

Choroby układu ruchu

Toczeń rumieniowaty układowy

Zespół antyfosfolipidowy

Twardzina układowa

Zespół Sjögrena

Łuszczykowe zapalenie stawów

Toczeń rumieniowaty układowy

- Częstość występowania w populacji rasy białej wynosi 2050 na 100 000 osób
- Kobiety chorują 6-10 krotnie częściej niż mężczyźni
- Początek przypada na wiek 15-40 rż.
- Szacowana liczba pacjentów z TRU w Polsce wynosi ok. 18,5 tys., w tym ok. 4 tys. z ciężką postacią choroby.
- Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, które mogą być całkowite lub częściowe. Remisja może trwać wiele lat lub być bardzo często przerywana zaostrzeniami, które nasilają uszkodzenie narządowe.

Toczeń rumieniowaty układowy

- Toczeń rumieniowaty układowy (TRU, potocznie „toczeń”; ang. *systemic lupus erythematosus* – SLE) to jedna z układowych chorób tkanki łącznej (tzw. kolagenoz), których przyczyną jest skierowanie układu odpornościowego przeciwko własnemu organizmowi
- Słowo „układowy” bierze się stąd, że dochodzi do uszkodzenia wielu tkanek i narządów. W toczniu rumieniowatym układowym najczęściej zajęta jest skóra, stawy i nerki, ale zmiany chorobowe mogą dotyczyć każdego narządu i tkanki.
- Choroba ma wiele różnych objawów, a także bardzo zróżnicowany przebieg – od postaci dość łagodnych, stanowiących większość przypadków, do ciężkich, nawet zagrażających życiu.

Przyczyny tocznia rumieniowego układuowego

- Dokładna przyczyna tocznia rumieniowego układuowego nie jest znana. Wiadomo, że toczeń rozwija się u osób genetycznie podatnych na zachorowanie po zadziałaniu dodatkowego bodźca, takiego jak:
- ❖ **ekspozycja na światło słoneczne** – promieniowanie ultrafioletowe powoduje uszkodzenie komórek naskórka, których fragmenty są usuwane przez makrofagi. U osób zdrowych proces ten przebiega sprawnie, w toczniu natomiast usuwanie obumarłych komórek jest zaburzone, a pozostające fragmenty stają się „celem” dla autoprzeciwciał; w ten sposób dochodzi do uruchomienia kaskady stanu zapalnego i powstania charakterystycznych zmian skórnych, a także zajęcia narządów wewnętrznych

- ❖ **zakażenie** – podejrzany jest szereg drobnoustrojów, m.in. ludzkich retrowirusów, wirusa Epsteina-Barr, niektórych bakterii
- ❖ **czynniki hormonalne** – znacznie częściej chorują kobiety, co jest związane z wpływem hormonów płciowych, takich jak estrogeny czy prolaktyna; większe ryzyko rozwoju toczenia lub zaostrzenie choroby podejrzewa się również u kobiet przyjmujących hormonalną terapię zastępczą oraz doustne środki antykoncepcyjne
- ❖ **leki** – niektóre leki mogą wywoływać tzw. toczeń polekowy, wśród nich znajdują się: prokainamid, chlorpromazyna, metyldopa, hydralazyna, izoniazyd, antagoniści TNF-alfa, interferon. Choroba ma zazwyczaj łagodny przebieg, nie zajmuje narządów wewnętrznych i ustępuje po odstawieniu leku, a niekiedy konieczne jest leczenie steroidami
- ❖ **inne** – niektóre substancje chemiczne, takie jak rozpuszczalniki organiczne, związki krzemu, aminy aromatyczne, a także dieta wysokotłuszczowa i palenie papierosów mogą stymulować rozwój chorób autoimmunologicznych; potencjalne działanie ochronne mają kwasy tłuszczowe nienasycone i witamina D.

Objawy ogólne

- Zmęczenie, uczucie rozbicia, brak apetytu, chudnięcie, stany podgorączkowe, gorączka są nieswoiste, tzn. mogą występować także w szeregu innych chorób. Często są pierwszym objawem choroby, wskazują także na jej zaostrzenie.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Stawy** – toczeń atakuje stawy niemal u wszystkich chorych, najczęściej nadgarstkowe, stawy palców rąk, kolanowe i stawy stóp. Występuje ból stawów, czasami stwierdza się ich obrzęk lub obecność wysięku, rzadko natomiast dochodzi do deformacji stawów.
- Ból stawów z reguły wędruje z jednego miejsca w kolejne. Jeśli utrzymuje się długo w jednym stawie, jest to objaw alarmujący, wymagający wykluczenia nakładającej się innej przyczyny, wśród nich aseptycznej martwicy kości lub zakażenia stawu.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Mięśnie** – wędrujący, zmieniający nasilenie **ból mięśni** jest bardzo częstym objawem toczenia; znacznie rzadziej może być wynikiem zapalenia mięśni lub skutkiem niepożądanym przyjmowania niektórych leków (glikokortykosteroidów, leków przeciwko malarii, statyn); może też być objawem fibromialgii, zwłaszcza w długo trwającej chorobie.
- Oprócz bólu często występuje również zanik mięśni, który powoduje ich osłabienie oraz słabszą sprawność fizyczną.

- **Skóra i błony śluzowe** – charakterystyczny **rumień na twarzy** w **kształcie motyla** pojawia się po ekspozycji na słońce u ponad połowy osób w okresach dużej aktywności choroby. **Ma formę płaskiego lub lekko wypukłego zaczerwienienia skóry na policzkach i grzbiecie nosa, może też wystąpić na czole, w okolicy oczu, na szyi i dekolcie.** Gdy aktywność choroby się zmniejsza, rumień ten znika bez śladu. Inne możliwe zmiany skórne, towarzyszące toczniowi, to **pokrzywka** (zazwyczaj utrzymująca się dłużej i bez świądu, zgrubienia tkanki podskórnej, objaw Raynauda, rumień w okolicy paznokci, rumień dłoni czy siność siateczkowata. W toczniu często występuje też nasilone wypadanie i przerzedzenie włosów.



Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Nerki** – zapalenie nerek występuje u 1/3 pacjentów i może prowadzić do niewydolności tego narządu. Ujawnia się z reguły w pierwszych dwóch latach choroby i dotyka głównie osób w młodym wieku, w dodatku jest jedną z najważniejszych przyczyn zwiększonej śmiertelności chorych na toczeń rumieniowaty układowy.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Serce** – charakterystyczne dla toczenia **zapalenie wsierdzia** Libmana-Sacksa cechuje obecność zgrubień (tzw. **wegetacji**) na zastawkach serca – samo w sobie jest najczęściej bezobjawowe, natomiast na zmienionych zastawkach łatwiej dochodzi do osadzania się różnych patogenów. Dlatego u osób z tym problemem zaleca się stosowanie antybiotyku przed planowanymi zabiegami, aby zapobiec infekcyjnemu zapaleniu wsierdzia.
- Toczeń jest przyczyną znacznie zwiększonego ryzyka **choroby niedokrwiennej serca i zawału serca**, także u osób młodych. Najczęściej jest to spowodowane przyspieszonym rozwojem miażdżycy, rzadziej (w okresie wysokiej aktywności choroby) może być skutkiem zapalenia naczyń wieńcowych.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Układ nerwowy** – w przebiegu toczenia może dojść do wystąpienia różnorodnych objawów neurologicznych i psychicznych; mówimy wtedy o tzw. neuropsychiatrycznej postaci toczenia. Najczęściej występuje **łagodne upośledzenie funkcji poznawczych** (jak uwaga, pamięć, rozumowanie, planowanie), **zaburzenia nastroju** (np. przygnębienie, apatia czy poirytowanie) oraz **zaburzenia lękowe**. Zdarzają się jednak też inne manifestacje, jak **niedowłady, zaburzenia czucia, drgawki czy psychozy**.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Zaburzenia morfologii krwi**, jak niedokrwistość, zmniejszenie liczby białych krwinek czy płytek krwi.
- **Układ pokarmowy** – w toczniu może wystąpić wiele dolegliwości brzusznych, najczęściej są to **zgaga** i **niespecyficzny ból brzucha**. Przyjmowane leki (głównie niesteroidowe leki przeciwzapalne) zwiększają ryzyko choroby wrzodowej i krwawienia do przewodu pokarmowego.
- Toczeń rumieniowaty układowy może czasem powodować też groźne powikłania, jak **zawał jelit**, **zapalenie trzustki** czy **zapalenie otrzewnej**. Objawy alarmowe to silny ból brzucha, smolisty stolec, wymioty, biegunka lub zażółcenie skóry.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Błony surowicze** – dość często **występuje zapalenie błony** pokrywającej płuca (**opłucnej**) i serca (**osierdzia**), zwykle o łagodnym, bezobjawowym przebiegu, czasem pojawia się ból w klatce piersiowej, nasilający się przy wdechu; może również dojść do zapalenia otrzewnej, powodującego ból brzucha, nudności i wymioty.
- **Oczy** – najczęstszym objawem jest **uczucie suchości oczu** lub **uczucie ciała obcego pod powiekami**, związane z tzw. zespołem suchości. **Zaburzenia widzenia** mogą się zdarzyć po niektórych lekach, np. hydroksychlorochinie czy długotrwale zażywanych glikokortykosteroidach, dlatego u osób przyjmujących te leki wskazana jest regularna kontrola okulistyczna.

Objawy zajęcia poszczególnych układów i narządów

- **Osteoporoza** – zarówno toczeń układowy, jak i stosowane w nim glikokortykosteroidy znacznie przyspieszają rozwój osteoporozy; ważne jest odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia zmniejszającego ryzyko złamań kości.
- **Zespół antyfosfolipidowy** – związany jest z obecnością przeciwciał antyfosfolipidowych, które dość często pojawiają się w toczeniu; przeciwciała te zwiększają skłonność do tworzenia skrzepin blokujących przepływ krwi w naczyniach. Drugą cechą tego zespołu są powikłania ginekologiczne (np. nawracające poronienia); aby im zapobiec, stosuje się leki obniżające krzepliwość krwi.

Rozpoznanie

- **przeciwciała przeciwjądrowe** (ang. *antinuclear antibody* – ANA) są podstawowym testem w kierunku układowych chorób tkanki łącznej. Na początku wykonuje się **badanie ANA 1**, czyli tzw. test przesiewowy stwierdzający, czy przeciwciała są obecne i jaki mają typ świecenia (np. homogenny, ziarnisty, obwodowy). Przy dodatnim wyniku ANA 1 wykonuje się dalsze testy (ANA 2 i ANA3) określające dokładny typ i miano przeciwciał.
- **przeciwciała antyfosfolipidowe** – należą do nich przeciwciała antykardiolipinowe, przeciwko β_2 glikoproteinie-1 i antykoagulant toczniowy; występują u 30-40% pacjentów z toczeniem; są związane z większym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych i położniczych
- **wskaźniki stanu zapalnego**, np. OB, CRP, proteinogram,
- **morfologia krwi**
- **wskaźniki krzepnięcia**

- **ocena funkcji nerek** – kreatynina, wskaźnik GFR, badanie ogólne moczu – w razie ich nieprawidłowości wykonuje się dalsze badania, np. ocenę wydalania białka z moczem i biopsję nerek
- **ocena funkcji wątroby**, np. AST, ALT
- **lupus band test** – jest to badanie wycinka skóry pod mikroskopem, pomocne zwłaszcza przy niejasnym obrazie choroby; charakterystyczne świecenie świadczy o obecności autoprzeciwciał na granicy naskórka i skóry właściwej
- **kapilaroskopia** – wykonywana w przypadku występowania objawu Raynauda. Polega na badaniu pod mikroskopem wałów paznokciowych – zmiany w obrębie występujących tam naczyń krwionośnych mogą świadczyć o obecności choroby układowej tkanki łącznej.

