

Оваа брошура ги содржи општите информации за витилиго и одговорите на најчестите прашања. За детални информации разговарајте со вашиот доктор.



Витилиго

Прашања и одговори

Витилиго. Прашања и Одговори. Дел 1 од Проф. Торело Лоти, М-р

Прашање 1. Што е витилиго?	3
Прашање 2. Дали е витилигото е честа болест?	4
Прашање 3. Што доведува до појава на витилиго?	5
Прашање 4. Јас имам витилиго: дали и моите деца ќе имаат исто така?	5
Прашање 5. Дали е точно дека витилиго влијае врз квалитетот на мојот живот?	7
Прашање 6. Како можам да бидам сигурен дека навистина боледувам од витилиго?	8
Прашање 7. Имам витилиго. Кои прегледи на крвта или други прегледи се непходни?	8
Прашање 8. Дали е точно дека витилиго може да биде дел од едно од најсложените мултисистемски органски нарушувања во човечкото тело?	9
Прашање 9. Дали постои комплетна листа на бели дамки на кожата коишто не се поврзани со витилиго?	11
Прашање 10. Како можам да знам што се белузлави и депигментирани дамки на кожата?	13
Прашање 11. Како се лечи витилиго?	13
Прашање 12. Дали е можно да се запре ширењето на витилиго?	15
Прашање 13. Депигментација: кога и како?	16
Прашање 14. Кои се индивидуалните фактори поврзани со склоноста за појава на витилиго?	17
Прашање 15. Хируршка терапија за витилиго: кога и како?	17
Прашање 16. Тетоважа во терапијата за витилиго: кога и како?	18
Прашање 17. Треба ли да користам топични или орални антиоксиданси за витилиго?	19

Прашање 18. Што значи “лечење на витилиго со „каталаза”?	19
Прашање 19. Кои се главните несакани ефекти од терапијата за витилиго?	20
Прашање 20. Камуфлажа: кога и како?	21
Прашање 21. Психотерапија: кога и како?	21
Трендови во иднина. Нови пристапи во лечење на витилиго	23
Извори и Библиографија	24
Витилиго. Прашања и Одговори. Дел 1 од Проф. Антонио Салафиа , М-р	
Вовед	
Поглавје 1. Вовед. Боја на кожа?	25
Поглавје 2. Првото прашање што ни се наметнува: кој боледува од витилиго?	26
Поглавје 3. Општа преваленца?	27
Поглавје 4. Возраст кога се појавува болеста?	28
Поглавје 5. Фамилијарна инциденца?	28
Поглавје 6. Предизвикувачки фактор?	29
Поглавје 7. Лечење и општи инструкции.Вовед.	31
Поглавје 8. Лечење и општи инструкции	31
Заклучок	32
За Проф. Торело Лоти , М-р	33
За Проф. Антонио Салафиа , М-р	35

Витилиго. Прашања и Одговори. Дел 1 од Проф. Торело Лоти , М-р

Прашање 1. Што е витилиго?



Главни точки

- *Витилиго е нарушување во пигментацијата што резултира со појава на асимптоматски бели макули, на било која возраст и кое може да има сериозни последици врз психичката состојба на пациентот.*
- *Се јавува на сите типови на кожа и на сите возрасти и подеднакво и кај мажи и кај жените.*
- *Витилиго се смета за автоимуна болест со основни генетски предиспозиции во повеќето случаи.*
- *Витилиго не е предизвикан од лошата медицинска нега.*
- *Личното однесување или состојба на умот може да играат важна улога во справувањето со болеста.*
- *Витилиго никогаш не е заразна болест, но инфективни агенси очигледно можат да имаат индиректна улога во некои случаи.*
- *Витилиго не е поврзан со погрешен начин на исхрана, но правилната исхрана може да помогне.*
- *Се чини дека витилиго не е директно поврзан со загадувањето, но животната средина игра голема улога во развојот на витилиго.*
- *Витилиго не е директно генетски наследен.*
- *Ширењето на болеста може да биде запрено во околу 90% од случаите, доколку тоа се побара.*
- *Иако не е достапен лек за секој случај, соодветно медицинско и/или хируршко лекување може да даде задоволувачки резултати во над 75% случаи.*
- *Бидете оптимисти! Не е точно дека нема ништо не може да се направи доколку боледувате од витилиго. Всушност, токму спротивното е точно и различни истражувања се спроведуваат во целиот свет за да се најде лек за витилиго.*

Одговор

Витилиго е стекнато ненадејно губење на наследената боја на кожата. И покрај тоа што ова нарушување е веќе долго познато, причината за него нарушување е сè уште непозната. Губењето на

бојата на кожата дава бели дамки со различни големини, кои можат да бидат локализирани било каде на телото. Оваа болест се појавува кај луѓето од сите раси, мажи и жени, и сите возрастни групи. Може да се појави на било која возраст; пријавени се случаи уште од 6 недели по раѓањето и по 80 години.

Витилиго не е заразна болест. Честопати има сериозни психолошки последици, особено кај пациенти со потемна кожа поединци, кај кои е полесно забележлив. Вистинската причина за витилиго е под дебата и се припишува на автоимуни причини, оксидативен стрес, и/или неврогенско нарушување. Овие термини ќе бидат објаснети подоцна.

Со други зборови, витилиго е нарушување на кожата и/или мукозата кое се карактеризира со бели дамки, често, но не секогаш, симетрични, кои обично се зголемуваат во големина со текот на времето, што одговара на значителна загуба на функционални епидермални меланоцити, а понекогаш и на меланоцити во фоликулите на влакната. Се појавува во генерализиран или унилатерален облик.

Лезиите предизвикани од витилиго ретко чешаат и имаат висока склоност кон изгореници. Витилиго е хронично упорно и често прогресивно нарушување; спонтаната репигментација е ретка и обично се јавува околу влакната во перифоликуларен облик. Многу пациенти се слабо едуцирани за нивната болест. Во една студија, 51,3% од пациентите верувале дека витилиго од кое боледуваат било предизвикана од лошата здравствена заштита, 30% сметале личното однесување одиграло голема улога, 25% - погрешна исхрана, 21,3% - изменета состојба на умот, а 20% го обвиниле само загадување или промените во животната средина.

Сите претходно наведени теории научниците сметаат дека се "per se" неосновани и неvistинити, дури и ако секоја од нив може да доведе до некои правилни заклучоци за разбирање на болеста и за изнаоѓање на лек.

Витилиго е болест која во моментот не може да се излечи, но сепак може да биде успешно лекувана со многу различни пристапи. Нејзиното ширење може да биде запрено во речиси 90% од случаите со соодветна терапија, најчесто со комбинирање на различни третмани. Во повеќе од 75% од случаите, активните третмани (медицински или хируршки) можат да дадат задоволувачки резултати.

Според тоа, не е точно дека не може ништо да се направи во терапијата за витилиго. Всушност, токму спротивното е точно.

Прашање 2. Дали е витилиго е честа болест?

Главни точки

- Речиси 100 милиони луѓе во светот боледуваат од витилиго.
- Витилиго не е честа појава во некои земји и е многу честа појава во други земји: во Кина 0,09% од населението боледува од оваа болест, додека во Гуџарат (Индија) 8,8% имаат витилиго.
- Кај жените, витилиго започнува главно во првата деценија на животот.
- Кај мажите витилиго најчесто се јавува во петтата деценија од животот.
- Во моментот, не постојат убедливи објаснувања за разновидноста на преваленцата во различни земји.

Одговор

Преваленцата на витилиго во светски рамки се смета дека е помеѓу 0,5% и 2% од популацијата, но присуството на варијации на локално ниво е значајно. Врз основа на резултатите од опсежните студии во Кина, Индија и Данска преваленцата изнесува 0,093%, 0,005% и 0,38% од популацијата, соодветно. Гуџарат, Индија се смета дека има највисока преваленца во светот со 8,8% од локалните жители кои боледуваат од витилиго. Мажите и жените подеднакво заболуваат, но жените почесто бараат лекарска помош.

Во повеќето студии, 20% од пациентите информираат за роднина од прво колено кој боледува од витилиго.

Прашање 3. Што доведува до појава на витилиго?

Главни точки

- Причината за витилиго е непозната.
- Постојат различни видови на витилиго.
- Различните видови би можеле да имаат различно потекло и причини.
- Најраспространетите форми на витилиго се чини дека се поврзани со нарушување во имунолошкиот систем со производство на антитела против меланоцити. Улогата на стресот, инфекциите, и акумулацијата на токсични состојки во телото сè уште се истражуваат.
- Локализираните форми на витилиго се чини дека се поврзани со промена на периферните нерви.
- Автоимуната хипотеза е најдобро документирана теорија: се чини дека имунолошкиот систем реагира против клетките кои произведуваат меланин.
- Неврохуморалната цитотоксичната и теоријата поврзана со оксидативниот стрес имаат умерени докази (Сите медицински термини ќе бидат објаснети во следните страници.)
- Нови теории се фокусираат на меланоциторагијата - т.е. меланоцитите се испуштаат од страна на кожата - и намаленото време на опстанок на меланоцитите во кожата.

Одговор

Останува нејасно што предизвикува оштетување на меланоцитите и како последица на тоа нивната вкупна деактивација и/или исчезнување во кожата зафатена од витилиго. Постојат неколку теории; најзначајни се автоимуната, неврохуморалната, теоријата поврзана со абнормалното одвојување на меланоцитите од епидермалните слоеви и автотоксичната. Ниту една од наведените теории не исклучува друга, и веројатно е дека секоја од нив делумно придонесува за развојот на болеста.

Во денешно време се смета дека витилиго претставува група на различни нарушувања со сличен исход: појавата на бели дамки на кожата.

Конвергентната теорија вели дека стресот, акумулацијата на токсични соединенија, инфекциите, автоимунитетот, генетската предиспозиција, изменетата мобилна животна средина, и оштетената миграција на меланоцитите заедно може да придонесат за појавата на витилиго. Автоимуни механизми, најверојатно, лежат во позадината на развојот на генерализираниот витилиго, додека локализираните промени (односно промената на функцијата на сензорните нерви во кожата) можат да бидат одговорни за сегменталниот витилиго. Витилиго може да се појави на трауматизирано место на кожата, тоа се нарекува "Кебнеров феномен".

Прашање 4. Јас имам витилиго: дали и моите деца ќе имаат исто така?

Главни точки

- Бидете оптимисти! Ако имате витилиго, најверојатно Вашите деца нема да имаат витилиго.
- Генетската компонента во витилиго е слаба и доста неконзистентна.
- Ако имам витилиго, можно е сите мои роднини да имаат зголеми веројатноста за развој на витилиго.
- Шансите за појава на витилиго кај еднојајчаните близнаци изнесуваат сè на е имаат само 23%: ова значи дека чистата генетичка компонента на болеста не е навистина доминантна.

- Повеќето случаи на витилиго се спорадични, со што не е неопходно дека деца на родители со витилиго, исто така, ќе развијат витилиго.
- Кај помалку од 20% од пациентите заболени од витилиго, можат да бидат зафатени и нивни блиски роднини.

Одговор

Иако повеќето случаи на витилиго се спорадични, склоноста на појава во рамките на фамилијата не е невообичаена, и до 20% од пациентите известуваат за заболени роднини. Во пациенти од белата раса, зачестеноста на појава на витилиго меѓу браќа и сестри на пациентите е 6,1%, 18-пати поголема во однос на појавата кај вкупната популација. Зачестеноста на појавата на ова нарушување меѓу роднини од прво колено од белата раса, индо – пакистанското население и хиспано населението е 7,1%, 6,1% и 4,8%, соодветно, во споредба со проценетата зачестеност која се јавува во светот од 0,14% до 2%.

