

УПАТСТВА ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ МЕДИЦИНА
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО НА
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

**ДЕРМАТО-
ВЕНЕРОЛОГИЈА**

СОДРЖИНА - ЛИНКОВИ

БАКТЕРИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА	5
ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА	6
БРЗА ДИЈАГНОЗА НА ДЕРМАТОЗИТЕ	9
ИНДИКАЦИИ И ТЕХНИКИ ЗА БИОПСИЈА НА КОЖАТА	12
БАКТЕРИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА	15
ИМПЕТИГО И ДРУГИ ПИОДЕРМИИ	17
КОЖЕН АПСЦЕС И ФОЛИКУЛИТИС	19
ERYSIPELAS	20
ERYSIPELOID	22
НЕКРОТИЗИРАЧКИ ФАСЦИИТИС И ГАСНА ГАНГРЕНА	23
ЛАЈМСКА БОЛЕСТ - БОРЕЛИОЗА (ЛБ)	25
БОЛЕСТИ НА КОЖАТА ПРЕДИЗВИКАНИ ОД ГАБИ	33
ДЕРМАТОМИКОЗИ	35
PITYRIASIS VERSICOLOR	43
ВИРУСНИ ИНФЕКЦИИ	45
КОЖНИ ИНФЕКЦИИ СО ХЕРПЕС-ВИРУС	47
ХЕРПЕС ЗОСТЕР	49
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	52
БРАДАВИЦИ (VERRUCA VULGARIS)	54
EXANTHEMA SUBITUM	56
ПАРАЗИТНИ ЗАБОЛУВАЊА И ЗАБОЛУВАЊА ОД ПРОТОЗОИ	59
ВОШЛИВОСТ НА ГЛАВАТА И ПУБИЧНИ ВОШКИ	61
ШУГА	62
УБОДИ И КАСНУВАЊА ОД ИНСЕКТИ	64
ШИСТОЗОМИЈАЛЕН ДЕРМАТИТИС	67
АЛЕРГИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА	69
УРТИКАРИЈА	71
ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ НА ХРАНА И АЛЕРГИИ	74
АЛЕРГИЈА НА КРАВЈО МЛЕКО	78
ХРАНИТЕЛНИ АДИТИВИ И ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ	82
ПРЕОСЕТЛИВОСТ НА ЛЕКОВИ	84
АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНА ИМУНОТЕРАПИЈА	90
АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС	93
ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА	94
ДЕРМАТИТИС НА НОГАТА	98
СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС	101
НУМУЛАРНА ЕГЗЕМА	103
ТОКСИЧНА ЕГЗЕМА	104
ПЕЛЕНСКИ ДЕРМАТИТИС (NAPPY RASH)	106
АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС	107
РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТИ И НА СВЕТЛИНА	109