Oceny stopnia aktywności choroby

- Do oceny stopnia aktywności choroby i odpowiedzi na leczenie u pacjentów z toczeniem stosuje się skale, które różnią się stopniem złożoności.
- Należą do nich m.in. **skala BICLA** (ang. BILAG--Based Composite Lupus Assessment) i **skala SRI(4)** (ang. SLE Responder Index).
- Aktywność choroby oceniana jest w oparciu o **kwestionariusze BILAG-2004** (ang. British Isles Lupus Assessment Group), SLEDAI-2K (ang. Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000) i PGA (ang. Physician's Global Assessment).
- Kryteria klasyfikacyjne toczenia rumieniowatego układowego wg ACR i EULAR

Leczenie

- Cele leczenia obejmują długoterminowe przeżycie pacjenta, zapobieganie uszkodzeniom narządów i optymalizację jakości życia związanej ze zdrowiem.
- Leczenie GKS, zgodnie z najnowszymi algorytmami uwzględniającymi początkowe leczenie dożylne, a następnie średnie i małe dawki doustne, które powinny być odpowiednio szybko redukowane, z odstawieniem włącznie, u pacjentów z niską aktywnością choroby lub remisją.
- W dalszej kolejności, w zależności od stopnia zaawansowania, aktywnych domen klinicznych, częstotliwości i nasilenia zaostrzeń oraz chorób współistniejących, stosowane są inne leki immunosupresyjne i cytotoksyczne, w tym: metotreksat (MTX), azatiopryna (AZA), mykofenolan mofetylu (MMF), cyklofosfamid (CYC) oraz inhibitory kalcyneuryny (IKN), jak cyklosporyna A, takrolimus lub woklosporyna.

W przypadku braku efektu po zastosowaniu leków klasycznych zalecenia uwzględniają zastosowanie leków biologicznych:

- belimumabu (BEL) – przeciwciała monoklonalnego swoistego dla rozpuszczalnego ludzkiego białka stymulującego limfocyty B (BLyS lub BAFF),
- lub rytuksymabu (RTX) – przeciwciała monoklonalnego skierowanego przeciwko antygenowi CD20 na limfocytach B

Ogólne zasady zalecane wszystkim chorym

- **ochrona przed słońcem**– unikanie przebywania na słońcu w czasie jego największej aktywności (zwłaszcza latem w godzinach 11-15), noszenie odpowiednich ubrań, nakryć głowy i okularów przeciwsłonecznych, stosowanie kremów i balsamów na usta z filtrem UV (SPF > 30), planowanie wakacji w miejscach bez dużego narażenia na słońce
- unikanie stresu, wypoczynek
- wykonywanie regularnej, umiarkowanej aktywności fizycznej
- zapobieganie miażdżycy, m.in. przez zdrowe odżywianie, utrzymywanie odpowiedniej masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu
- profilaktyka osteoporozy

- **zapobieganie zakażeniom** przez przestrzeganie zasad higieny oraz szczepienia ochronne (m.in. przeciwko grypie, pneumokokom). Szczepienia należy wykonywać w okresie niskiej aktywności choroby. Przeciwwskazane są szczepionki zawierające żywe drobnoustroje, zwłaszcza u osób leczonych przewlekłe lekami immunosupresyjnymi (zmniejszającymi odporność organizmu)
- **planowanie ciąży** – kobiety planujące potomstwo powinny porozmawiać o tym ze swoim lekarzem, aby odpowiednio wcześniej odstawić niektóre leki mogące uszkodzić płód oraz wykonać badania określające bezpieczeństwo ciąży (takie jak ocena funkcji nerek i obecność przeciwciał antyfosfolipidowych). Zajście w ciążę powinno przypaść w okresie remisji choroby (najlepiej trwającym przynajmniej pół roku). Poza sytuacją starania się o dziecko zaleca się stosowanie antykoncepcji

- wsparcie psychologiczne – rozpoznanie toczenia rumieniowatego często wiąże się z ogromnym **stresem i lękiem** o przyszłość. Jest to naturalny odruch, z którym zmagają się większość osób cierpiących na przewlekłą chorobę. Dlatego ważne jest uzyskanie pomocy i wsparcia wśród bliskich, a w razie potrzeby w poradniach specjalistycznych. Niektóre metody (np. biofeedback i terapia behawioralna) są bardzo efektywne w kontrolowaniu objawów choroby i poprawiają samoocenę.

Zespół antyfosfolipidowy

- Zespół antyfosfolipidowy jest chorobą autoimmunologiczną. Jego mechanizm polega na nieprawidłowym działaniu układu odpornościowego, wskutek czego organizm produkuje przeciwciała skierowane przeciwko własnym komórkom.
- Głównym problemem u chorych z zespołem antyfosfolipidowym jest **tworzenie się zakrzepów w żyłach i w tętnicach**. Powoduje to szereg powikłań dotyczących wszystkich układów i narządów, w tym także zmysłów, a także wpływa na trudności z utrzymaniem ciąży.
- Występuje on częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

Objawy

- zakrzepica żylna głównie kończyn dolnych (bolesnym obrzękiem łydki, bólem podczas chodzenia, nadmiernym ociepleniem kończyny oraz sinawym zabarwieniem skóry)
- zasinienie skóry o siateczkowatym wyglądzie, tzw. siność siateczkowata
- może dochodzić także do owrzodzeń i martwicy skóry
- objawy zapalenia stawów
- migreny
- zakrzepicy tętniczej: drgawki, zaburzenia koncentracji i pamięci, otępienie, zaburzenia widzenia, ślepota

Diagnostyka

- Podstawowym badaniem jest wykonanie **morfologii krwi** z oceną układu krzepnięcia.
- Następnie wykonuje się badanie krwi na obecność **przeciwciał antyfosfolipidowych (APLA)**, charakterystycznych dla zespołu antyfosfolipidowego, a także przeciwciał przeciw β 2-glikoproteinie I i antykoagulantu toczniowego.
- Diagnostykę uzupełnia wykonanie obrazowych badań dodatkowych, takich jak: USG dopplerowskiego kończyn dolnych i górnych, USG jamy brzusznej, badania dna oka, tomografii komputerowej głowy, echokardiografii.

Leczenie

- kwas acetylosalicylowy oraz hydroksychlorchinę
- w szczególnych sytuacjach, które sprzyjają powstawaniu zakrzepów, np. unieruchomienie po złamaniu, połóg, do leczenia włącza się heparynę
- glikokortykosteroidy - zwłaszcza chorujących na chorobę tkanki łącznej lub małopłytkowość
- leki przeciwzakrzepowe (antagoniści wit. K)

Twardzina układowa

- Twardzina układowa (łac. scleroderma) jest przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym
- **Twardzina układowa prowadzi do postępującego włóknienia skóry i narządów wewnętrznych, co powoduje zaburzenia ich funkcjonowania.**
- Choroba rozwija się w różnym tempie i prowadzi do zróżnicowanych powikłań.
- W Polsce na twardzinę układową choruje około 10 000 osób, natomiast w ciągu roku występuje 4–12 nowych zachorowań na milion mieszkańców. Twardzina układowa 3–4 razy częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Zazwyczaj występuje pomiędzy 30. a 50. rokiem życia, jednak może rozpocząć się również u dzieci lub osób starszych.

