalenia stawów połączonego z łuszczycą nie jest do końca znana. W rozwoju choroby bardzo duż

ą
rolę odgrywać będ
ą
przede wszystkim predyspozycje o podłożu genetycznym. Rozpoznać można j
ą
przede wszystkim po zapaleniu stawów biodrowych, kręgosłupa, czasami także nadgarstkowych. Oprócz tego objawiać będzie się zapaleniem stawów, zmianami skórnymi, zmianami zauważalnymi na paznokciach, a w skrajnych przypadkach także pozastawowymi.

Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów rozpoczynać będzie się przeważnie od podawania leków przeciwzapalnych nie zawierających w sobie pochodnych sterydów. Zaznaczyć należy jednak, że leki tego rodzaju nie będ ą zmieniały przebiegu choroby i nie zapobiegaj
ą
uszkodzeniu stawów, mog
ą
jednak zahamować zachodz
ą
ce zmiany i rozwój choroby. W momencie kiedy jednak
leki te nie będą przynosiły efektów oraz zauważalne będą postępujące zmiany destrukcyjne wskazane jest wtedy stosowanie leków, które będ
ą
miały wpływ ma modyfikację choroby. Do grupy tej należeć będ
ą
między innymi sole złota, witamina A oraz jej pochodne i wiele, wiele innych.

Powyżej wymienione będą wywierały pozytywny wpływ między innymi na redukcję dolegliwości stawowych, a jednocze
ś
nie przy tym zminimalizuj
ą
problem łuszczycy. Takowe leki będ
ą
dobrze tolerowane przez organizm, a objawy uboczne s
ą
bardzo rzadkie, a je
ś
li już występuj
ą
to nie będ
ą
zagrażały naszemu życiu. W skrajnych przypadkach choroba ta wymagała będzie interwencji

chirurgicznej, najczę
ś
ciej polegać będzie ona na usztywnieniu i korekcji stawów, w których występuje stan zapalny.

Łuszczyca stawów znana również pod pojęciem łuszczycowego zaplenia stawów jest chorobą o zapalnym procesie, w którym uczestniczy również łuszczyca paznokci i łuszczyca skóry. Nie występuje zatem odrębnie. Jest to choroba o charakterze przewlekłym i czasami zmiany występuj
ą
również w kręgosłupie. Reumatolodzy uważaj
ą
łuszczycowe zapalenie stawów za nozologicznie odrębn
ą
jednostkę. Choroba rozwija się zarówno w populacji męskiej i żeńskiej, choć czę
ś
ciej notuje się jej występowanie w
ś
rodowisku męskim. Dla pojawienia się choroby nieistotny jest wiek, ale statystycznie obserwuje się jej pojawienie w wieku około 40 lat.

Trudno określić przyczyny zapalenia łuszczycowego stawów. Czasami podaje się jego dziedziczne pochodzenie. Za występowanie łuszczycy w rodzinie odpowiada zbyt duże stężenie antygenów HLA-B37,17,13, DR7, A 26 i innych. Obwinia się również czynniki, które występuj ą w środowisku, a także po chorobach górnych dróg oddechowych wywołanych przez paciorkowce lub u tych, u których stwierdzono obecno
ś
ć cz
ą
stek podobnych w swojej budowie do retrowirusów. Zdania na temat występowania genów, które w pierwszej kolejno
ś
ci odpowiadaj
ą
za pojawienie się jednostki chorobowej, s
ą
podzielone. Jedni uważaj
ą
, że chorobę wywołuje jednocze
ś
nie kilka okre
ś
lonych genów, inni, że s

ą
to odmienne zjawiska.

Łuszczycowe zapalenie stawów może być wynikiem także mikrourazów, nieprawidłowej budowy naczyń włosowatych. Może towarzyszyć także cukrzycy i być obecne w trądzie. Łuszczycowym zapaleniu stawów występuj
ą
także grubsze
ś
ciany
ś
rednich i małych naczyń.

Choroba przebiega nietypowy sposób. W początkowej fazie może ona przypominać dnę moczanow ą lub gorączkę reumatyczną, choć najczę ś
ciej przebiega w sposób naprzemienny – rzut – remisja. Na pocz
ą
tku dochodzi do zajęcia niewielkiej liczby stawów lub wielu stawów na raz. Bardzo rzadko obserwuje się zapalenie w obrębie tylko jednego stawu.