Епидемиолошките студии укажуваат на мултуфакторијално наследување на витилиго. Еднојајчани близнаци со идентичен ДНК имаат само 23% совпаѓање во развојот на витилиго, што укажува на значителна не-генетска компонента во болеста. Појавата на генерализиран витилиго во рамките на фамилијата, заедно со други автоимуни болести е еден огромен доказ за автоимуна предиспозиција, заедничка основна генетска подложност на имунолошка аберација. Меѓу пациентите кои боледуваат од витилиго, кај 20% се јавува нарушување во работата на тироидната жлезда (8-пати повеќе во однос на општата популација), особено хипотироидизам. Слично на тоа, постои зголемена зачестеност во други форми на автоимуни болести и автоимуни нарушувања на ендокриниот систем (види понатаму).

Прашање 5. Дали е точно дека витилиго влијае врз квалитетот на мојот живот?

Главни точки

- *Витилиго може да го наруши квалитетот на животот на индивидуата главно поради тоа што е погрешно разбран во многу заедници.*
- *Често се заменува со лепра или сексуално пренослива болест, па дури и се гледа како знак на грев или еден вид на казна од Бога.*
- *Жените се генерално повеќе психички погодени од ова нарушување на кожата отколку мажите.*
- *За лекарите, важно е да се процени квалитетот на животот на пациентот во текот на средбите, и да преземат иницијативи.*
- *Дерматологот секогаш мора да го информира пациентот кој боледува од витилиго за можноста за успешно лекување: ова ќе го промени расположението на пациентот веднаш*
- *Набљудување на ре-пигментацијата во пределот на белите дамки секогаш носи оптимизам кај пациентот кој боледува од витилиго.*
- *Психотерапијата може да биде од помош во одредени случаи, но само по внимателно разгледување.*
- *Регионалните групи за поддршка на витилиго и ВРФ се задолжени за искоренување на сите дискриминирачки ставови насочено кон пациентите кои боледуваат од витилиго во целиот свет.*

Одговор

Точно е дека витилиго може да биде психички катастрофална болест, особено кај поединци со потемна боја на кожа и во случај на несоодветно лечење од страна на дерматолог.

Проценката на квалитетот на животот секогаш треба да се направи во текот на првата консултација, бидејќи пациентот и лекарот може да имаат различно сфаќање за сериозноста на болеста и тоа треба да се следи за време на третманот за да се оцени задоволството на пациентот. Студиите покажуваат дека витилиго дава ментални и емоционални потешкотии слични на оние при хронична егзема на рацете или псоријаза, и дека жените потешко ги поднесуваат отколку мажите. Пациентите кои боледуваат од витилиго, исто така, имаат и сексуална тешкотии и различни психолошки проблеми, како на пример прилагодување нарушување на прилагодувањето, нарушување на спиењето, депресија, анксиозност и т.н. "дистимија".

Клиничките показатели кои можат да го предвидат лошиот квалитет на живот се траењето на болеста, зафатеноста на кожата на лицето или градите, неуспешно претходно лечење, потемен тип на кожа, и степенот на болеста.

Всушност, витилиго е или може да биде психички катастрофална болест. Фактот дека тоа обично се случува на деловите изложени на сончева светлина (лице и раце) има големо влијание врз самодовербата и перцепција на пациентот за себе. Во многу општества, витилиго е погрешно разбран и се смета дека е знак на лепра или сексуално пренослива болест. Во овие општества, жени со витилиго имаат потешкотии при пронаоѓање на животен партнер како и работа која одговара на нивните реални способности и образование. Многу пациенти се загрижени за влошување на болеста која влијае врз нивниот социјален живот, и чувствуваат срам и постануваат депресивни.

Точните информации за витилиго (пренесени на не-засегнатите поединци, медиумите и различните институции) брзо ќе го променат овој суров и неверојатно дискриминирачки став против промената на бојата на кожата. Групите за поддршка на пациентите со витилиго и ВРФ се борат против сите ирационални чувства и однесувања кои негативно влијаат на квалитетот на животот на пациентите кои боледуваат од витилиго во целиот свет.

Прашање 6. Како можам да бидам сигурен дека навистина боледувам од витилиго?

Главни точки

- Воедначени бели дамки опкружени со нормална кожа, не се болни и обично не чешаат: ова е најчеста појава на витилиго.
- Витилиго обично се открива во текот на пролетта и летото во деловите изложени на сонце. Деловите зафатени од промените не потемнуваат по изложување на сонце и се склони кон појава на изгореници.
- Дерматологот секогаш треба да направи целосен преглед на телото за витилиго.
- За дијагностицирање се користи уред (ламба на Вуд) кој емитува ултравиолетова светлина обично за да се зголеми видливоста на бели дамки: ова може да биде доволно за правилна клиничка дијагноза.
- Биопсија на кожа обично не е потребна.
- По испитувањето, соодветно тест на крвта може да се побара, а потоа ќе биде избрано соодветно лечење според резултатите од тестот на крвта.
- Доколку се работи за ретки видови на витилиго, се препорачува да се побара помош од искусен дерматолог.

Одговор

Дискретни, воедначени бели дамки со конвексни граници и опкружени со нормална кожа, кои не се болни и многу ретко чешаат, ова е најчестата појава на витилиго. Седата коса може да биде поврзана или не со овие бели дамки. Секаков вид на траума на кожата може да предизвика бели дамки на витилиго во било кој дел од површината на кожата: тоа се нарекува феномен на Кебнер, и е прилично чест.

Дијагностицирањето на витилиго обично се прави клинички и со употреба на ламба на Вуд, уред кој емитува ултравиолетови зраци (на 365 nm) што ја прави бојата на бели дамки уште повеќе бела.

Витилиго обично се открива во текот на пролетта и летото, во деловите изложени на сонце: нормалната кожа потемнува додека кожата зафатена од витилиго останува бела, склона кон изгореници. Кога појавата на витилиго е атипична, корисно е да се направи биопсија, со цел да се покаже целосно отсуство на меланоцити во белите дамки. Неопходно е да се направи клинички преглед на целото тело за да се откријат сите зафатени површини на кожата, вклучувајќи ги слузницата и пределот на гениталиите.

Прашање 7. Имам витилиго. Кои прегледи на крвта или други прегледи се непходни?

Главни точки

- По клиничкиот преглед на кожата на целото тело, специфични форми на витилиго можат да бараат преглед на крвта или други медицински истражувања.
- Витилиго може да биде генерално поделен на три класификациски вида: локализиран, генерализиран и универзален (вклучувајќи повеќе од 80% на кожата): според тоа, неопходни се различни тестови на крвта или специфични испитувања.
- Нарушувањата во работата на штитната жлезда и аутоимуни болести треба да се испитаат во генерализираните и универзалните форми.
- Офталмолошки и аудитивни прегледи можат да биде корисни во генерализираните и универзалните форми.

- Локализираното витилиго обично не бара крвни тестови или понатамошни медицински прегледи.
- Како заклучок, генерализираниот и универзален витилиго бара дијагностички третман на тироидната жлезда и други автоимуни болести, како и офталмолошки и аудитивни преглед..

Одговор

По поставувањето на дијагнозата на витилиго, неопходен е клинички преглед на кожата на целото тело со цел да се оцени специфичната форма на болеста. Нивоата на тиреотропин (стимулирачки хормон на тироидната жлезда), титарот на антинуклеарни антитела титар, и комплетна крвна слика треба да се земат во предвид за сите генерализирани форми на витилиго, особено кога поттикнати од знаци или симптоми. Исто така треба да се одреди нивото на антитела на тироидната пероксидаза и/или антитела на тиреоглобулин. Тие се задолжителни, ако се присутни какви било знаци на болест на тироидната жлезда. Евалуацијата на можните придружни заболувања е задолжителна во сите генерализирани форми на витилиго. Во овие случаи сите автоимуни болести треба да бидат прикажани, како и атопичен дерматитис, псоријаза, пернициозна анемија и дијабетес. Офталмолошки и аудитивни прегледи можат да бидат корисни, бидејќи меланоцитите се присутни и во очите и во внатрешното уво.

Прашање 8. Дали е точно дека витилиго може да биде дел од едно од најсложените мултисистемски органски нарушувања во човечкото тело?

Главни точки

- Витилиго може да биде поврзан со други нарушувања.
- Дерматологот, во соработка со Генетичарите и Експертите во останатите области ќе го лекува правилно секое посебно или придружно нарушување
- Пациентите со витилиго исто така можат да страдаат и од мултисистемска органска дисфункција.
- Последното е наречено "системски синдром при витилиго".
Обично овие случаи се откриваат по раѓањето или за време на детството.

Одговор

Нарушувања и синдроми кои се поврзуваат со појавата на витилиго (по азбучен ред)

Чести пореметувања

- Адисонова болест
- Алопеција ареата
- Атописки дерматит
- Автоимуна болест на штитната жлезда
- Дијабетес мелитус
- Хало невус
- Хипоакузија
- Хипопаратиродизиа
- Ихтиоза
- Хронична уртикарија
- Морфеа
- Окуларни нарушувања
- Пернициозна анемија
- Псоријаза
- Реуматоиден артрит

Ретки пореметувања

- АПЕЦЕД синдром (автоимуна полиендокринопатија-кандидијаза-ектодермална дисплазија)
- Астма
- Атаксија – телеангиектазија
- Бадекс алесандрини синдром
- ДОПА – реактивна дистонија
- Дисгамаглобулинемија
- Дистрофија на нокти
- Дистрофија на сите дваесет нокти
- Глувост
- Хемолитична анемија(автоимуна)
- Хепатит Ц
- ХИВ
- Кабуки синдром
- Капоши сарком
- Лимфоми
- Меланом
- МЕЛАС синдром (митохондриска енцефаломиопатија, лактацидоза, епизоди на мозочен удар)
- Морфеа
- Мултипла склероза
- Мијастенија гравис
- немеланомски тумори на кожа
- Паранеопластична акрокератоза
- Пемфигус вулгарис
- Саркоидоза
- Шмит синдром
- СЛЕ (системски лупус еритематодес)
- Тарнеров синдром
- Vogt – Koynagi – Harada синдром

Прашање 9. Дали постои комплетна листа на бели дамки на кожата коишто не се поврзани со витилиго?

Главни точки

- *Не сите бели дамки на кожата се знак на витилиго. Белите дамки не дијагностицирани како витилиго се именувани како леукодермии.*
- *Листа на т.н. леукодермии е подолу достапни за дерматолозите кои се соочуваат со проблемот на диференцијалната дијагноза на витилиго.*
- *Експертот дерматолог треба да ги препознае сите случаи на леукодермии*
- *Различни видови на леукодермии бараат различни третмани*

Одговор

Не сите бели дамки кои се појавуваат на кожата се знак на витилиго. Белите дамки кои не се дијагностицирани како витилиго се именувани леукодермии.

Ова е листа на леукодермии за дерматолошка употреба:

Диференцијална дијагноза во витилиго: леукодермии.