Przyczyny

- **Przyczyna twardziny układowej nie jest znana.** Podejrzewa się, że w jej powstaniu mają udział:
- czynniki genetyczne,
- czynniki środowiskowe tj. benzen, ksylen, chlorek winylu, silikon, toluen, a także długotrwałą ekspozycję na krzem.

Podział twardziny układowej:

- **Postać ograniczona**
- W tej postaci **objaw Raynauda** (gwałtownego skurczu a następnie rozkurczu małych tętniczek) w palcach rąk i stóp często występuje kilka miesięcy przed ujawnieniem się zmian skórnych. **Zmiany skórne** postępują powoli, od stóp i dłoni w górę, jednak nie przekraczają granicy kolan i łokci. Stopień stwardnienia skóry pozostaje na stałym poziomie przez wiele lat trwania choroby.
- Dodatkowo występuje **osłabienie siły mięśniowej i przykurcze w stawach**. Zmiany narządów wewnętrznych pojawiają się w późniejszym okresie choroby, nawet po kilkunastu latach i najczęściej dotyczą przełyku, rzadziej płuc. Może rozwijać się **nadciśnienie płucne** lub marskość wątroby. Stopień zajęcia skóry nie ma wpływu na ciężkość zmian narządów wewnętrznych. Choroba postępuje powoli, ale stale.

■ Postać uogólniona

- Zmiany skórne obejmują dłonie, ramiona, uda, tułów. Niekiedy zmiany mogą oszczędzić palce rąk. Stwardnienie skóry postępuje szybko, osiągając szczyt w ciągu 3–6 lat, następnie po tym czasie skóra staje się bardziej miękka. Początek choroby jest bardziej gwałtowny niż w postaci ograniczonej i prawie jednocześnie występują **zmiany skórne, objawy naczyniowe** (m.in. objaw Raynauda) i **zmiany dotyczące narządów wewnętrznych** – obejmują przede wszystkim płuca, serce, nerki i przewód pokarmowy. Im bardziej nasilone są zmiany skórne, tym bardziej poważne występują zmiany narządów wewnętrznych. Zmiany narządowe, powstałe w początkowym okresie choroby (ok. 3 lat) decydują o dalszym przebiegu choroby, ponieważ późniejszy postęp choroby jest wolniejszy, dotyczy głównie już zajętych narządów i rzadko obejmuje kolejne narządy.
- Postać uogólniona ma znacznie cięższy przebieg niż postać ograniczona. Zmiany skórne dotyczą twarzy, zarówno w przypadku ograniczonej, jak i uogólnionej twardziny.

- **Twardzina układowa bez zmian skórnych**
- Ta postać choroby występuje rzadko i włóknienie obejmuje wyłącznie narządy wewnętrzne, z zaoszczędzeniem skóry.
- **Zespół nakładania**
- Nakładanie się objawów twardziny układowej z objawami innej choroby tkanki łącznej, np. reumatoidalnego zapalenia stawów, zapalenia wielomięśniowego lub zapalenia skórno-mięśniowego, tocznia rumieniowatego układowego.

Objawy

- Objawy twardziny układowej wynikają z postępującego włóknienia oraz zajęcia drobnych naczyń krwionośnych. W wyniku postępującego i nieodwracalnego włóknienia narządów wewnętrznych stopniowo dochodzi do ich niewydolności.

- Zmiany skórne są charakterystyczne dla wszystkich postaci twardziny układowej i przechodzą przez **trzy**, następujące po sobie **fazy**:
- **Obrzęku** – często dotyczy palców rąk.
- **Stwardnienia** – skóra staje się gruba i twarda, traci elastyczność i trudno ją ująć w fałd. Dochodzi do zanikania gruczołów potowych i łojowych oraz mieszków włosowych. Dodatkowo mogą wystąpić przebarwienia lub odbarwienia. Jeśli przebarwienia są otoczone jaśniejszym obszarem, objaw taki nazywany jest „sól i pieprz”.
- **Zaniku** – w wyniku zajęcia naczyń krwionośnych, na skórze powstają trudno gojące się owrzodzenia i blizny. Następnie może dojść do zaniku skóry i paznokci, co może spowodować skrócenie palców.

■ Dłonie i stopy

- Skóra ulega pogrubieniu, stwardnieniu i wygładzeniu. Napięcie i stwardnienie skóry jest przyczyną przykurczów i ograniczenia ruchomości stawów, głównie drobnych stawów rąk (tzw. **objaw ciasnej rękawiczki**).
- Zmiany zaczynają się od opuszków palców i szerzą się „do góry”. Skóra pogrubia się i twardnieje. Zmienionej skórze mogą towarzyszyć przebarwienia. W skórze może również dochodzić do odkładania się soli wapnia, co daje obraz białych grudek.
- W miarę postępu choroby skóra ulega ścieńczeniu i staje się podatna na urazy, które prowadzą do powstawania trudno gojących się owrzodzeń. W miejscu ustępowania owrzodzeń pojawiają się blizny na opuszkach palców w kształcie drobnych zagłębień.



► Twarz

- Wygląd twarzy u pacjentów z twardziną układową jest bardzo charakterystyczny. Zajęcie twarzy powoduje **utratę mimiki, utratę głębokich zmarszczek, niedomykanie powiek i trudność w otwarciu ust**. Czerwień wargowa ulega ścieńczeniu, wokół ust tworzą się promieniste bruzdy, a nos się zastrza. Skóra na nosie jest napięta, a następnie zanika, co powoduje zmniejszenie nosa. Pojawiają się poszerzone drobne naczynia krwionośne, tzw. teleangiektazje, czyli czerwono-fioletowe plamki, potocznie nazywane „pajęczkami naczyniowymi”. Twarz zaczyna wyglądać jak maska.



► Tułów

- Ta lokalizacja dotyczy postaci uogólnionej. Skóra może być napięta, przebarwiona i pogrubiała.

► Zmiany kostno-stawowe

- Bóle stawów mogą występować we wszystkich postaciach choroby, są spowodowane stanem zapalnym stawów lub zmianami skórnymi. Niedokrwienie opuszek palców może prowadzić do ich zaniku oraz niszczenia kości, co doprowadza do skrócenia palców. Charakterystycznym, rzadko występującym objawem jest tzw. tarcie ścięgien podczas ruchu, odczuwane przez pacjenta. Włóknienie ścięgien i stawów doprowadza do przykurczy.