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ФАКТОРИ НА ОКОЛИНАТА	111
ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И СУШЕЊЕ	113
ИМУНОБУЛОЗНИ ДЕРМАТОЗИ, БОЛЕСТИ НА СВРЗЛИВОТО ТКИВО, ИМУНОЛОШКИ БОЛЕСТИ И ВАСКУЛИТИ	115
ХРОНИЧНИ БУЛОЗНИ БОЛЕСТИ (DERMATITIS HERPETIFORMIS, PEMPHIGOID)	117
СКЛЕРОДЕРМИЈА	120
АВТОИМУНА ПОЛИЕНДОКРИНОПАТИЈА - КАНДИДИЈАЗА - ЕКТОДЕРМАЛНА ДИСТРОФИЈА (АПЕКЕД)	122
HENOCH-SCHONLEIN ПУРПУРА	124
ERYTHEMA NODOSUM	125
ЕРИТЕМОСКВАМОЗНИ И ЛИХЕНОИДНИ ДЕРМАТОЗИ	127
ПСОРИЈАЗА	129
ПСОРИЈАТИЧНА АРТРОПАТИЈА	138
PITYRIASIS ROSEA	139
LICHEN PLANUS	140
БОЛЕСТИ НА ЛОЈНИТЕ ЖЛЕЗДИ	143
АКНИ	145
УЛКУСИ	149
КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН НА УЛКУСИ НА ПОТКОЛЕНИЦА	151
ПРЕВЕНЦИЈА И ТРЕТМАН НА РАНИ ОД ПРИТИСОК (ДЕКУБИТУС)	154
БОЛЕСТИ НА КОСАТА И НА НОКТИТЕ	159
ОПАЃАЊЕ НА КОСАТА	161
СРАСНАТ НОКОТ НА ПРСТИТЕ НА НОЗЕТЕ: ОДЛЕПУВАЊЕ НА НОКОТОТ И ФЕНОЛИЗАЦИЈА	162
ПЕДИЈАТРИСКА ДЕРМАТОЛОГИЈА	165
АЛЕРГИСКИ БОЛЕСТИ ВО ПЕДИЈАТРИСКАТА АМБУЛАНТА	167
АТОПИСКИ ДЕРМАТИТИС КАЈ ДЕЦА: КЛИНИЧКА СЛИКА И ДИЈАГНОЗА	168
ИСПИТУВАЊА КАЈ АТОПИЈА	169
ТЕРАПИЈА НА АТОПИСКИОТ ДЕРМАТИТИС КАЈ ДЕЦА	171
ЈАДЕЖ ВО ДЕТСКАТА ВОЗРАСТ	174
ТРЕСКА И ИСИП КАЈ ДЕЦА	175
БОЛЕСТИ НА УСНАТА СЛУЗОКОЖА, УСНИТЕ, ЈАЗИКОТ И НА НАДВОРЕШНОТО УВО	177
ГЛОСАЛГИЈА И ПЕЧЕЊЕ ВО УСТАТА	179
CHEILITIS	182
КОЖНИ БОЛЕСТИ И УСТА	184
OTITIS EXTERNA	191
БОЛЕСТИ ВО ГЕНИТАЛНАТА РЕГИЈА	195
БАЛАНИТИС, БАЛАНОПОСТИТИС И ПАРАФИМОЗА КАЈ ВОЗРАСНИ	197
ИНГВИНАЛЕН ДЕРМАТИТИС	199
PRURITUS ANI	201

СЕКСУАЛНО ПРЕНОСЛИВИ ИНФЕКЦИИ	203
СИФИЛИС	205
ГОНОРЕЈА	208
ГЕНИТАЛЕН ХЕРПЕС	211
ХЛАМИДИЈА УРЕТРИТИС И ЦЕРВИЦИТИС	213
ГЕНИТАЛНИ БРАДАВИЦИ - ИНФЕКЦИЈА СО ХУМАН ПАПИЛОМА ВИРУС (HPV) - КОНДИЛОМИ	217
ДЕРМАТОЛОШКА ОНКОЛОГИЈА	221
КЕЛОИД	223
СОЛАРНА КЕРАТОЗА	224
КОЖЕН КАРЦИНОМ	226
НАДВОРЕШНИ ТУМОРИ НА НОСОТ	230
АЛГОРИТМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЈА	233
СЛИКИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЈА	245

БАКТЕРИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА

ДИЈАГНОСТИЧКИ ТЕСТОВИ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА

- ▶ Кожни prick-тестови
- ▶ Patch-тестови
- ▶ Фототестови
- ▶ Специјални тестови кај уртикарија
- ▶ Дозно провокациски тест (ДПТ)
- ▶ Кој ги прави тестовите?
- ▶ Референци
- ▶ Слики 1-3

КОЖНИ PRICK-ТЕСТОВИ

- Кожните prick тестови (КПТ) и scratch-тестовите се неопходни за детекција на алергените и агравирачките фактори кај атопискиот дерматит кај децата и понекогаш кај возрасните (слика 1). Најчесто се користат серии на стандардни инхалативни и нутритивни алергени.