Леукодермии индуцирани со хемикалии (професионално)

- Арсен
- Феноли и деривати на фенол, катехоли

Инфекции

- Лишманијаза (пост Кала-азар)
- Лепра
- Онхоцеркоза
- Секундарен сифилис
- Тинеа верзиколор
- Трепонематоза (пинта и сифилис)

Генетски синдроми

- Chediak-Higashi синдром
- Итова хипомеланоза
- Окулокутан албинизам
- Пиелбалдизам
- Туберозна склероза
- Vogt-Koyanagi-Harada синдром
- Waardenburg синдром

Постинфламаторна хиперпигментација

- Атописки дерматитис/алергиски контактен дерматитис
- Нумуларен дерматитис
- Хипопигментација индуцирана со фототерапија и радиотерапија
- Питриазис алба
- Пострауматска хипопигментација (белег)
- Псоријаза
- Саркоидоза
- СЛЕ (системски еритематозен лупус)
- Депигментација поради употреба на топички и системски лекови

Неоплазма

- Амеланотичен меланом
- Хало невус
- Леукодерма поврзана со меланом
- Mucosis fungoides

Идиопатски

- Идиопатска хипомеланоза guttata
- Lichen sclerosus et atrophicus
- Леукодерма налик на lichen striatus
- Морфеа
- Мелазма (предизвикана од контраст помеѓу посветла и потемна кожа)
- Прогресивна (или стекната) макуларна хипомеланоза

Малформации

- Nevus anemicus
- Nevus depigmentosus/hypopigmentosus

Нутритивни

- Kwashiorkor
- Недостаток на селен

(Земено од Alikhan et al. (4))

Прашање 10. Како можам да знам што се белузлави и депигментирани дамки на кожата?

Главни точки

- Не сите белузлави дамки на кожата се витилиго.
- Депигментираните дамки на кожата кои не се знак на витилиго се именувани како леукодермии, тие може да бидат "професионални болести".
- Професионалните и форми на депигментација поврзани со лековима може да се манифестираат како витилиго.
- Заеднички нарушувања со слични манифестација вклучуваат депигментиран невус, пиебалдизам, итн.

Одговор

Не сите бели дамки се знак на витилиго, но белите дамки слични на витилиго не се невообичаени за човечката кожа. Тие се нарекуваат леукодермии. Хемиските леукодермии може да бидат предизвикани од бои, парфемии, детергенти, препарати за чистење, инсектициди, гумени презервативи, гумени папучи, црни чорапи и чевли, моливчиња за очи и уста, кармини, паста за заби, антисептици со фенолни деривати, и антибактериски сапун кој содржи живин јодид. Професионалното витилиго може да се појави кај оние поединци кои работат со депигментиращки супстанции, како што се хидрокинон, пара-терцијарен бутил катехол, пара-терцијарен бутил фенол, пара-терцијарен амил фенол, и хидрокинон монометил етер. Депигментација, исто така, се појавува и кај чевларите и после контакт со соединенија кои содржат арсен. Nevus depigmentosus е сегментална хипопигментација забележлива во првата година од животот и стабилна во големина во однос на растот на детето. Со ламба на Вуд, контрастот помеѓу нормалната кожа и онаа зафатена со лезија е помалку забележителен во однос на витилиго. Пиебалдизам е автосомна доминантна болест присутна од раѓање со предна средишна депигментација и прамени седа коса. Многу други видови на леукодермии се опишани. Дијагнозата и терапијата на леукодермиите бара стручен пристап. Единствениот начин да се знае дали депигментираната дамка на кожата е знак на витилиго или не е да се консултира дерматолог со посебен интерес за пигментните нарушувања на кожата.

Прашање 11. Како се лечи витилиго?

Главни точки

- Многу различни терапевски опции можат да се користат за лекување на витилиго.
- Лекувањето секогаш треба да почне со ефикасен и безбеден пристап и во исто време со помалку агресивни и поисплатливи методи.
- Насочена УВБ терапија (308 или 311 nm) самостојно или во комбинација со топични кортикостероиди или со топични калцинеурински инхибитори претставува најефикасен и најбезбеден пристап, доколку помалку од 15% на кожата е зафатена од витилиго.
- Втората, третата и четвртата линија на терапији мора да биде разгледана од страна на дерматологот и пациентот кој боледува од витилиго на отворен и конструктивен начин, имајќи предвид дека помалку агресивни и поисплатливи методи се секогаш првиот избор.
- Не се чувствувајте разочарани доколку не се постигне целта со првата линија терапији: дискутирајте за други опции со Вашиот дерматолог и продолжете според новите терапији.
- Бидете секогаш оптимист: имате многу шанси да ја најдете вистинската терапија за витилиго!

Одговор

Изборот на терапија за витилиго може да биде тежок, понекогаш и исцрпувачки процес.

Во принцип, првата линија на терапији треба да биде безбедна, ефикасна, минимално

инвазивна и поекономична. Посложени, поинвазивни и подолготрајни тераписки опции треба да бидат резервирани за лица резистентни облици на болеста.

Секоја тераписка опција треба да се применува во доволно долг временски период, бидејќи времето на појава на пигментацијата варира и е по правило пред сè бавно. Ефективната терапија треба да се продолжи се додека има подобрување или целосна репигментација на лезиите. Потребни ни се доследни податоци за терапиите за одржување или долгорочно опстојување на пигментацијата со било која од препорачаните терапии

Како се лечи витилиго:

Прва линија.

Постојат многу топични и некои орални агенси кои се евтини, лесни за употреба, како и ефикасни во запирање на прогресијата на болеста и кои ја поттикнуваат репигментацијата. Кортикостероидите се постојано опишани како најефикасен самостоен топички агенс, со калцинеурински инхибитори кои им се секогаш блиски. Поради можноста за локални несакани ефекти на кортикостероидите, се препорачува лечење под надзор на дерматолог, најчесто во облик на интермитентни, викенд и stepping down терапии. Во нашето искуство фокусирана микро-фототерапија (со користење на уред со емисија од 308 или 311 nm) е терапија која се препорачува или самостојно и во комбинација со топична терапија. Топичните калцинеурински инхибитори се ефективни како монотерапија кај пациенти кои не толерираат топични кортикостероиди. Тие се исто така ефикасни за отпорните лезии на екстремитетите кога се применуваат со ноќна оклузија. Тековните податоци не поддржуваат монотерапија со топични аналози на витаминот Д3, но витаминот Д3 може да го зголеми ефектот на топичните стероиди дури и кај пациентите кои претходно не одговарале на стероидите. Топичен L-фенилаланин, топични антиоксиданси и крем за митохондријално стимулирање, во комбинација со природна сончева светлина со земање на келин се предложени како ефикасни алтернативни опции во рамките првата линија на терапии. Кај прогресивното витилиго кое нагло се шири, се применуваат системски кортикостероиди, орално или интравенозно како пулсна терапија со одлични резултати. Сепак, оптималната доза за да се зголемат бенефициите и да се намали појавата на несакани ефекти треба допрва да се утврди.

Втора линија.

Втората линија на терапија се зема во предвид кога "првата линија" не успева. Со оглед на трошоците, временската посветеност која се бара од страна на пациентите и персоналот, како и одредени несакани ефекти, фототерапијата се препорачува како втора линија на терапија за пациенти кои немале резултати со првата линија на терапија. Фокусирана микро-фототерапија (308 или 311 nm) треба да се препорача кога зафатеноста на кожата е помалку од 15%. УВБ фототерапијата тип Б (НБУВБ) дава најголемо клиничко подобрување во споредба со другите форми на фототерапија; комбинации со топична терапија делуваат подобро отколку секоја посебно.

Комбинирањето на топични кортикостероиди со НБУВБ фототерапија дава најдобри клинички резултати во споредба со останатите топични адјувантни препарати. Неизвесно е дали додавање на витамин Д3 аналогно на НБУВБ фототерапија ги подобрува ефектите. Иако клиничкиот ефект на УВА и УВБ фототерапијата со широк спектар во комбинација со адјувантна терапија послаб во однос на УВБ фототерапијата со ограничен спектар, сепак се препорачуваат како алтернативни опции во склоп на втората на терапии

Трета линија.

Насочената фототерапија со 308 nm Монохроматски Ексимер Ласер (MEL) е ефикасна како монотерапија, супериорана во однос на НБУВБ фототерапијата, кога ќе се споредат. Сепак, треба да бидат резервирани за оние пациенти кај кои НБУВБ фототерапијата не успева, за пациенти со многу ограничени лезии, или за пациенти, кои можат да си го дозволат времето и трошоците за терапијата. Најдобри ефекти со MEL се постигнуваат во комбинација со топични кортикостероиди или топични калцинеурински инхибитори.

Четврта линија.

Хируршка терапија треба да биде понудена кога лезиите перзистираат и покрај соодветна терапија. Постојат многу различни хируршки техники кои се на располагање.

Додека специфичната техника ќе зависи од индивидуалните карактеристики на пациентот и од вообичаените вештини кои ги практикува експертот хирург, со неа може да се обезбедат извонредни козметички резултати за ограничените лезии отпорни на другите терапии.

Специјални популации. Посебна група на пациенти.

Иако пациентите со Сегментално витилиго (СВ) се проучуваат паралелно со оние со Негментално витилиго (НСВ), не е јасно дали резултатите од студијата кои се применуваат се однесуваат на оваа група на пациенти. СВ е постабилен и отпорен на терапија. Се чини дека за оваа група на пациенти поефикасен е хелиумско-неонски ласер. Генерализиран/универзален тип на витилиго, исто така, може да бара соодветна терапија. Степенот на болеста може да биде толку висок што може да биде речиси невозможно да се обезбеди задоволувачки козметички ефект. На овие пациенти треба да им се понудат депигментирачки агенси и да се разговара опширно за нивните не-реверзибилни ефекти.

Заклучок.

Во сите фази на терапијата, имајте на ум дека витилиго може да биде доживотна болест која опширно може да има сериозни последици врз психосоцијалната состојба на пациентот. Препознавањето на ова скриено влијание на болеста врз квалитетот на животот и давањето поддршка за справување со неа ќе го подобри односот лекар - пациент во голема мера и ќе даде позитивен исход. Камуфлажата секогаш може да обезбеди привремен козметички ефект и треба да се понуди психотерапија за да им се помогне на пациентите да се справат со психолошкиот товар кој го создава болеста.

Пристап кон лекување на пациент со витилиго (терапевтски алгоритам):

Опциите за терапии ги поделивме во прва, втора, трета и четврта линија. Редот на терапии беше определен според нивото на ефективност на секоја од нив во литературата. Исто така вклучени се и опции за терапии во посебни случаи. Фокусирана микро-фототерапија (ФМТ) 308 или 311 nm – се вклучени во понудата за “прва линија” од ефикасни и безбедносни причини.

Прашање 12. Дали е можно да се запре ширењето на витилиго?

Главни точки

- Локализирано витилиго обично престанува да се шири за 1-2 години по својата прва појава.
- Генерализирано витилиго се шири во 73% од случаите.
- Употребата на орални или интравенозни кортикостероиди може да доведе до престанување на ширењето на болеста во 85% од случаите.
- Ширењето на витилиго може да се запре во 4 од 5 случаи со употреба на потентни системски кортикостероиди, но поради можни сериозни несакани ефекти, одлуката за нивната употреба мора да биде донесена од страна на искусен дерматолог по внимателна проценка.

Одговор

Витилиго се шири во 73% од случаите, а не се шири во 1,3%. Ние обично им објаснуваме на пациентите дека прогресијата зависи од начинот на ширење на болеста: локализирани или генерализирани форми на витилиго имаат различни однесувања. Во 89% од случаите со локализирано витилиго, активноста на болеста престанува по 1-2 години од забрзаното ширење на зафатената кожна површина, додека генерализираното витилиго покажува помала прогресија само кога почнува на лицето (52% од случаите).

Во 89% од случаите може да се спречи ширењето на витилиго со орална мини пулсна кортикостероидна терапија (5 mg бетаметазон во 2 последователни дена во неделата).

Употреба на кортикостероидот метилпреднизолон 8 mg/kg интравенозно во 3 последователни дена кај пациенти со генерализирано витилиго доведува до привремен прекин на прогресијата на болеста во 85% од случаите и репигментација во 71% од случаите. Други стероиди кои се користат интравенозно покажале сличен степен на ограничување на прогресијата на болеста.