► Zmiany mięśniowe

- Włóknienie mięśni pacjent odczuwa jako osłabienie siły mięśniowej z towarzyszącym bólem. Pacjent może również zauważyć zmniejszenie się objętości mięśni.

Zmiany dotyczące narządów wewnętrznych

Przewód pokarmowy

- Zmiany w przewodzie pokarmowym są jednymi z najczęstszych zmian narządów wewnętrznych w twardzinie układowej.

Jama ustna

- Zanik brodawek na języku, co powoduje pogorszenie czucia smaku. Dochodzi również do zapalenia dziąseł, które prowadzą do utraty zębów.

Przełyk

- Najczęstsza zmiana, początkowo nie daje objawów. W miarę rozwoju choroby i włóknienia dochodzi do problemów z przełykaniem.

Żołądek

- W ścianie żołądka mogą poszerzać się naczynia krwionośne, co powoduje drobne krwawienia, które mogą prowadzić do niedokrwistości.

Jelita

- Do włóknienia jelit dochodzi zazwyczaj po wielu latach trwania choroby, co może być przyczyną **zaparć i zespołu złego wchłaniania**.

Nerki

- Zmiany w nerkach częściej dotyczą postaci uogólnionej twardziny układowej. Dochodzi do zmian zlokalizowanych w drobnych tętnicach nerek. Może to prowadzić do rozwinięcia się gwałtownego zespołu, tzw.: twardzinowego przełomu nerkowego. Charakteryzuje się szybko narastającym **nadciśnieniem tętniczym** (zaburzenia widzenia, bóle głowy), może również dojść do gwałtownego **spadku ilości oddawanego moczu**.

Układ oddechowy

- Twardzina układowa może powodować różne niekorzystne konsekwencje związane z układem oddechowym. Należą do nich **śródmięszowa choroba płuc** oraz **nadciśnienie płucne**. W przypadku śródmięszowej choroby płuc pacjent odczuwa **duszność**, występuje **przewlekły suchy kaszel**, **trudno toleruje wysiłek fizyczny**, co spowodowane jest włóknieniem płuc. Natomiast objawem nadciśnienia płucnego jest **duszność**, która może szybko narastać. Nadciśnienie płucne prowadzi do niewydolności serca.

Serce

- W sercu dochodzi do włóknienia zarówno ścian serca, jak i drobnych naczyń. Pacjent może odczuwać **kołatanie serca**. Mogą też występować zaskrabnięcia. Stopniowo rozwija się niewydolność serca.

Diagnostyka

- badania laboratoryjne, najczęściej pomiar poziomu przeciwciał ANA, ACA i Scl-70 we krwi, a także ogólne badania laboratoryjne (morfologia, CRP i inne)
- badanie kapilaroskopowe, które polega na oglądaniu przez lekarza wału paznokcia
- RTG rąk, przełyku. Jeśli pacjent skarży się na bóle mięśni oraz osłabienie siły mięśniowej wykonuje się badanie elektromiograficzne (badanie czynności mięśni) oraz histopatologiczną ocenę wycinka mięśniowego.
- badania dodatkowe, m.in. endoskopię, spirometrię lub badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa klatki piersiowej.

Leczenie

- Celem leczenia jest zmniejszenie skutków uszkodzenia narządów. Leczenie jest dostosowywane indywidualnie do każdego pacjenta i uzależnione od rozległości zmian chorobowych.
- Leczenie objawu Raynauda polega na podawaniu leków rozszerzających naczynia i eliminowaniu czynników, które powodują skurcz naczyń, takich jak: palenie tytoniu, zimno, stres, leki zwężające naczynia krwionośne.
- W przypadku występowania bólów stawowych stosuje się **paracetamol**, natomiast zmiany skórne leczy się za pomocą **leków immunosupresyjnych** (hamujących układ odpornościowy).
- W celu poprawy sprawności ruchowej, zaleca się fizykoterapię przez cały czas trwania choroby.

Zespół Sjögrena

- Zespół Sjögrena jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym - organizm wytwarza przeciwciała przeciwko własnym białkom. Zmiany, do których dochodzi w przebiegu zespołu Sjögrena to **zapalenie i uszkodzenie gruczołów wydzielania zewnętrznego** (głównie łzowych i ślinowych) oraz równoczesne **zmiany zapalne w wielu układach i narządach**.
- Przyczyna zespołu Sjögrena nie jest znana, ale niewątpliwie w jego występowaniu odgrywają rolę czynniki genetyczne, być może także zakażenia wirusowe.
- Według różnych źródeł częstość ta mieści się w wartościach od 0,5 do 5% populacji. Większość chorych stanowią kobiety, wiek zachorowania przypada najczęściej na 5. i 6. dekadę życia.

Objawy zespołu Sjögrena

- Objawy zespołu Sjögrena dzieli się na te, które zależą od zmian w **obrębie gruczołów** (głównie łzowych i ślinowych) i **objawy pozagruczołowe**.

Objawy gruczołowe

- Zapalenie gruczołów łzowych powoduje niedostateczne wydzielanie łez, co prowadzi do „**suchego**” **zapalenia spojówek** (uczucie „piasku” pod powiekami, pieczenie, światłowstręt) i rogówki. Niedostateczne wydzielanie śliny powoduje **suchość w jamie ustnej**, szybko **postępującą próchnicę zębów**. Obserwuje się często powiększenie ślinianek przyusznych, rzadziej podżuchwowych - mogą one być bolesne.

Objawy „pozagruczołowe”

- **Objawy ze strony układu oddechowego** są wynikiem braku wydzieliny śluzowej w drogach oddechowych i powstawania nacieków zapalnych w obrębie płuc. Dochodzi do częstych zakażeń. Objawom tym może towarzyszyć zapalenie ucha środkowego.
- **Niedostateczna ilość śliny** i jej nieprawidłowy skład przyczyniają się do trudności w żuciu pokarmów, ich wstępnym trawieniu i połykaniu. Często występują **nudności, bóle w nadbrzuszu**, w gastroskopii widoczne jest zapalenie błony śluzowej żołądka.
- Zespołowi Sjögrena mogą towarzyszyć stany zapalne w obrębie wątroby. Często towarzyszącą chorobą jest **niedoczynność tarczycy** (choroba Hashimoto). Do zmian zapalnych dochodzi także w nerkach.