Индикации

- Кај деца, КПТ се индицирани кај тешка форма дерматит и, исто така, кај пациенти со акутно егзацерибирачки дерматит. Дерматит на очните капаци, на периоралните или перианалните регии, исто така, е индикација за кожно тестирање, особено кога пациентот истовремено има гастроинтестинални нарушувања, ринитис или астма.
- Кај возрасни со тешка форма на болеста.
- Резултатите од КПТ може да дадат информации за детекција на клинички значајните алергии.
- Индикации за КПТ се и контактната уртикарија, протеинскиот контактен дерматит и сомневањето за I тип алергиски реакции на локални анестетици. Природниот гумен латекс, животните и брашното се најчести причини за имунолошката контактна уртикарија и протеинскиот контактен дерматит.
- Антихистамините треба да се прекинат пред тестовите: astemizole 6 недели; другите антихистаминици 2-4 дена пред тестирањето. Примена на мало количество системски кортикостероид (на пример prednisolone 20 mg дневно или помалку кај возрасни) не влијае на резултатот.

PATCH-ТЕСТОВИ

- Слика 2
- Стандардната серија patch-тестови (ПТ) обично вклучува 20-30 хемикалии. Со тоа се покриваат 70-80% од сите контактни алергии. Достапни се и други тест-серии за пластика, лепила, акрилни смоли, хемикалии кои се користат за обликување на косата, четкички за заби, итн. Исто така, можат да се користат и хемикалии кои ги обезбедил пациентот.

- Finn Chamber®¹ или Scanpor®²-систем за изведување на patch-тестовите е златен стандард што се користи во најмногу земји. Алергените обично се мешаат со бел петролеум гел или вода. Исто така, може да се користи TRUEтм³ тест базиран на Na гел и различни комори. Тестовите обично се фиксираат на кожата од горниот дел на грбот во текот на 48 часа. Понекогаш се употребува 24 или 72-часовен период на експозиција.
- Резултатите се читаат 3-5 дена по апликацијата. Реакциите на топичните кортикостероиди можат да бидат одложени дури и до 9-10 дена. Тестот што станува позитивен по 10 дена обично е знак за активна сензибилизација.
- Антихистамините не интерферираат со patch-тестирањето, но системските кортикостероиди можат да ги ослабат реакциите.
- Се прават photopatch-тестови при сомневање за фотоалергиски или фототоксични реакции. Тестовите се аплицираат на истиот начин како и обичните patch-тестови, но со двојни сетови од лепенки. По 24- часовна оклузија, тест-лепенките се отстрануваат и едната серија се озрачува со УВА-зраци, 5-20 J/cm². Резултатите се читаат 2-5 дена по апликацијата. Тестот се користи за нормални контактни алергии и фотоалергии од токсично или од алергиско потекло.

ФОТОТЕСТОВИ

- Суспектната фотосензитивност е главна индикација за фототестирање. Фототестовите се прават одделно со УВБ и УВА-зраци или подобро со употреба на неколку бранови должини на УВБ и УВА-зраци. УВ-индуцираната уртикарија се забележува 10-30 минути по ирадијацијата, а егземата за 1-3 дена.
- При полиморфна светлосна ерупција, истото место на кожата се зрачи во тек на 3-5 последователни денови, и тестот се повторува за 5-7 дена.

СПЕЦИЈАЛНИ ТЕСТОВИ ПРИ УРТИКАРИЈА

Дермографизам

- Слика 3
- Кожата на грбот силно се загребува со тапиот крај на пенкалото и се чека 15-20 минути. Нормална реакција претставува благо црвенило кое исчезнува за неколку минути. Пет отсто од луѓето реагираат со уртики. Ако дијаметарот на уртиката не ја преминува широчината на пенкалото, пациентот обично нема дермографизам. При симптоматски дермографизам, уртиката е поширока од повлечената линија и можат да се видат псевдоподи. Системските или локалните антихистаминици ја елиминираат позитивната реакција, за разлика од системските или топични стероиди.