Според тоа, точно е дека ширењето на витилиго може да се запре во 4 од 5 случаи со употреба на потентни системски кортикостероиди. Сепак, системските кортикостероиди можат да имаат можни сериозни несакани ефекти, па оттука, одлуката за нивна употреба мора да биде донесена од страна на искусен дерматолог и по внимателна проценка на индивидуалната клиничка состојба.

Прашање 13. Депигментација:кога и како?

Главни точки

- Доколку по доследното спроведување на терапијата(-ите) за витилиго, не е постигната задоволителна репигментација, може да се користи депигментација да се избегне контрастот на бојата на кожата.
 - Хемикалии, како што се хидрокинон и монобензон, се користат како топични агенси, со зголемување на сомнежите за нивниот безбедносен профилот.
 - Многу видови на ласери (вклучувајќи Q-вклучен, Alexandrite и Ruby Ласер) успешно се користат самостојно или во комбинација со топични хемиски агенси за депигментација.
 - Криотерапијата се користи со ветувачки резултати, но повторното враќање на пигментот е секогаш можно.

Одговор

Депигментацијата е терапевска опција за витилиго која се користи кога сите други претходни третмани за репигментација не успеваат. Целта на депигментација на кожата е да се постигне единствена (бела или многу светла) боја на кожата.

Депигментацијата е процес кој ги уништува останатите меланоци во кожата: пациентите треба да бидат свесни дека до крајот животот "ќе живеат во кожа која не е нивна,.. Може да се случи некои од нив да не можат да се справат со екстремна фотосензитивност.

Идеални кандидати за депигментација се возрасни пациенти со неколку останати темни дамки расфрлани по лицето или на други видливи делови од телото. Децата не треба да се сметаат подобни за депигментација.

Прашање 14. Кои се индивидуалните фактори поврзани со склоноста за појава на витилиго?

Главни точки

- *Наследен фактор: 20% од луѓето со витилиго информираат за роднина од прво колено кој боледува од витилиго.*
- *ХЛА хаплотипот може да придонесе за склоност за витилиго.*
- *Голем број на патолошки состојби се поврзани со витилиго: нивното присуство може да се смета како склоност за развој на болеста.*
- *Појавата на болеста често се поврзува со стресни животни настани.*
- *Физичка траума на кожата може да предизвика витилиго (феномен на Koebner).*

Одговор

Добро е познато дека наследноста е проблем во склоноста за витилиго. Всушност, околу 20% од луѓето со витилиго информираат за роднина од прво колено кој боледува од истата болест. Деца на пациент заболел од витилиго имаат 1,7 пати поголем ризик за развој на витилиго во споредба со другите членови на семејството. ХЛА хаплотиповите може да придонесат за склоност за генерализирано витилиго, односно HLA-A2, -DR4, -DR7 и-DQB1 0303.

Генот NALP-1 генот (NACHT leucine rich- repeat protein 1) е најосетлив ген кој е епидемиолошки поврзан со генерализирано витилиго и други автоимуни болести (односно болест на тироидната жлезда, пернициозна анемија, и лупус еритематозус)

Пациенти кои веќе боледуваат од следниве болести се повеќе склони кон развој на витилиго (и обратно):

Алопеција ареата
Пернициозна анемија
Селективен дефицит Iga
Автоимуна болест на тироидната жлезда
Адисонова болест
Конгенитален меланоцитен младеж
МЕЛАС синдром (митохондријална енцефаломиопатија, лактоацидоза, и епизоди на мозочен удар).

Стресни животни настани, во комбинација со психо-невро-ендокрин-имунолошки систем, и физички трауми на кожата, вклучувајќи изгореници од сонце, лесно може да предизвикаат појава на витилиго кај лица кои се склони.

Прашање 15. Хируршка терапија за витилиго: кога и како?

Главни точки

- *Хируршката терапија обично се воведува кога медицински или физички терапии на витилиго не даваат задоволувачки резултати.*
- *Таа се состои од преместување на меланоцити од пигментираниот дел на кожата област на белите дамки кај истиот пациент.*
- *Многу различни терапии се достапни вклучувајќи пресадување на делови од ткиво и/или цело ткиво: едноставен punch трансплантат, тенок трансплантат на кожа, трансплантат на меур од кожа и пресадување на суспензија на меланоцитни или кератиноцитни-меланоцитни станици.*
- *Појавата на отфрлање на трансплантатот, лузни, инфекција, неправилни пигментацијата, изгледот на кожата на заоблен камен и феноменот на Кебнернизација се секогаш можни и можат да го ограничат користењето на хируршки терапии кај пациентите со витилиго.*

Одговор

Хируршката терапија на витилиго е секогаш можна, барем на избраните/ ограничените депигментирани делови

Потребни се два главни услови:

— лезиите настанати како последица на витилиго треба да бидат стабилни (т.е. да се избегнуваат хируршки процедури во прогресивните лезии

— лезии не смеат да се шират или не смее да се појави дополнителна депигментација најмалку 2 години).

— деловите зафатени од витилиго треба да бидат отпорни на главните и најефикасни медицински и физиотерапевтски терапии, базирани на УВ (светла или ласери).

Голем број на хируршки терапии се можни. Меѓу нив се и следниве:

— punch пресадување (graft) и mini-graft)

— епидермално пресадување

— дермо-епидермално пресадување

— blisters graft (трансплантат на меур од кожа)

— трансплантат на суспензија на аутологни меланоцити

— терапии со ин витро добиена кожа

— култивација на епидермисот со меланоцити

Тие се сметаат за најпопуларните процедури. Нео-меланогенезата обично започнува веднаш по пресадувањето и продолжува во текот на неколку месеци со бавна стапка.

УВ изложеноста (со ламби или природна сончева светлина) предизвикува побрза и подлабока репигментација по операцијата. Хируршките техники нудат репигментација која често не е слична со нормално пигментираната кожата. Тие се секогаш инвазивни процедури. Конечните резултати значително се разликуваат од пациент до пациент. Психолошкиот аспект на пациентот кој бара хируршки/ инвазивен третман мора да биде секогаш оценета и за очекувањата на пациентот мора јасно да се дискутира. Така, одлуката за отпочнување со хируршка терапија за витилиго мора да биде секогаш добро избалансирана и пациентот комплетно информиран.

Прашање 16. Тетоважа во терапијата за витилиго: кога и како?

Главни точки

• *Козметичката тетоважа претставува стандарден терапија за постигнување на трајна камуфлажа на местата зафатени од витилиго.*

• *Таа е особено корисна за мукозниот витилиго.*

• *Несаканите ефекти мора да се земат во предвид*

Одговор

Тетоважата е во моментот е прифатена од страна на општата популација од ритуални или симболични причини. Таа се состои во воведување микропигменти во дермисот, односно инертен железо оксид за кој се смета дека не може да мигрира во останатите слоеви од кожата.

Микропигментот имплантиран во кожата не може да се измие од неа, но неговите бои избледуваат природно за 24-36 месеци. Козметичките резултати зависат од вештината на докторот или техничарот во соодветствувањето на бојата на тетоважата со бојата на околната нормална кожа. Луѓето со темна кожа луѓе обично имаат подобри резултати отколку поединци со светла кожа.

Несаканите ефекти кои се пријавени вклучуваат повторлива инфекција со вирусот на херпес симплекс, хронична грануломатозна реакција на вграден пигмент, алергиски реакции, феномен на Кебнернизација, непотполно соодветствување на бојата и врз база на нашето искуство, исто така, кожни псеудолимфоми.

Прашање 17. Треба ли да користам топични или орални антиоксиданси за витилиго?

Главни точки

- *Има сè повеќе докази кои зборуваат во прилог на ефикасноста на оралните антиоксиданси, посебно во комбинација со УВБ зрачење на кожата.*
- *Нема дефинирани параметри за дозирање на оралните антиоксиданси и податоци за присуството на несакани ефекти кај пациенти кои боледуваат од и витилиго.*
- *Екстракт од папратот Polypodium Leucotomos, Гинко билоба, Сисумис мело (диња), алфа липоичната киселина, витамини Ц и Е, полинезаситени масни киселини, фенилаланин и други природни супстанции кои се земаат орално се претпоставува дека ја зголемуваат активноста на каталазата во крв, и со тоа го намалуваат нивото на реактивни кислородни видови. Според најновите податоци, куркуминот сам или во комбинација со капсаицинол и ресвератролот ја намалува активноста на витилиго.*

Одговор

Постои јасна склоност на експерти во областа на истражување на витилиго кон ставот дека појавата и прогресијата на бели дамки се поврзани со недостатокот на механизми за детоксикација во организмот кои го намалуваат нивото на реактивни видови на кислород (РОС) и во крвта и во кожата на пациентите со витилиго. Така, и локалната и системската употреба на супстанции кои се во можност да ги намалат нивоата на реактивните видови на кислород се предложува константно. Повеќето од овие супстанции се споменати во делот на Клучните точки на од овој став. Во принцип, додека некои студии покажуваат исклучително добри резултати во репигментацијата по употребата на локалните или системски "природни антиоксиданси", други студии не ги покажуваат нивните предности. Дерматолошката научна заедница се чини дека ги охрабрува и оралната и локалната употреба на "природни антиоксиданси" за лекување на витилиго. Сепак, не е решено прашањето за дозирање и не ни се познати резултатите од двојно слепите студии за ефикасноста и безбедноста на овие природни супстанции. Во подготовка е книга за "Природни антиоксиданси во општата медицина и во дерматологија" чијшто коавтори се и автори на оваа брошура и наскоро ќе биде достапна за оние кои ја следат работата на ВРФ.

Прашање 18. Што значи "лечење на витилиго со каталаза"?

Главни точки

- *Постоечка терапија за системско витилиго обично се препорачува за поттикнување локално и/или системско намалување на имунолошкиот систем (= имунолошка*

депресија).

• *Алтернативна терапевтска опција се базира на концептот дека наместо поттикнување на локална и/или системска имунолошка депресија кај пациентите со витилиго, може да се воведат супстанции кои ја зголемуваат активноста на каталаза со цел да се заштити меланоцитите од прекумерниот оксидативен стрес.*

Одговор

Каталаза е супстанција добро позната по своите антиоксидантни својства. Таа му припаѓа на групата на орални и локални антиоксиданси, кои се наведени и разгледувани во претходните поглавја. Таа е предмет на исцрпни дискусии во книгата "Природни антиоксиданси во општата медицина и во дерматологија", достапна како е-книга за публиката на ВРФ. Оваа супстанција е обично од природно потекло и нејзината употреба е во комбинација со ултра виолетово зрачење на кожата. Климатотепијата на Мртвото Море во комбинација со топична псеудокаталаза се чини еднакво ефикасна, како употребата на потентни локални кортикостероиди во поттикнување на репигментацијата. Така, ова прашање треба да биде разгледано од страна на пациентите со нивниот дерматолог пред започнување со било каков активен третман со хемиски лекови, кои предизвикуваат имунолошка депресија, имајќи во предвид дека, за жал параметрите за дефинирано дозирање и можните несакани ефекти не се сè уште целосно разјаснети за овие супстанции со активност на каталаза.

Прашање 19. Кои се главните несакани ефекти од терапијата за витилиго?