- **Częste są objawy „ogólne”** związane z układem nerwowym - **uczucie zmęczenia, zaburzenia snu**. Dochodzi do uszkodzenia nerwów obwodowych, ośrodkowego układu nerwowego (porażenie połowicze, zapalenie rdzenia kręgowego). Trudne jest odróżnienie niektórych objawów od występujących w przebiegu stwardnienia rozsianego. Objawy ze strony układu ruchu w przebiegu zespołu Sjögrena to **ból i zapalenie stawów, ból mięśni**.

- Często dochodzi do znacznej **suchości skóry**, może pojawiać się plamica. Występuje także objaw Raynauda (blednięcie i ból palców pod wpływem zimna).
- Objawy **suchości** dotyczą także **narządów płciowych** u kobiet - zmniejszenie się ilości wydzieliny ze ściany pochwy i śluzu wytwarzanego w obrębie szyjki macicy przyczynia się do świądu, bolesności i powstawania zmian zapalnych.
- U około 20% chorych z zespołem dochodzi do niedokrwistości, często obserwuje się zmniejszenie liczby leukocytów i/lub płytek w badaniu morfologicznym krwi.
- Zagrożenie dla chorych z zespołem Sjögrena stanowi rozwój **nowotworów złośliwych** - **chłoniaków nieziarniczych**, które występują w tej chorobie około 16 razy częściej niż w ogólnej populacji. Ryzyko pojawienia się chłoniaków zwiększa się wraz z czasem trwania choroby.

- zespół Sjögrena może być **wtórny** - to znaczy nakładać się na inną chorobę taką jak: reumatoidalnego zapalenia stawów, toczeń rumieniowaty układowy, twardzinę układową i inne choroby układowe tkanki łącznej.

Rozpoznanie

- Rozpoznanie zespołu Sjögrena bywa trudne. Jego podstawą jest stwierdzenie opisanych objawów „**suchości**”, przydatne jest badanie ultrasonograficzne ślinianek, można wykonywać badanie mikroskopowe mniejszych (wargowych) gruczołów ślinowych oraz badać w surowicy krwi obecność odpowiednich przeciwciał - „markerów” zespołu.

Leczenie

- Leczenie zespołu Sjögrena wymaga współpracy wielu specjalistów. Ochrona narządu wzroku to głównie stosowanie „**sztucznych łez**” - ich rodzaj i częstość stosowania musi określić okulista, który powinien monitorować leczenie. Objawy ze strony poszczególnych układów wymagają często stosowania silnie działających leków immunosupresyjnych i leczenia szpitalnego.

Łuszczycowe zapalenie stawów

- Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) jest chorobą manifestującą się **przewlekłym zapaleniem stawów i łuszczycą skóry**. Czasami zajmuje inne partie ciała, m.in. **oczy**, może również prowadzić do przyspieszonego rozwoju **miażdżycy i jej powikłań**. Choroba może mieć bardzo różnorodny przebieg – od postaci łagodnych (wstępujących najczęściej) do ciężkich, prowadzących do zniszczenia stawów i niesprawności.
- Łuszczycowe zapalenie stawów występuje u około 1/3 chorych na łuszczycę, na którą z kolei choruje 1-2% populacji. Zaczyna się najczęściej pomiędzy 30. a 50. rokiem życia (choć mogą zachorować również osoby młodsze lub starsze). Równie często chorują mężczyźni i kobiety, choć choroba ma u nich nieco inny przebieg.

Przyczyny

- Najważniejsze poznane dotychczas czynniki ryzyka to:
- **podatność genetyczna:** choroba znacznie częściej występuje w rodzinie – niemal połowa pacjentów ma bliskiego krewnego chorego na łuszczycę lub łuszczycowe zapalenie stawów; odnaleziono szereg czynników genetycznych zwiększających ryzyko jej wystąpienia (m.in. antygen HLA-B27, HLA-cw6)
- **zakażenia wirusowe i bakteryjne, urazy mechaniczne, znaczny stres:** wszystkie te czynniki u podatnych osób inicjują nieprawidłową odpowiedź układu immunologicznego,
- **leki** (m.in. sole litu, beta-blokery, leki przeciwmalaryczne) i inne substancje chemiczne.

Objawy

- Najczęściej objawy łuszczycowego zapalenia stawów pojawiają się u osób z już rozpoznaną łuszczycą lub równocześnie ze zmianami skórnymi.
- Zdarza się jednak, że łuszczycowe zapalenie stawów rozpoczyna się u osób bez skórnych objawów łuszczycy, co stanowi niekiedy problem przy ustalaniu rozpoznania.
- Choroba ma zazwyczaj zmienny przebieg, z okresami zaostrzeń, po których objawy ustępują (całkowicie lub częściowo). Dużej aktywności choroby towarzyszą zwykle objawy „ogólne”, takie jak: **zmęczenie, uczucie rozbicia, wzrost temperatury ciała.**

Objawy łuszczycowego zapalenia stawów dotyczące narządów ruchu

- Charakterystyczne objawy łuszczycowego zapalenia stawów w obrębie narządu ruchu to:
- **ból, sztywność i obrzęk stawów z ograniczeniem ich ruchomości;** objawy zapalenia dotyczą również przylegających struktur, takich jak ścięgna i kaletki maziowe,
- **zapalenie przyczepów ścięgnistych** (czyli miejsc przyczepu do kości ścięgien, więzadeł lub torebek stawowych) – jest to bardzo charakterystyczny objaw łuszczycowego zapalenia stawów i innych chorób z grupy tzw. spondyloartropatii seronegatywnych; **objawia się bólem i tkliwością** takich miejsc, jak pięty, połączenie żeber z mostkiem i kręgosłup, ale może dotyczyć również wielu innych lokalizacji,

- **zapalenie palca:** choroba atakuje wszystkie struktury palca (stawy, ścięgna, tkankę podskórną), co daje charakterystyczny objaw „**palca kielbaskowatego**”; zajęty palec jest w całości poszerzony, bolesny i odstaje od innych palców, może wystąpić również zaczerwienienie skóry,
- **deformacje stawów:** występują głównie w postaci okaleczającej (u ok. 5% chorych); najbardziej charakterystyczne dla łuszczycowego zapalenia stawów są tzw. palce teleskopowe, czyli skrócenie palców w wyniku zniszczenia kości
- **dna moczanowa:** może towarzyszyć łuszczycowemu zapaleniu stawów, zwłaszcza przy rozległych zmianach skórnych powodujących zwiększenie stężenia kwasu moczowego; napad dny moczanowej, stan może być trudny do odróżnienia od zaostrzenia łuszczycowego zapalenia stawów (rozpoznanie ułatwia nakłucie stawu i pobranie z niego płynu do badania).