Тест за уртикарија на студ

- Тестот може да се изведува или со коцки мраз или со студена вода (7°C). Коцките од мраз се ставаат во пластични вреќички и се фиксираат на кожата на раката во траење од 1 до 10 минути. Уртиките се јавуваат кога кожата се затоплува. Тестовите со студена вода се посигурни. При уртикаријата на студ, која е ограни-

1 Ограничено достапни во Р. Македонија во терцијарната здравствена заштита

2 Ограничено достапни во Р. Македонија во терцијарната здравствена заштита

3 Ограничено достапни во Р. Македонија

чена на одредени делови, тестот може да биде негативен на раката, но позитивен на деловите на кои е изразена реакцијата.

Тест за уртикарија на топло

- Тестот со епрувета со топла вода на 42°C се поставува на кожата на раката во траење од 5 до 10 минути. Алтернативно, раката може да се потопи во топла вода (42°C) во тек на 5-10 минути. Во позитивните случаи, уртиките се појавуваат во текот на затоплувањето.

Холинергична уртикарија

- Вежба при која потта на пациентот продуцира тенки уртики на тропот.

ПРОВОКАЦИСКИ ТЕСТОВИ

Едноставен отворен апликациски тест

- При контактната уртикарија и протеинскиот контактен дерматит, суспектниот агенс се нанесува и нежно се втрива во кожата на површина од 5x5 на 10x10 cm, подобро на претходно афицирана кожа. Резултатот се чита по 15-30 минути или по 24 часа.

Повторен отворен апликациски тест - ПОАТ

- Мало количество од суспектниот материјал се нанесува двапати дневно во текот на 7 дена во предел на антекубиталната јама. Кај позитивните случаи ќе се појави дерматит за 2-4 дена.

Тест на употреба

- Суспектниот продукт се употребува како и нормално во тек на еден месец. Одговорот се проверува неделно.

Перорален провокациски тест

- Кај медикаментозната хиперсензитивност, атопискиот дерматит и понекогаш кај уртикаријата, суспектните медикаменти/храна се даваат перорално на двојно слеп начин. Првата доза треба да биде толку мала за да не се појават сериозни последици.

Супкутана провокација

- Супкутаната провокација специјално се користи во дијагностицирање на алергија на локални анестетици: пример, 0.5-1 ml 1% lidocaine се инјектира супкутано во рамето. Резултатите се читаат по еден час, понекогаш по 24 часа.

КОЈ ГИ ИЗВЕДУВА ТЕСТОВИТЕ?

- При дерматолошки индикации, кожните тестови како prick, patch, photo- и photo-patch-тестови се прават во дерматолошки единици.
- Специјалните тестови за уртикарија (дермографизам, тестовите на студ и на топло и тестовите за холинергична уртикарија) се изведуваат од страна на општ лекар.
- Провокациските тестови ги прават специјалистите- дерматолози.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00260 (013.005), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 23.2.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 23.2.2006 година

БРЗА ДИЈАГНОЗА НА ДЕРМАТОЗИТЕ

- Основни правила
- Дијагностички показатели
- Референци
- Слики 4-31

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Еден од шест пациенти кои го посетуваат општиот лекар имаат дерматоза
- Најчести дерматози се екзем, уртикарија, дерматофитози и онихомикози
- Дијагнозата често пати може брзо да се постави

ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОКАЗАТЕЛИ

Дерматит на очните капаци

- Најчеста дијагноза е атопискиот дерматит (слика 4); себороичниот дерматит е втората опција по честота и се јавува почесто од контактниот алергиски дерматит.

Тврдокорен првут на скалпот кај доенчиња

- Дијагнозата е себороична форма на доенечки (атописки) дерматит, многу поретко е себороичен дерматит. Оваа состојба почесто е асоцирана со алергија на храна како нумуларна форма на доенечки (атописки) дерматит.

Првут на скалпот кај адулти

- Секое трето лице во северните земји има себореа. Во помал процент се среќава во земјите од Централна Европа и уште помалку во медитеранските земји. Себореата вообичаено означува првут, најчесто на капилициумот (слики 5, 6). Атопискиот дерматит на скалпот кај млади адулти личи на себороичен дерматит. Точната дијагноза не е неопходна, бидејќи третманот е ист.
- Кај псориајазата (слика 7), лезиите се добро ограничени.
- Лихен симплекс на вратот (Neurodermatitis nuchae) (слика 8) е знак на атопија.
- Поретко, но можно е да се работи за дерматофитоза. Кога дерматофитите го зафаќаат стеблото на влакното, влакното се крши во висина на површината на скалпот. Во случај кога постои сомневање, потребно е да се направи миколошка култура.