Главни точки

- *Топичните и системски терапии на витилиго може да имаат различни несакани ефекти кај различни пациенти.*
- *Топични потентни кортикостероиди се смета за прва линија на терапија. Може да дојде до еритема, лезии налик на акни, атрофија на епидермисот, телеангиектазија, стрии и зголемена влакнетост.*
- *Топични калцинеурински инхибитори (такролимус, пимекролимус) најчесто предизвикаат еритема, печење и иритација. И покрај различните информации кои се достапни, до денес не постои убедлив доказ дека постои било каква зголемена зачестеност од рак на кожата по нивната употреба од пациентите со витилиго.*
- *Аналозите на витаминот Д3 само може да предизвикаат блага иритација на третираната кожа.*
- *Топични псоралени се високо фототоксични дури и во многу ниски концентрации по УВ изложеност: може да се забележат меурчиња и кожна некроза*

Одговор

Терапијата за витилиго е сложено прашање кое секогаш бара јасно и сеопфатен објаснување на несаканите ефекти и од системските и од локалните терапии. Секој пациент кој страда од витилиго треба да го праша дерматологот за времетраењето на терапијата(-иите), како и за можните несакани ефекти. Дискусијата за било која системска терапија за витилиго бара секогаш дискусија на само, помеѓу пациентот и соработка помеѓу истите врз основа на јасни прашања и јасни одговори.

Се надеваме дека оваа брошура ќе му (им) помогне на пациентот (-теи) во комуникацијата со неговиот (нивниот) дерматолог за да се постигне подобро разбирање и лекување на витилиго.

Прашање 20. Камуфлажа: кога и како?

Главни точки

- Камуфлажата треба да се вклучи во глобалниот пристап кон витилиго, главно во оние случаи кога пациентот не може да го надмине емоционалниот стрес кои произлегува од промените на неговата кожа.
- Корективните козметички производи кои се користат можат да бидат креми за покривање, препарати за самопотемнување и бои.
- Камуфлажата може да биде само привремена (шминка), полутрајна (производи за самопотемнување) или постојана (тетоважа).
- Камуфлажата може да се комбинира со активните третмани на витилиго

Одговор

Повеќето терапии за витилиго може да бараат третман од неколку месеци или години пред да дојде до евентуална репигментација. Така, палијативните терапии може да се користат во меѓувреме, со значително подобрување на квалитетот на животот на пациентот. Креми за заштита од сонце обично се користат паралелно со повеќето од овие козметички производи со цел да се избегнат изгореници. Пациентите треба да знаат колку различни производи се достапни за нив на пазарот, и треба да се запознаат со различните методи на примена и чистење. Покрај креми за покривање, коректори во форма на стик, креми за прекривање во боја и спреови за фиксирање на нанесената боја бараат стручни препораки со цел да се добијат оптимални резултати. Трајната камуфлажа се постигнува со козметичка тетоважа која обично се прави од имплантирање на пигменти од железо оксид во дермисот.

Боите на тетоважите природно исчезнуваат со години, поради што бараат периодични одржување, обично на секои 30 месеци. Квалитетот на животот на пациентите кои страдаат од витилиго обично значително се подобрува со користење на производи за покривање кои даваат природен изглед на кожата зафатена од витилиго. За жал, сигурни клиници во кои се врши третманот со камуфлажа со соодветна доза на стручност не им се секогаш достапни на пациентите.

Прашање 21. Психотерапија: кога и како?

Главни точки

- Витилиго е психолошки исклучително тешка болест поради нејзината стигматизација, козметички неприфатен изглед и хроничен рецидивирачки тек.
- Во одредени случаи психолошкиот третман може да ја подобри самодовербата и клиничкиот исход: тој мора да се стартува во просторија за "релациски консултации" каде што пациентот ќе биде истовремено во контакт со дерматологот и психотерапевтот.
- Когнитивно-бихевиорална терапија може да биде исто така корисна во одредени случаи.

Одговор

Витилиго е болест за која и пациентите, а и лекарите често сметаат дека може да биде предизвикана од емоционален стрес.

За инкубациски период од 2-3 недели помеѓу стресниот настан и клиничката манифестација на дамките од витилиго известуваат повеќе од 70% од пациентите. Дури и локализацијата на бели дамки, иако делумно, значително се поврзува со одредени афективни односи.

Така, според некои извештаи, кај мажи кои биле изневерени витилиго е локализиран во гениталните подрачја, жени кои не ја прифаќаат својата бременост, во пределот на нивниот абдомен. Поучен е случајот на една жена која развила витилиго на рацете неколку часа после отстранувањето на чаршафите на кои абортирала девојката на нејзиниот син.

Ова се очигледно анегдотски извештаи во медицинската литература, кои имаат ограничена вредност, но секако укажуваат на постоењето на психо-соматски улоги во патогенезата која би можела да ги води истражувачите кон тоа да причините и терапијата лекување на витилиго ги бараат во психо-невро-имуно-ендокрини територии. Никој не го оспорува товарот кој поради сомато-психичкото дејство на витилиго е присутен во психата на поединци.

Пациентите кои боледуваат од витилиго можат да прифатат (повеќе или помалку свесно) различни однесувања за да се справат со витилиго. Некои ќе го прифатат психолошкиот механизам, познат како "активно учење" кој се состои во активно читање, учење и истражување на причините за болеста.

Други ќе се однесуваат како "помирени со болеста" покажувајќи добра самодоверба и не обидувајќи се да ги сокријат своите кожни промени. Останатите наместо тоа ќе направат херојски обиди да ги скријат своите бели дамки, секогаш ќе бидат засрамени и често депресивни. Овие пациенти можат да ги ограничат нивните социјални контакти и можат да ја изгубат својата работа поради витилиго. При преглед на пациентот и дискутирајќи за најсоодветниот терапевтски пристап, секој квалификуван дерматолог ќе се обиде да ги разбере и психо-соматскиот механизам кој ја поттикнува појавата на дамките (доколку ги има) и сомато-психичкото дејствување на болеста врз самодовербата и квалитетот на животот на секој пациент посебно. Според тоа, дали дерматологот треба секогаш или често да го упати секој пациент кај психолог или психијатар?

Тешко е да се каже не, но уште потешко да се каже да. Доколку пациентот го избрал својот дерматолог за "површна и длабока" помош која се однесува на разбирањето на неговите површински и длабоки симптоми, дерматологот не може да го одбие.

Дерматолог мора секогаш да одговори на барањето на пациентот со давање на комплетно целосна грижа која што е побарана, вклучувајќи овозможување на соодветно советување. "Принудувањето" на пациентот да посети друг (кој не е кожен) специјалист е, всушност, опасно.

Непосредно бесчувствително упатување на пациентите со болести на кожата на психијатар дури и може да доведе до идеи за самоубиство кај премногу чувствителни пациенти, како што е веќе опишано во литературата. Така, кога психо-интервенција ќе се смета за "неопходна", дерматологот треба да ја користи праксата за "релациска консултација" и да му предложи на пациентот соработка со психијатар-психолог. Тоа ќе биде директен контакт два на еден: пациентот заболел од витилиго, дерматологот и психијатарот.

Дури подоцна, двајцата експерти ќе имаат полно право да третираат ист пациент одделно, со очекувани одлични резултати. Во овој контекст, се чини дека когнитивната бихевиорална терапија ќе даде добри резултати во однос на останатите психолошки пристапи.

Трендови во иднина. Нови пристапи во лечење на ВИТИЛИГО

Главни точки

- Дали е витилиго болест сама за себе и дали ќе биде пронајден лек како таков?
- Или, обратно, дали витилиго вклучуваат спектар на различни нарушувања со различни причини, сите манифестирајќи се со бели дамки на кожата, но барајќи различни третмани?
- Дали генетски истражувања ќе придонесат да се открие лек за витилиго?
- Дали пациентите кои страдаат од витилиго имаат пристап и финансиска поддршка за да се справат со присутните скапи и ефективни терапевтски опции?
- Која ќе биде улогата на Cloud Medical Research Management (MPM)?
- Што е ново во лечењето витилиго?

Одговор

Ова е единствен дел од оваа брошура во која сите клучни точки се проследени со знак прашалник.

Изјавата "причина за витилиго и натаму останува непознат" секогаш треба да биде проследена од реченицата "бидејќи кај секој пациент посебно може да биде вклучен различен процес во создавањето на бели дамки на неговата кожа". Со други зборови, истите бели дамки на кожата на различни пациенти, кои ќе бидат дијагностицирани од страна на дерматолог како "витилиго", најверојатно се поврзани со неколку различни механизми кои влијаат на продукцијата, ослободувањето и отстранувањето на меланинот од кожата. Да живее разликата. Според ова, нема да има една форма на "витилиго", но повеќе форми на "витилига", кај различни пациенти, и сите се манифестираат слично или идентично како бели дамки на кожата и/или на мукозните површини.

Овој концепт ги исклучува "леукодермиите", т.е. оние бели дамки на кожата со познато потекло.

Се подразбира дека различни форми на витилиго ќе бараат различни третмани и, на крајот, различни лекови. Исто така, се смета дека денес "комбинираните терапии" се најрационалниот избор за лекување на секој поединечен случај.

Тешко е да се каже дали генетските истражувања ќе придонесат да се открие лек а витилиго. Најверојатно, тоа нема да се случи наскоро. Еднојајчаните близнаци со идентичен ДНК имаат само 23% шанси за развој на витилиго, што укажува на значајни еколошка и не-генетска компонента на болеста.

Генетичарите веројатно ќе ни помогнат во идентификување на различни субпопулации на пациентите кои имаат "бели дамки на кожата и/или на мукозните делови" и дијагностицирани од страна на дерматолог како "витилиго", а за што се потребни различни истражувања, различни терапии и веројатно сосема различни лекови. Ова би можело да биде најдобрата тековна цел на генетско тестирање и тоа со одлична перспектива. Покрај тоа, генетиката може да биде корисна во предвидувањето на успехот на терапијата, на тој начин, овозможувајќи да се избере најдобрата терапија за одредена личност. Цената и достапноста на терапијата мора да биде земена во предвид при избирањето на терапевтски план за лекување на витилиго. Во моментот, огромно мнозинство на пациенти кои имаат витилиго имаат тешки финансиски ограничувања за правилно лекување според веќе постоечките протоколи за лекување.

Овој проблем најверојатно ќе стане поголем во блиска иднина, како резултат на прогресивната рецесија во економијата на многу земји и релативен пораст на цената на ефикасни терапии за витилиго. Така, на хоризонтот на терапијата и лекот за витилиго, гледаме комплексна интеракција на различни ingredienti кои се преклопуваат, вклучувајќи идентификација на специфична форма на витилиго (класификација и генетика), евалвација на својствени биолошки патишта кои создале бела дамки кај секој индивидуален случај (патофизиологија) и, конечно, изборот на соодветен третман (третман и, да се надеваме, лек). Последниот проблем веќе покажува (и веројатно повеќе во иднина)

како цената и достапноста на терапијата треба да бидат земени во предвид при соочување со доживотна (во моментот) болест која ги зафаќа "демократски" сите популации во светот. Повеќето од пациентите веројатно ќе имаат финансиски ограничувања за соодветен третман/лекување на «нивното» витилиго.

На хоризонтот на терапијата и лекувањето на витилиго гледаме комплицирана сложувалка во која некои основни коцки се веќе добро поставени на вистинските места.

За остатокот, од научната заедница, здруженијата на пациенти кои страдаат од витилиго и фондациите посветени на витилигосе бара да ги координира и усогласи своите стратегии и напори за добивање на битката против витилиго, со пополнување на сложувалката.

Vitiligo Research Foundation (www.vrfoundation.org; www.vitinomics.net) се обврзува да ве информира за тековните истражувања и достапните терапии за витилиго.

Извори и библиографија

1. Vitiligo – Problems and Solutions

Lotti T. & Hercogova J. , Editors

Marcel Dekker, Inc., New York (NY) 2004

2. La Vitiligine – Nuovi Concetti e Nuove Terapie

Lotti T. , Editor

UTET, Torino , 2000

3. Pigmentary Disorders

Lotti T. , Guest Editor

Thiers B.H., Consulting Editor

Dermatologic Clinics, Vol. 25 (3) , 2007

4. Vitiligo: a comprehensive overview (part I and II)

Alikan A. , Felsten L.M., Daly M., Petronic-Rosic V.