Różne objawy w zależności od postaci łuszczycowego zapalenia stawów

Wyróżnia się pięć głównych postaci łuszczycowego zapalenia stawów (dwie pierwsze stanowią większość przypadków):

- **niesymetryczne zapalenie kilku stawów:** dotyczy różnych miejsc po obydwu stronach ciała, przy czym zajętych jest od 2 do 4 stawów; na początku najczęściej są to stawy rąk i stóp (często pod postacią „palców kiełbaskowatych”),
- **symetryczne zapalenie wielu stawów:** w postaci tej zajęte są nadgarstki, stawy rąk i stóp, stawy skokowe; postać ta wymaga odróżnienia od reumatoidalnego zapalenia stawów; częściej występuje u kobiet,

- **zapalenie dystalnych stawów międzypaliczkowych** (czyli końcowych stawów palców rąk i stóp): występuje u 5–10% osób z łuszczycowym zapaleniem stawów, częściej u mężczyzn,
- **postać osiowa** (5% przypadków): choroba atakuje stawy kręgosłupa i stawy krzyżowo-biodrowe (łączące kręgosłup z miednicą); częściej dotyczy mężczyzn; charakterystycznymi objawami są ból i sztywność kręgosłupa (dolegliwości najbardziej nasilone są w nocy i nad ranem, ulgę przynosi rozruszanie się),
- **postać okaleczająca**: dotyczy około 5% osób; powoduje znaczne zniszczenie i deformacje stawów (jak np. palce teleskopowe).

Objawy łuszczycowego zapalenia stawów niedotyczące stawów

Inne objawy łuszczycowego zapalenia stawów:

- **skóra** – łuszczycowe zapalenie stawów zazwyczaj występuje razem z łuszczycą skóry (czasami zmiany skórne pojawiają się później lub są niewielkie); charakterystyczne są **czerwone grudki ze zrogowaciałą powierzchnią przypominającą srebrne łuski**; zmiany mogą być małe lub zajmować większość powierzchni skóry, najczęściej głowy, okolicy łokci i kolan, pępka i okolicy pośladków; ciężkość zmian skórnych nie odpowiada zwykle ciężkości zapalenia stawów

- **paznokcie** – zajęcie paznokci występuje u 80% pacjentów z łuszczycowym zapaleniem stawów (czterokrotnie częściej niż w samej łuszczycy); charakterystyczne zmiany to „**objaw naparstka**” (czyli punkcikowate zagłębienia jak od ułtucia szpilki), poprzeczne lub podłużne rowkowanie, **żółte plamy** przypominające „plamy oleju” (spowodowane nadmiernym rogowaceniem skóry pod paznokciem), a także złuszczenie się paznokcia; zajęcie paznokci może być jedynym objawem łuszczycy, dlatego należy na nie zwrócić szczególną uwagę,
- **oczy** – do ich zajęcia dochodzi u około 1/3 osób z łuszczycowym zapaleniem stawów; najczęściej występuje **zapalenie spojówek**, rzadziej dochodzi do **zapalenia błony naczyniowej oka**, manifestującego się bólem i zaczerwienieniem gałki ocznej oraz **zaburzeniami widzenia** – nieleczone zapalenie naczyń oka może doprowadzić do poważnych powikłań

- **miażdżycyca** – jej przyspieszony rozwój w łuszczycowym zapaleniu stawów wynika z przewlekłego stanu zapalnego; powikłania miażdżycy (m.in. zawał serca, udar mózgu, miażdżycy tętnic kręgowych) są groźne dla życia, dlatego bardzo ważne jest wczesne rozpoczęcie walki z jej rozwojem,
- **serce** – rzadko występuje uszkodzenie zastawek serca (najczęściej niedomykalność zastawki aortalnej lub mitralnej), zapalenie aorty lub zaburzenia w przewodzeniu bodźców sercowych; **chorzy na łuszczycowe zapalenie stawów powinni być również pod opieką kardiologa**, zwłaszcza jeśli wystąpią takie objawy, jak ból w klatce piersiowej, duszność, osłabienie kondycji fizycznej czy omdlenia.

Badania diagnostyczne

- W badaniach laboratoryjnych poszukuje się **zwiększonego OB i CRP** (świadczących o stanie zapalnym), chociaż u części pacjentów są one prawidłowe.
- Często wykonuje się inne badania reumatologiczne, takie jak **czynniki reumatoidalne** (w ŁZS jest z reguły nieobecny, co pomaga w różnicowaniu z innymi zapaleniami stawów) i antygen HLA B27 (często występujący w grupie chorób, do których należy ŁZS, tzw. spondyloartropatii seronegatywnych).
- Należy również wykonać zdjęcia radiologiczne zajętych stawów (najczęściej rąk i stóp).

- U pacjentów z podejrzeniem **postaci osiowej** wykonuje się badania obrazowe kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych (zdjęcia radiologiczne lub rezonans magnetyczny).
- W rozpoznawaniu choroby pomocne jest również badanie **ultrasonograficzne**, które pozwala na stwierdzenie cech zapalenia w obrębie stawów oraz przyczepów ścięgniastych.
- U pacjentów z objawami zapalenia spojówek lub naczyńówki oka konieczne jest **badanie okulistyczne**.