Уртикарија

- Слика 9
- Дијагнозата е значително потешка отколку што се мисли. Уртиките и црвенилото на телото, треба да се изгубат или да мигрираат за 24 часа.
- Во случај уртиките да перзистираат подолго од 24 часа, се исклучува дијагнозата на вообичаена уртикарија и индицирани се понатамошни испитувања.

Дерматит со локализација на стапалата

- Кај децата, појавата на дерматит со десквамација и фисури на плантарната површина на палецот од стапалото е познат како јувенилна плантарна дерматоза која најчесто се забележува кај атопискиот дерматит (слика 10).
- Дерматофитоза на нозете е многу ретка кај деца под 15-годишна возраст. Тинеја на нозете најчесто е локализирана на долната страна и на латералните рабови од стапалото и помеѓу прстите (слика 11). Алергискиот контактен дерматит (дерматит од обувки) е реткост. „Мокасина стапало“ означува сува, хиперкератотична дерматоза на целата плантарна површина на стапалото, со ширење на дорзалната страна на прстите (слика 12). Предизвикувач е *Trichophyton rubrum* или други дерматофити. Затоа е потребно да се направи и миколошка култура. Доколку „мокалина стапалото“ е унилатерално, повеќе од веројатно е дека станува збор за тинеја.
- Постојат два главни типа на плантарни брадавици (слика 13): брадавици кои се издигнати од површината на кожата и мазни мозаични брадавици. Мозаичните брадавици најчесто се со димензии од 2-3 mm и се групирани. Дерматитот на стапалата може да биде предизвикан и од чевли кои создаваат средина на „оклузија“ и влажни (испотени) стапала.

Палмарен дерматит

- Симетричен дерматит на палмарната површина на рацете кај млади лица е атописки дерматит.
- Станува збор за атописки дерматит со непозната етиологија (идиопатски дерматит). Некои автори сметаат дека се работи за имунолошка пречувствителност од одложен тип (слики 14 и 15).
- Кај сточари кои се занимаваат со одгледување крави е нотирана појава на хроничен дерматитис на рацете веројатно како резултат на акутен или одложен тип алергија на кравјо лудило.
- Појавата на тежок хроничен дерматит на рацете, секундарно инфициран (импетиизиран) може да биде знак на екцесивно внесување алкохол. Пушењето се смета како еден од предиспонирачките фактори.
- Унилатералниот палмарен дерматит почесто е тинеја (слика 16). Затоа е потребно да се направи и миколошка култура.
- Нумуларната егзема може, исто така, да се појави на рацете.

Patch-хиперкератоза на дланките и на стапалата

- Слика 17
- Се јавува кај средовечни пациентки каде што веќе настапил климактериумот, а поретко кај мажите. Ова заболување најчесто е наследно!
- Диференцијално дијагностички треба да земе предвид псоријазата и контактната алергија на хром и кобалт.

Дерматоза во аногениталната регија

- Себороичниот дерматит (интертриго) (слика 18) и ингвиналната тинеја (Слика 19) се најчестите патолошки состојби во аногениталната регија. Псоријазата (Слика 20) и кандидијазата како резултат на обезитас и/или дијабетес мелитус се најчестите клинички случаи.

Баланит

- Се јавува почесто како себороичен баланит (Слика 21). Асоциран е со други локализации на себореата, како на пример на скалпот и на лицето.
- Цирцинарниот баланит е знак за Reiter-овата болест. Може да се случи да биде асоциран со воспаление од друга етиологија.
- Псоријазата и лихен планус (слика 22), морфолошки се добро ограничени, лесно инфилтрирани плаки со хроничен карактер.