Journal of the American Academy of Dermatology 65: 473 – 515, 2011

5. Targeted and combined treatment for vitiligo. Comparative evaluation of different current modalities in 458 subjects.

Lotti T., Buggiani G., Troiano M. Assad G.B. , Delescluse J., De Giorgi V. & Hercogova J.

Dermatologic Therapy, 21: 320-6; 2008

6. Vitiligo

Picardo M. & Taieb A. , Editors

Springer Verlag, Berlin, 2010

7. Autoimmune markers in vitiligo patients appear correlated with obsession and phobia.

Moretti S., Arunachalam M., Colucci R., Pallanti S., Kline J.A., Berti S., Lotti F. & Lotti T.

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology

21: 1468 – 1471, 2011

8. Valle Y., Couture P., Lotti T. & Korobko I.

Cloud Medical Research Management (MRM) : A Bio IT Tool for Correlative Studies in Dermatology.

Treatment strategies-Dermatology-Pigmentary Disorders and Vitiligo- 2:82-86, 2011

9. [http:// www.vrfoundation.org](http://www.vrfoundation.org)

10. [http:// www.vitinomics.net](http://www.vitinomics.net)

Витилиго. Прашања и Одговори. Дел 1 од Проф.Антонио Салафия, М-р

Вовед



Витилиго е стекната пигментацијата на кожата нарушување, кое предизвикува и физички дефект и психолошко нарушување кај пациенти, почесто кај индивидуи со темна кожа. Тоа е познато веќе неколку илјади години. Освен естетски промени, витилиго не е опасна по живот или заразна болест. Сепак, може да го промени квалитетот на живот на пациентот. Витилиго е мултифакторијално заболување, односно многу фактори се вклучени во појавата на оваа болест. Некои автори сметаат дека е наследна, но не постои дефинитивен доказ за тоа. Се согласувам дека кај некои пациенти, може да има вродени предиспозиции за болеста, но тоа ќе се дискутира во детали подоцна. Понекогаш, може да има други болести поврзани со витилиго, сепак, тоа е повеќе исклучок отколку правило. Во исто време, слично како и во многу други ситуации, постојат болести кои го придружуваат витилиго.

Поглавје 1. Вовед. Боја на кожа

Се чини дека нормалната боја на кожа е всушност темна, светлата боја е мутација. Постојат повеќе генетски разлики во африканската раса отколку во белата раса, и повеќе нијанси на бои кај "црните" отколку кај "белите", тоа исто така зборува во прилог на теоријата дека "црна коса, кафеави очи и темна боја на кожа мора да се смета за исконска состојба на луѓето".

Конечната боја на кожата се определува со интеракција на четири пигменти:

а) Жолт: произведена од страна на каротеноиди (името го добиле по тоа што се наоѓаат во големи количини во морковите).

б) Кафеав: поради меланинот.

в) Црвен: ова е бојата на оксигенираниот хемоглобин во капиларите.

г) Син: бојата на хемоглобинот - со помалку кислород - во венулите.

Меѓу сите, меланинот е главна компонента на бојата на кожата, која зависи од бројот, типот и дистрибуцијата на меланозоми, па дури и нивната големина.

Други елементи кои придонесуваат за бојата на кожата вклучуваат: дебелина на кожата, особено на горниот слој, брзина на протокот на крв, оксигенација, ниво на циркуирачки хемоглобин и изложеност на УВ светлина. На крај, бојата на кожата не зависи само од производството на меланин, туку и од неговиот транспорт, исто така.

Било која клетка способена за производство на меланин може да се нарече меланоцит, но во тековната употреба, името меланоцит се користи за оние клетки кои потекнуваат од нервните туби (делот во фетусот, од кој се развива 'рбетниот мозок се) и поседуваат ензим тирозиназа.

Ние веќе знаеме дека косата делува како депо на меланоцити, и клинички, ќе забележиме дека влакнестите делови на телото се подложени порано и побрзо на репигментација. Меланоцитите не се еднакво распределени во сите анатомски делови на една иста индивидуа. Има помеѓу 1.000 и 3.000 меланоцити на еден квадратен милиметар кожа, со поголема густина во челото, образите, носот, кожата, лицето, усните, penisот и скротумот. Така, очигледно е дека деловите кои содржат повеќе меланоцити имаат подобри шанси за порана репигментација од оние со пониска концентрација на меланоцити. Снабдување со крв е исто така поврзано со стапката на репигментација - како што веќе беше забележано од страна на Прота. Снабдувањето со крв во прстите на рацете и нозете е околу 25% помалку отколку во другите делови на телото. Нашето лице има највисока снабдување со крв и не е чудно што речиси кај сите пациенти, репигментацијата се јавува најрано и најбрзо на него.

Изложеноста на сончева светлина (или вештачка УВ светлина) ја зголемува бојата на кожата, и поради оваа причина, изложеноста на кожата зафатена од витилиго на сончева светлина - во умерена мера - не е задолжително, но е составен дел на третманот. Премногу сончева светлина, меѓутоа, може да ја оштети нашата кожа, за што ќе се дискутира подоцна.

Поглавје 2. Првото прашање што ни се наметнува: кој боледува од витилиго?

Одговорот не е едноставен или директен. Во моментот, не постојат доволно докази за да се каже дека болеста е почеста кај одредени раси, заедници или географски области. Едно е сигурно: вегетаријанска и не-вегетаријанска исхрана не прави многу разлика, освен тоа дека вегетаријанската исхрана може да биде сиромашна со одредени важни витамини. Меѓутоа, со оглед на тоа што посебно сметам дека витилиго е примарно метаболично нарушување, постои можност како исхрана, постење, цревна паразитоза, и присуството на било кое друго метаболично нарушување - како дијабетес мелитус - да го комплицираат и влошат проблемот. Дозволете ни да ги испитаме различните епидемиолошки параметри, еден по еден. Според моите сознанија, не се направени систематски епидемиолошки студии во врска со витилиго, најголем дел од статистиките се направени од дерматолози и процентите одразуваат еден од пациентите заболени од витилиго од сите дерматолошки случаи.

Затоа, не можеме да бидеме апсолутно сигурни за преваленца (вкупниот број на пациенти во секој даден момент) и инциденца (бројот на нови случаи годишно) на витилиго во дадена популација.

Заклучоците на епидемиолозите често се пристрасни од ограниченото искуство и/или релативно малиот број на прегледани пациенти.

Преваленцата е различно котирана од 0,5% - 2,00% во светот; 1% во САД. Се вели дека е 1% во Европа, 4% во Индија, и 0,38% во Данска.

Никој не знае колку овие статистики се вредни, постои претерување во двете насоки, од оние кои ги потценуваат проблемот и од страна на оние кои го преценуваат. Моите статистички податоци се исто така процент од сите случаи, регистрирани во Дерматолошкиот Центар Vimala (ВДЦ), во други добротворни болници и во мојот кабинет. Со оглед на фактот дека мојот начин на лечење е сосема различен од оној обично пропишан од други дерматолозите, произлегува дека во ВДЦ постои различен и ефективен начин на лечење, што е точно.

Како последица на тоа, гледам голем број на пациенти. Многу записи се изгубени од различни причини, сепак, во моментот во мојот компјутер имам потполна евиденција на повеќе од 19.000 пациенти. Околу 20% од моите пациенти се од различни делови на Индија, а неколку стотици се од странство. Евалвирајќи ги записите од претходните 15 години, можам да кажам дека преваленцата е околу 8%, а годишната стапка на инциденца е 11,7%. За да се изрази национален просек, мојата статистички податоци треба да се намалат поради претходно наведените причини. Сметам дека преваленцата од 4-5% е најблиска до реалноста во Индија. Сепак, се чини како инциденца на витилиго да се зголемува полека, но сигурно од причини сè уште непознати, јас можам да се осмелам

да кажам дека во патогенезата на витилиго придонесуваат слободните радикали (како што ќе видиме подоцна), како и загадувањето, нечистата храна и масло за јадење, некои видови на исхрана, стресниот живот ... Секој од нив може да придонесе за зачестеноста на болеста.

Поглавје 3. Општа преваленца

Преваленцата кај општата популација зависи од различни фактори:

1. Свесноста на пациентот и лекарот, нивото на загриженост на пациентот, кој, пак, е под влијание од страна на роднини, општеството во целина, како и обемот на психолошка траума на пациентот.

2. Можноста на пристап до медицинска нега, очигледна е во многу оддалечените области - постојат неколку од нив во Индија, Африка и Австралија нема доволно/или воопшто лекари, а луѓето, поради не се загрижени за нивната боја на кожа кога има многу посериозни болести со кои се справуваме.

Дозволете ни да погледнеме во некои извештаи од различни делови на светот.

АФРИКА:

Во Нигерија стапката е 6% за периодот од 1980 -1983. Околу 70% биле на возраст под 30 години. Повторно во Нигерија во 1985 - 1998, Бенин Сити, само 3,2% од 351 дерматолошки случаи, беа со витилиго.

ИНДИЈА.

Првата сеопфатна студија беше направено во Калкута од Дас и неговите соработници кои најдоа стапка на преваленца од 1:1000 во 15,685 пациенти. Во Саураштри изнесуваше 2% од 400 пациенти. Во исто време, друг автор дава преваленца од 1.13% во Сурат. Во Пондичери преваленцата е 2,6%. Шајил вели: "Инциденцата на витилиго е од 0,5-2,5% во Индија со висока преваленца од 8,8% во Гуџарат и Раџастан".

БАНГЛАДЕШ.

Кан е во право кога вели дека инциденцата на витилиго варира од земја до земја; преваленцата во неговата земја е 0,4%.

КУВАЈТ.

Анализирајќи 10.000 пациенти, Нанда покажа дека инциденцата на витилиго е прилично ниска наспроти atopичниот дерматитис

КОРЕЈА.

Ахн испитувал корејски витилиго пациенти и здрави корејски волонтери. Во споредба со нормалните контроли, пациентите со посветла боја на кожата имале многу пониска преваленца од оние со "потемна" боја на кожа.

САУДИСКА АРАБИЈА.

Еден труд дава податоци за преваленца од 5%.

ЕВРОПА.

Едно истражување спроведено врз постарото население во северниот дел на Европа покажа дека витилиго имало преваленца од 1,2% во однос на онаа од 2,9% на псоријаза. Пред неколку години еден автор рече дека имало 500.000 случаи на витилиго во цела Велика Британија. Во Данска, од 47,033

испитани случаи, преваленцата на витилиго беше 0,38%

Поглавје 4. Возраст кога се појавува болеста

Возраста кога се појавува болеста, исто така, беше предмет на многу трудови. Овде повторно е валидно набљудувањето направено на почетокот на ова поглавје. Ќе цитирам само неколку автори.

Забележани се случаи на појава на витилиго со раѓање. Ханда смета дека просечната возраст во која се јавува болеста е 25 години, Чо 5 години и 6 месеци, а Прциќ 7 години. Ханда во неговата студија вклучува 182 постари пациенти, кои се наоѓаат на просечна возраст од 55 години. Блехеен, од Велика Британија, вели дека витилиго почнува пред возраст од 20 години, и ова стана еден вид на лајт мотив што го цитираат голем број на други автори, без оглед на тоа дали тие самите имаат направено истражување во нивната земја или не. Имам 4 случаи на појава на витилиго од раѓање, 8 случаи на пациенти на возраст од 80 и еден пациент на возраст од 97!