Leczenie

- **niesteroidowe leki przeciwzapalne** – u wielu osób wystarczają do opanowania objawów zapalenia stawów, natomiast nie wpływają na zmiany skórne (rzadko mogą spowodować ich pogorszenie – trzeba wtedy zastosować inny preparat); w okresie zaostrzenia choroby zażywa się je codziennie w odpowiednio dużej dawce, razem z posiłkiem; należy pamiętać o przeciwwskazaniach do ich stosowania (takich jak choroba nerek, nadciśnienie tętnicze czy choroba wrzodowa) oraz możliwych działaniach niepożądanych
- **glikokortykosteroidy** – w łuszczycowym zapaleniu stawów podaje się je głównie do wnętrza zajętego stawu, tak aby skutecznie zmniejszyć objawy zapalenia

- **leki modyfikujące działanie układu odpornościowego:**
- Metotreksat - jest jednym z najczęściej stosowanych leków w przypadku aktywnego zapalenia stawów, często zmniejsza również zmiany skórne; lek ten podaje się raz w tygodniu – doustnie lub podskórnie; przy jego stosowaniu stosuje się suplementację kwasu foliowego,
- inne leki, takie jak: sulfasalazyna, cyklosporyna, azatiopryna i leflunomid

- **biologiczne i celowane syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby** – stosunkowo nowe grupy leków, które zrewolucjonizowały leczenie wielu chorób o podłożu zapalnym; w ŁZS i łuszczycy z powodzeniem stosuje się kilka preparatów (**etanercept, infliksymab, adalimumab, golimumab, certoliumab, sekukinumab, iksekizumab, tofacytynib, barycytynib, upadacytynib**), a w trakcie badań klinicznych jest wiele nowych substancji; leki te zmniejszają objawy zapalenia stawów i prawdopodobnie hamują również niszczenie stawów oceniane za pomocą badań obrazowych; zmniejszeniu ulegają również objawy choroby w obrębie skóry oraz oczu; ich zastosowanie jest obecnie ograniczone do ciężkiej postaci choroby, odpornej na inne leki.

Inne metody terapeutyczne

Leczenie miejscowe – dotyczy bezpośrednio zajętego stawu; wykonuje się m.in.:

- nakłucie stawu w celu odbarczenia go z nagromadzonego płynu zapalnego i podania do wnętrza leków przeciwzapalnych (steroidów)
- zabiegi usuwające zmienioną błonę maziową (synowektomia) – są różne sposoby ich wykonywania: chirurgiczne, chemiczne (poprzez podanie substancji niszczącej błonę maziową) lub z użyciem radioizotopu
- różnego rodzaju zabiegi korekcyjno-rekonstrukcyjne, mające na celu poprawę budowy i funkcjonowania zniekształconych stawów
- endoprotezowanie, czyli zastępowanie zniszczonego stawu sztuczną protezą.

- **Wsparcie psychiczne** – chorzy na łuszczycowe zapalenie stawów często odczuwają ból i nieprawność układu ruchu, a dodatkową przyczyną ich cierpienia są zmiany skórne. Rozpoznanie tej choroby może wywołać **ogromny stres i lęk** o przyszłość. Jest to naturalny odruch, z którym zmagają się większość osób cierpiących na chorobę przewlekłą, dlatego ważne jest uzyskanie pomocy i wsparcia osób bliskich, a w razie potrzeby w poradniach specjalistycznych. Niektóre metody (np. biofeedback i terapia behawioralna) bardzo efektywnie kontrolują objawy choroby i poprawiają samoocenę.

- **Ćwiczenia** – przewlekła choroba stawów sprzyja rezygnacji z jakiejkolwiek aktywności fizycznej, tymczasem **prowadzi to do zmniejszenia ruchomości stawów, przykurczów i osłabienia siły mięśniowej**. Regularna aktywność fizyczna zapobiega niektórym niekorzystnym zmianom w stawach, a nawet je odwraca; wskazane są **ćwiczenia zwiększające zakres ruchu i wzmacniające mięśnie** (pomogą zachować ruchomość i stabilność stawów) oraz **ćwiczenia poprawiające ogólną wydolność** (np. chodzenie, pływanie, jazda na rowerze); program ćwiczeń powinien być opracowany przez rehabilitanta i dostosowany indywidualnie do możliwości pacjenta, zależnie od stopnia zaawansowania choroby, kondycji danej osoby i współistniejących chorób.
- ❖ Od ćwiczeń fizycznych należy się wstrzymać w trakcie zaostrzenia objawów choroby. Im wcześniej zacznie się ukierunkowaną rehabilitację, tym łatwiej będzie zapobiec zniekształceniu i niesprawności stawów.

- **Odpoczynek** – u niektórych chorych może występować znaczne zmęczenie, zwłaszcza w aktywnym okresie choroby. Ważny jest odpoczynek – krótkie drzemki w ciągu dnia pomogą odzyskać energię i dają ulgę chorym stawom.
- **Fizykoterapia** – różne techniki, takie jak krioterapia, ultradźwięki, masaże i balneoterapia, pomagają zmniejszyć ból i zapalenie stawów oraz rozluźnić układ mięśniowy.
- **Zaopatrzenie ortopedyczne** pomaga odciążyć chore stawy i poradzić sobie z niesprawnością – należą do niego **stabilizatory na ręce, kolana i stawy skokowe** (tzw. ortezy) pomagające utrzymać prawidłowe położenie stawów, wkładki ortopedyczne do butów poprawiające budowę stopy i odciążające stawy nośne przy chodzeniu.

- **Odpowiednia dieta** – chodzi o utrzymanie **prawidłowej masy ciała**. Chorzy powinni unikać zarówno nadwagi oraz otyłości (które zwiększają obciążenie stawów i przyspieszają rozwój miażdżycy), jak i niedożywienia (które osłabia organizm i prowadzi do zaników mięśni). Ważne jest również dostarczenie kościom odpowiedniej ilości wapnia i witaminy D.
- **Zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym** – kluczowe jest utrzymanie małej aktywności choroby oraz zdrowy styl życia, m.in. odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, unikanie picia alkoholu, niepalenie tytoniu. W zależności od wskazań stosuje się m.in. leki zmniejszające stężenie cholesterolu (statyny), leki przeciwcukrzycowe, kwas salicylowy i kwasy omega-3.

Rokowanie

- Łuszczycowe zapalenie stawów jest chorobą przewlekłą i trudno mówić o możliwości jej wyleczenia. Dość często ma ona jednak stosunkowo łagodny charakter, z długimi okresami wyciszenia objawów (tzw. remisji).
- Niestety u części pacjentów (ok. 5%) choroba ma przebieg agresywny i prowadzi do dużych deformacji stawów oraz niesprawności.
- Chorzy z ciężką postacią łuszczycowego zapalenia stawów żyją kilka lat krócej w porównaniu z populacją ogólną.
- Dostępne metody leczenia coraz częściej pozwalają na uzyskanie remisji i normalne funkcjonowanie.