Częściej choroba atakuje stawy kończyn dolnych. Stawy, które są dotknięte łuszczycą charakteryzuj
ą
się obrzękiem a skóra która jest nad nimi jest czerwona i napięta. W trakcie ucisku chory odczuwa ból, rano występuje ograniczenie ruchów.

W kończynach górnych najczęściej dochodzi do zajęcia stawów nadgarstkowych, barkowych, łokciowych i paliczkowatych. W dolnych partiach zajęte s ą
stawy krzyżowo-biodrowe. Jak już wspomniano łuszczyca stawów poł
ą
czona jest zazwyczaj z innym rodzajem łuszczycy, m.in. skóry. Często u chorych na łuszczycowe zapalenie stawów jednym z objawów bywa łuszczyca na płytce paznokcia.

W początkowej fazie leczenia dobre rezultaty przynosi podanie leków przeciwzapalnych o charakterze niesteroidowym. Przy zajęciu pojedynczych stawów zalecane jest wstrzyknięcie do

stawów kortykostcrydów, maj ą one bowiem wpływ na stan zapalny. Jeśli takie leczenie nie przyniesie poprawy należy wprowadzić leki modyfikuj
ą
ce przebieg choroby, m.in. sole złota, metotreksat, leki antymalaryczne, pochodne witaminy A, sulfasalazyne, azatiopryne, cyklosporyne A.

Obecnie w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów zalicza się też metodę polegającą na na
ś
wietlaniu promieniami UVA. W ostatecznym etapie wprowadza się leczenie chirurgiczne, rehabilitację ruchow
ą
oraz k
ą
piele w solach siarki. Pomocna okazuje się również tłusta dieta, która w znacz
ą
cym stopniu wpływa na poprawę samopoczucia.

DIETA

Niektóre rodzaje potraw mogą nasilać ostre ataki bólu i obrzęk stawu.

• Wzbogać swoją dietę w witaminy C, D 3, E (przy artretyzmie dodatkowo należy zwiększyć podaż witaminy B, cynku, żelaza, magnezu) Wit.C – znajdziesz w brokułach, mango, szpinaku, pomidorach, cytrusach, kiwi. Wit.D3 – jej źródłem są tłuste ryby.
Wit.E – migdały, orzechy laskowe i włoskie, mango, oliwa z oliwek (*efekty zmiany diety będą widoczne najwcze
ś
niej po 3-6 miesi
ą
cach, więc uzbrój się w cierpliwo
ś
ć i nie rezygnuj wcze
ś
nie!)
• W Twojej diecie częściej powinny pojawiać się owoce i warzywa.
• Pij dużo niegazowanej wody mineralnej (przy artretyzmie nawet 2l dziennie),
• Ograniczeniu podlega kawa, herbata (mocne napary) i oczywiście alkohol.
• Zrezygnuj z czerwonego mięsa, gdyż tłuszcz zwierzęcy nasila procesy zapalne.
• Możesz spróbować ograniczyć (ale nie drastycznie) przetwory zbożowe- głównie pszenicę i kukurydzę. Wykluczając poszczególne produkty z jadłospisu można łatwo przekonać się, które z nich nasilaj ą dolegliwości bólowe.
• W tłustych rybach (makrela, łosoś, tuńczyk) znajduje się naturalny

czynnik przeciwzapalny. Jedynie osobom chorym na dnę zaleca się spożywanie olejów rybnych pod postacią preparatów suplementacyjnych dostępnych w aptekach bez recepty (świeże ryby mogą podnosić poziom kw. moczowego we krwi, tym samym nasilają c objawy choroby).

• Swoją dietę skonsultuj z lekarzem, a najlepiej z wykwalifikowanym dietetykiem, zwłaszcza jeśli cierpisz na ciężkie schorzenia stawów, m.in. dnę moczanową.

Dbając o stawy nie można dopuścić do nadwagi, zbędne kilogramy stanowią dodatkowe obciążenie dla kości- przeciążają stawy i wywołują ich ból.

Dobra wiadomość dla Pań – badania amerykańskich lekarzy dowodzą, że u kobiet, które stosowały w przeszłości pigułki antykoncepcyjne, ryzyko rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów było niższe o 43%.

{jcomments off}