Од сите овие трудови, кои во многу случаи претставуваат мал број на пациенти, можеме да заклучиме, на попрктичен и прагматичен начин, дека болеста може да почне на било која возраст, врз основа на податоците до кои дојдов, највисоката инциденца е во возрастната група од 20-30 години.

Деталната анализа на моите податоци покажува пораст за женските деца до 17 години, по што преваленцата кај пациенти од машки пол ја надминува онаа кај женскиот пол. На кратко, полот, религијата, и социоекономскиот статус се чини дека немаат никакво влијание. Професијата, кај некои пациенти, е преципитирачки фактор, како што ќе видиме подоцна.

Поглавје 5. Фамилијарна инциденца

Истражувањата на италијанскиот автор Фрати се од голем интерес: тој ја пронајде фамилијарната инциденца. Алкхабеет изнесува случаи за појава на болеста во фамилијата во не-Менделеев облик на наследување и на тој начин смета дека се работи мултифакториелен, полигенска форма на наследување. Некои индиски автори сметаат дека појавата на болеста во фамилијата изнесува 13,8%, додека други 2,55% (Апте во Мумбаи). Каква значителна разлика! Во 1930-тите и 1940-тите се сметало дека витилиго не е наследна болест. Поновите автори сметаат дека постои силна фамилијарна врска. Сепак, поголемиот дел од современите автори ги базираа нивните заклучоци на еден мал примерок и тоа ограничен само на одредена географска област или заедница. Постои извештај во медицинската литература за витилиго кај двојјачани близнаци (= лажни близнаци). Понатаму, забележана е појава на разни типови на витилиго кај еднојачани близнаци (= вистински близнаци). Постојат случаи на еднојачани близнаци, каде што само еден од браќата и сестрите страда од витилиго. Неодамна, наидов на машки еднојачани близнаци на возраст од 12 години, а само еден од нив имаше витилиго, а другиот - дури 3 години подоцна - не покажува никаков знак на витилиго, и уште еден пример на женски еднојачани близнаци, само една од нив имаше витилиго, и тоа 2 години. Алкхабеет вели дека постои одредена генетска компонента, но шансите за појава на витилиго кај еднојачаните близнаци е само 23%, што покажува дека не - генетска компонента, исто така, игра важна улога ". Неумеистер известува за случај на витилиго кај 50 – годишен човек, 9 месеци по трансплантацијата од неговата сестра близначка која боледувала од оваа болест неколку години. Постојат автори кои сметаат дека појавата на витилиго во детството најчесто е поврзана со фамилијарна историја. Моите податоци кои претставуваат пациенти од речиси сите индиски држави и неколку стотици од други делови на светот (Саудиска Арабија, Дубаи, Мускат, Јужна Африка, Италија, Велика Британија и САД), покажуваат ниска фамилијарна инциденца од 2,94%, што е уште пониска од преваленцата за општата популација во одредени делови од Индија. Сепак, јас го поддржувам мислењето за вродени предиспозиции, што не е нужно генетски, или ако тоа е генетски, треба да биде полигенско наследување, како што е предложено од страна на Алкхабеет и други автори.

Поглавје 6. Преципитирачки фактори

Голем број на пациенти тврдат дека болеста се појавила - или се шири - од една ситна дамка до поголема површина зафатена од неа, по тежок физички и/или ментален стрес. Тоа се "преципитирачки фактори", но тие не се причината за болеста, туку го предизвикуваат нејзиниот развој. Стресот, во овој случај, не може да се смета како 'причина' за болеста, туку фактор кој придонесува за нејзина појава или "преципитирачки фактор".

Листата на преципитирачките фактори е долга и може да се подели во четири дела, како што се:

1) Физиолошки

а) Менарха или првото појавување на менструацијата. Ова може да се оправда со високата инциденца кај младите девојки.

б) Бременост, породување и менопауза. Во сите овие случаи на женското тело е подложно на стрес, и, згора на тоа, постојат одредени хормонални промени. Познато е дека естрогените ја зголемуваат бојата на кожата, намаленото ниво на овие хормони - како што се случува за време на менопаузата - можат да ја објаснат зголемената стапка на дамки, знак за витилиго, кај жените во менопауза.

2) Патолошки

а) Паразити, како хелминти, амeba и *Giardia lamblia* кои го оневозможуваат нормалното функционирање на дигестивниот систем.

б) Бактерии и габи. Многу млади девојки кои имаат витилиго имаат историја на габична инфекција која се нарекува кандидијаза. Истото важи и за мажите, со витилиго на главата на пенисот. Познато е дека витилиго може да биде последица на *Tinea versicolor* (друга габична инфекција), која се интерферира со меланогенезата.

в) Вирусни болести. Имам голем број на случаи каде што витилиго се јавува кај пациенти претходно заразени од Херпес зостер. Постојат неколку пациенти кои развиле бели дамки на усните по Херпес лабиалис.

г) Тифус, маларија, жолтица. Овие болести се стресни до таква мера така што не е изненадувачки да се јават и други болести како последица на овие големи телесни промени.

д) Хроничен гастритис и ниско ниво на желудечната киселина се пронајдени кај некои пациенти. Кај нив може да се види слаба апсорпција на важни и витални елементи.

ѓ) Хепатит. Поврзаноста со витилиго не е јасно, иако постојат автори кои сметаат дека доказите се релевантни. Пред неколку години се сретнав со еден општ лекар, кој постигна добри резултати во контролата на витилиго (ако не и во неговото излекување) со користење на *Essentiale*, заштитник на црниот дроб.

е) Болест на тироидната жлезда. Ова, во теорија, може да го влоши витилиго, како што беше објаснето претходно.

3) Психолошки фактори

Смртта на близок, губење на работа и/или семејна несреќа се особено стресни случувања.

Во овој случај важна улога играат интерлеукините и некои појаснувања ќе биде дадени подоцна.

Улогата на стресот е истакната од страна на разни автори, сепак не постои сè уште консензус. Некои од нив велат дека стресот може да го промени имунолошкиот систем и, оттука, игра важна улога во појавата на автоимуни болести кај пациенти предиспонирани за нив. Фишер известува за случај на витилиго како последица на воени случувања и прогонување.

Неколку автори го споменуваат лошиот квалитет на живот на пациентите заболени од витилиго. Доста е јасно дека витилиго, или било која друга болест која може да го избличи поединецот, ќе има одредено влијание врз животот на пациентот. Ова е повеќе така кај поединци со темна боја на кожата, каде секоја дамка од витилиго сјае како ѕвезда, во Индија постои уште еден проблем: луѓето често го заменуваат витилиго со лепра и тоа дава одредена доза на страв, бидејќи лепрата е "проклетство од Бога". Сум видел млади девојки принудени на развод, поради оваа болест, и млади луѓе кои размислуваат на самоубиство, бидејќи тие не можат да најдат животен партнер.

4) Хемиски предизвикано витилиго

Голем број на хемикалии може да се обвинат за предизвикување и/или таложување дамки на витилиго кај пациент кој има склоност кон појава на болеста. За витилиго како резултат на пара тетра бутил фенол известуваат лондонските лекари во 197 година во Болницата за дерматологија *St Johns* и наскоро после тоа во германскиот лекар Родермунд опишува витилиго поврзан со хепато-спленомегалија и гушавост кај три пациенти кои работеле во фабрика за производство на пара тетра бутил фенол. Од тогаш, голем број на автори пронашле причинско-последична врска помеѓу витилиго предизвикан од хемикалии кој не се разликува од витилиго вулгарис, и пара тетра бутил фенол.

Различни бои може да доведат до појава на витилиго, како што се:

1. Азо бои во Алта; Алта е пурпурно-црвен раствор кој користи од страна на жените во Индија како козметички обојувач за нивните нозе.
2. Боја за коса.
3. Гума која се користи во различни индустрии. Гумените обувки исто така се спомнуваат како причина за хемиски предизвикано витилиго. Во овие случаи хемикалии биле идентификувани како типични алергиски акцелератори во детските гумени чевли, женските гумени чизми и женските платнени патики. Гумени и пластични апостолки се позната причина за појава на витилиго во Индија. Во согласност со наведеното, појавата на витилиго на penisот може делумно, да се должи на гумени кондоми, барем кај пациенти кои се предиспонирани за витилиго. Истото може да се каже за контактот со пластични чанти и пластични рамки за наочари.
4. Цинамалдехид во паста за заби и во лепило кое се користи за прицврстување на Бинди точки. Епоксидна смола во стоматолошките акрилни материјали. Никел доведува до контактен дерматитис кој се манифестира како витилиго.
5. Голем број на лекови се поврзани со витилиго:
 - а) Хлорокин.
 - б) Хидрокинон кој се користи како развивач на фотографии и монобензон.
 - в) Алфа-интерферон, кој се користи во третман на активен хепатитис Ц.
 - г) Дури и кортикостероидите и тоа е заедничко искуство - Имам 19 такви случаи на хемиско витилиго кое се појавило по обемна и долготрајна употреба кремот Ventnovate.
 - д) Levodopa кој се користи во третманот на Паркинсоновата болест.
 - ѓ) Бета блокатори (како што е Atenolol) може да го влошат витилигото
 - е) Инхибитори на протонска пумпа, како што е Lansopran, што се користи за лекување на желудочни тегоби.

Витилиго индуцирано со хлор не е реткост. Вишок на хлор се наоѓа во базените кои се прочистени и кои не се одржуваат под стручен надзор, имав случај на три млади девојки и две момчиња - без семејна историја на витилиго – а кај кои појавата на витилиго може да се припише на секојдневното користење на базен во текот на 2-3 месеци. Еден мој пациент ја припишува појавата витилиго на неговите усни на користењето на стипса, што се користи за чистење на забите!

Стипса се користела како база на избелувачите на кожа на крајот од 16 век.

Гош и неговите соработници неодамна направија една интересна и детална студија за некои од хемикалиите кои можат да предизвикаат леукодерма кај поединци со предиспозиции. Тие навеле меѓу другото: бои за коса, дезодоранси/парфеми, лепила (Бинди), гумени сандали, црни чорапи/чевли, моливчиња за очи и усни, гумени кондоми, кармини, плишани играчки, паста за заби, и инсектициди.

Најчесто користените производи вклучуваат:

Гумени ракавици 12%

Лубриканти и моторни масла 6,8%

Детергенти 5,3%

Мастило за печатење 3,6%

Агенси во хемиска лабораторија 1,5%

Секој дерматолог во Индија се сретнал со дамки на витилиго локализиран на левата града кај некои жени: често жените ги кријат своите новчаници во градникот. Витилиго кое се должи на Бинди (точката која жените во Иднина ја имаат во средината на челото) е заедничко искуство, и кога на пациентите им се вели да го избегнуваат, не сите се согласуваат поради притисокот од роднини: млади девојки во Махараштра кои се во брак мора да носат Бинди.

Пациентите често прашуваат: "Кога ќе прекинам да добивам бели дамки?" Тешко е да се предвиди текот на оваа болест, кај во добар број на пациенти - како што истакнав - болеста продолжува во текот на 3-4 години, а потоа се смирува, со една или две тврдоглави дамки и со чистење на другите, но постојат пациенти кај кои болеста има одредени периоди на стабилност и потоа одеднаш почнува зголемува. И постојат пациенти - многу малку навистина - кои постепено и неизбежно постануваат целосно бели, некои од нив порцелан-бели, други - бели слично на кавкаската боја на кожа.

Природниот тек на витилиго е непредвидлив.

Поглавје 7. Лечење и општи инструкции. Вовед.

Лекувањето на витилиго не е секогаш лесно, а понекогаш тоа е "уметност". Тоа е многу исцрпувачко за лекарот, пациентот и семејство. Двајцата, и пациентот и лекарот треба да ја ценат тешкотијата, бидејќи оваа болест е сложена, па и нејзиното лечење, згора на тоа, и покрај тоа што изгледа како една болест, во реалноста постојат различни форми на истата болест и тие треба да бидат третираат поинаку. Не се работи само за таблети и креми, потребна е и морална и психолошка поддршка, како и волја и доверба, од страна на пациентот дека лекувањето е можно.

Ништо не го зголемува моралот на пациентот како некои брзи промени. Доколку пациентот не гледа никакви забележителни промени по 2-3 месеци од терапијата, тој ќе се обесхрабри и ќе ја прекине терапијата.

Бидејќи постојат различни форми на болеста, лекувањето не може да биде подеднакво; човечкото лице и раце не можат да се третираат со исти креми, како што ќе видиме подоцна.

Витилиго бара многу мотивација кај пациентот, бидејќи лекувањето понекогаш е долго и напорно; изложување на сонце не е секогаш можно, кај жените особено, па според тоа, главниот дел од лечењето знае да недостасува. Ограничувања во исхраната не се секогаш можни, особено за оние кои живеат во хотел или пансион.

Поглавје 8. Лечење и општи инструкции.

Најпрво, да дадеме еден критички поглед на различни видови на лечење и после тоа јас ќе го изразам моето мислење, и ќе дадам некои сугестии.

1. Стероиди. Или локално или орално се предложени. Стероидите сами по себе не се лековити, тие се користат само за една цел: да го запрат воспалението, кое е често присутно во витилиго и да ги потиснат антитела (доколку се присутни), но доколку се земаат сами, не ја лекуваат болеста. Сепак, стероидите, заедно со мојот третман дале добри резултати како што јас ќе се опишам подоцна. Стероидите нанесени како креми/лосиони даваат добри резултати, но не можат да се користат премногу долго, поради нивните несакани ефекти како атрофија на кожата, стрии, итн

2. ПУВА. ПУВА е кратенка од псорален + ултравиолетова светлина, додека ПУВАСОЛ значи псорален + сончева светлина. Псоралените се користат во Индија уште одамна, ги користеле уште ајруведските доктори. Кон крајот на 1950-тите американските дерматолози, започнале да ги користат и наскоро и тие сфатија дека корисните ефекти на псоралените биле подобрени со изложување на пациентот на сончева светлина 15-20 минути по внесувањето на таблета псорален. ПУВА има некои чести несакани ефекти и некои ретки. Најчестите несакани дејства вклучуваат оштетување на црниот дроб и појава на катаракта.

ЛЕЧЕЊЕ

По обидот за користење на псоралени и други начини, со години, - со разочарување - пронајдов други форми на лечење. Во 1983 година наидов на студии од Фрати, кој ја предложи теоријата на 'метаболичко нарушување' и ја покажа важноста на витаминот Б6 во Витилиго. Во исто време, дојдов да сознание дека во болница за лекување на лепра во Андра Прадеш, се користи Дапсон за лечење на лепра.

Важноста на бакарот - како компонента на ензимот Тирозиназа - и железото се истакнати од страна на многу автори. Прота како автор има напишано опширно за улогата на пероксидазата. Со собирање на сите овие информации и идеи, јас го разработив протоколот, кој е вклучен во мојата книга наскоро ќе може да се купи преку Интернет.

ПРЕДЛОГ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА РАЗНИ ДЕЛОВИ ОД ТЕЛОТО

Лице: Хидрокортизон бутират 0,1% треба да се нанесе наутро, проследено со изложување на сончева светлина и, исто така, пред спиење. Погоден е за употреба и кај деца и кај возрасни. Доколку нема ефект, може да се обидете со такролимус 0,1% (не 0,03%) наутро плус сончева светлина и повторно пред спиење.

Врат: Го советувам истото како погоре.

Тело: Daivonex во комбинација со УВБ треба да даде добри резултати. Исто така може да се обидете со такролимус со НБУВБ.

Раце: Клобетазол заедно со салицилна киселина 4% може да даде добри резултати, но не треба да се користи повеќе од 2-3 месеци. Подобрите резултати дава клобетазол во комбинација со НБУВБ.

Прстите на рацете и нозете се тешки за лекување, но јас сè уште работам на тоа и се надевам да ви дадам различни начини на лекување наскоро: за околу 3-4 месеци ќе бидам во можност да ви понудам ефективен третман за овие тешки делови. Хируршкото лечење е последна опција.

Преферирам слободни кожни трансплантати кои даваат добри/прифатливи резултати.

Трансплантатот на целосна кожа се покажа добро, доколку областа е мала, но тоа не е добро за големи дамки и во секој случај резултатите зависат многу на искуството и техничката способност на хирургот.

Трансферот на меланоцити - култивирани или - е добар избор, но не евтин, потребна е работа во лабораторија, како и специјализиран персонал.

Заклучок

Патогенезата на витилиго сè уште е загатка која чека за негово решавање.

Неодамнешните истражувања покажаа постоење на празен простор во секоја од хипотезите досега предложени. Затоа, потребна е обединувачка теорија која ќе ги земе во предвид постарите хипотези и современи сознанија за улогата на Т-клетките, цитокините, Лангерхансовите клетки и разни други фактори. Сегменталното витилиго, најверојатно, претставува локализирана форма, хемиското витилиго е ентитет сам за себе себе, како и палмо-плантарното витилиго кое често се појавува во Индија.

Целта на лечењето треба да биде насочена кон корегирање на нарушувањето, а не само "потемнување на кожата". За сите овие години, 24 или повеќе, јас пробав голем број на терапии и конечно го направив мојот избор и го завршив мојот протокол, но јас сум сè уште отворен за нови предлози. Со мојот протокол, резултатите се одлични кај околу 80% од пациентите, под услов тие да ги следат сите инструкции, вклучувајќи го и изложувањето на сонце.

Постојат некои неуспеси, како и во било која гранка на медицината. Постојат пациенти кои не реагираат на ниту една терапија и оваа пречка не поттикнува да продолжиме со нашите истражувања и да се обидеме со нови начини на лечење. Факт е дека иако оваа болест се чини дека е една и иста, постојат одредени варијанти, како сегментално и палмо-плантарно витилиго оние, кои бараат поинаков третман.

Соработката на пациентот и неговата волја да се излечи се исклучително важи. Можам да кажам дека денес постојат илјадници кои верно ги следеле моите инструкции за лечење и денес се целосно излекувани. Значи, постои надеж, постои терапија; и пациентите и лекарите мора да бидат подготвени да ги следат инструкциите и "да бидат трпеливи"... не постојат чудотворни лекови.

Хируршката терапија која се користи во лечењето на витилиго е интересен развој и многу дерматохирурзи се обидуваат да ги подберат старите процедури, а истражуваат нови патишта. Денес, дерматохирурзите имаат широк избор на постапки, но потребна е обука, искуство и соодветна опрема (за некои постапки) за да постигнат добри резултати. Сепак, кога сè е кажано и направено, хируршката терапија не е прв избор, и ова треба да му биде јасно на лекарот и да му се објасни на пациентот. Сум видел низ годините дека медицинскиот третман - кај оние пациенти кои реагираат на него - дава најдобри резултати во соодветствувањето на бојата, што хирургијата тешко може да го постигне. Тоа е причината зошто, кога пациентите доаѓаат да бараат од мене хируршка интервенција, јас инсистирам на медицински пристап во прв план. Ако, по 6 месеци или повеќе, медицинскиот третман не даде значајни резултати, тогаш и само тогаш Ви препорачувам хируршки зафат.



About Prof. Torello Lotti, MD

Prof. Lotti is Full Professor and Chairman of the Dermatology and Venereology Division at the University of Florence School of Medicine, Florence, Italy.

He graduated in Medicine and Surgery cum laude in 1978 from the University of Florence School of Medicine, Florence, Italy. He completed residencies in Dermatology and Venereology (cum laude) in 1981 at the same School. He postgraduated in 1983-84 as Resident Medical Doctor at the Dermatology Institute, London, UK. He is currently Full Professor of Dermatology, Dept. of Critical Medical Surgical Area, University of Florence, Italy, and Chair, Resident Program in Dermatology, University of Florence, Italy

The fields of his principal scientific investigations are Neuropeptides, Vitiligo, Vasculitis, Psoriasis, Cosmetic Dermatology, Dermatologic Fisiotherapy.

He is Visiting at: Thomas Jefferson University, Philadelphia (PA, USA), Charles University (Prague, Czech Republic), Bowman Gray University (NC, USA), University of Louisville (KY, USA), Medical University of South Carolina (SC, USA).

His past activities in serving Dermatology have been numerous, among which are: Past-President of the Italian Society of Dermatology and Venereology (SIDeMaST , 2009-2010) and the Past President of the International Society of Dermatology (ISD, 2009-2010)

President of the European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology (2003-2004)

Editor in Chief of the Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology (1992-2002)

President of the 13th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (2004)

Chairman Congress Forum of the American Academy of Dermatology (1999-2006)

Editor in Chief, "Psoriasis", 2006-

Chief Editor of the Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia (2010-2020)

Section Editor "Dermatologic Therapy", 2007-

Regarding scientific publications, he has authored 1054 papers (393 peer reviewed articles, 288 books chapters, 363 abstracts).

All information is intended for your general knowledge only and is not a substitute for medical advice or treatment for specific medical conditions. You should seek prompt medical care for any specific health issues and consult your physician or health practitioner. Users are warned against changing any aspects of their treatment, diet or lifestyle based on this information without first consulting a registered medical practitioner. VRF makes no warranty as to the reliability, accuracy, timeliness, usefulness or completeness of the content which reflect personal opinion of the authors.



About Prof. Antonio Salafia, MD

Prof. Antonio Salafia graduated from St.Johns' Medical College in Bangalore and soon after came to Mumbai to work, on a honorary basis, in a NGO dedicated to leprosy patients. In Bombay he studied, for 4 years, Dermatology under Prof. Rui J. Fernandez and Plastic Surgery under Dr.J.Shah. In 1983 went to Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, in Rome, for a stage in advanced Dermatology. There he got in touch with Dr. C. Frati who passed onto him his experience with Vitiligo. In 1981 Vimala Dermatological Centre (VDC) started reconstructive surgery for leprosy patients; Prof. Salafia joined as assistant to Dr.J.Shah. Again in 1984 he was in Italy studying Hand-surgery, under Prof. E. Morelli, and microsurgery with Prof. G. Brunelli. On his return he continued his work as assistant surgeon at VDC. As Dr. Shah retired from VDC, Prof. Salafia took over as reconstructive surgeon, while carrying on his duties as dermatologist. VDC is first and foremost a referral centre for leprosy patients.

Over the years VDC has become well-known in and around Mumbai for its Skin-OPD and it was here that Prof. Salafia started experimenting with new creams and lotions for Vitiligo; gradually the protocol – based on Dapsone, Vitamin B6, Folic Acid was refined and now – for the last many years - this is the standard treatment for Vitiligo at VDC.

All information is intended for your general knowledge only and is not a substitute for medical advice or treatment for specific medical conditions. You should seek prompt medical care for any specific health issues and consult your physician or health practitioner. Users are warned against changing any aspects of their treatment, diet or lifestyle based on this information without first consulting a registered medical practitioner. VRF makes no warranty as to the reliability, accuracy, timeliness, usefulness or completeness of the content which reflect personal opinion of the authors.

25 June

Over 100 million of people suffer from this skin disease daily, but there is no cure in sight. With focus on collaboration efforts, we can bring that number closer to zero.

Take action today and urge the UN Secretary — General to prioritize multilateral efforts in healthcare and education for this neglected disease.

Please go to
25June.org
and sign the petition

Sponsored by VR Foundation,
supported by World Health Academy