Перианален дерматит

- Речиси секогаш се работи за себороичен дерматит.
- Постојаното чешање доведува до лихенификација, односно лихен симплекс (Neurodermatitis).
- Флексорната псоријаза (слика 23) по својот изглед личи на себороичен дерматит.

Пруригинозен дерматит на потколеница

- Се јавува како нумуларна егзема или како циркумскриптен лихен симплекс-неуродерматит (слика 24).
- Морфолошки се работи за еритемоливидна плака која диференцијално дијагностички може да биде хроничен хипертрофичен лихен планус.

Дерматитис на врвовите на прстите

- Морфолошки се забележува десквамација и фисури со сите карактеристики на хроничен дерматитис (слика 25).
- Се јавува кај средновеќни жени, но и кај постари. Етиологијата е непозната.
- На прстот може да се јават и миксоидна циста (слика 26) и гломус тумор (слика 27).

Ангуларен хеилитис

- Кај децата со полни заоблени образи и длабоки лабијални сулкуси се формираат бразди во кои кандидата и стафилококите се вгнездуваат и се размножуваат (слика 28).
- Се јавува кај повозрасните индивидуи без забало (слика 29).
- Дијабетесот и имунодефициенцијата, исто така, претставуваат предиспонирачки фактори.

Сув хеилит

- Претставува знак за atopija, особено кај децата. Дишењето на уста или алергијата на храна се предиспонирачки фактори за појавата на воспалителниот процес.

Други дерматози

- Дерматозите може да бидат артефициени (слика 30) или да бидат предизвикани од нешто, на пример, од музички инструменти како на слика 31.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00259 (013.001), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 11.11.2002, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурираање до ноември 2006 година

ИНДИКАЦИИ И ТЕХНИКИ ЗА БИОПСИЈА НА КОЖАТА

- ▶ Основни правила
- ▶ Индикации за кожна биопсија
- ▶ Техники на изведување на кожната биопсија
- ▶ Место на земање биопсија
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Поставете работна дијагноза и поставете ги соодветните прашања.
- Информирајте го соодветно патологот (траење на болеста, изглед на лезиите, како е земена биопсијата).
- Обезбедете технички квалитет на биопсираниот примерок.
- Земете биопсија од соодветно место.

ИНДИКАЦИИ ЗА КОЖНА БИОПСИЈА

Тумори

- Сите тумори се испраќаат до патолог освен типичните себороични веруки и атеромии (кои содржат себацеална маса). Во случај кожните промени да не се од бенигна природа, се препорачува биопсија на секоја од промените, со цел тие засебно да бидат евалуирани.
- Децата со суспектни малигни кожни тумори упатети ги на специјализирано одделение.

Други дерматози

- Диференцијална дијагноза кај булозни дерматози; неопходна е имунохистохемиска анализа (испитување со имунофлуоресцентна метода). Кај овие случаи фиксацијата со формалин не е дозволена. Упатете го пациентот во специјализирано одделение.
- Кожата ги инфилтрира сличните тумори.
- Некои генодерматози (т.е. ихтиози; ретки болести кои треба да се третираат од специјалисти).

- **Клиничката дијагноза може да биде потврдена со кожна биопсија во следниве случаи:**
 - псоријаза (хистолошки често пати не е многу специфична).
 - Lichen ruber planus (се потврдува со биопсија),
 - Lupus erythematosus (примерок од кожата која е експонирана на сонце често е индикација за имунофлуоресценција),
 - грануломатозни болести (ануларен гранулом, necrobiosis lipoidica, саркоидоза, лупус вулгарис).

ТЕХНИКИ НА ИЗВЕДУВАЊЕ НА КОЖНАТА БИОПСИЈА

- Стандардната кожна биопсија се изведува со скалпел по целата дебелина на кожата до поткожното масно ткиво. Се прави инцизија во правец на кожните набори за да се минимизира формирањето лузни. Биоптичниот материјал треба да е во големина од 0.5 до 1 см. Дебелината зависи од локализацијата на промената.
- Хомогените плакарни промени може да се биопсираат со 3-4 mm punch⁴ биопсија. Земениот примерок треба да е до длабочина на поткожното масно ткиво, раната обично не се сутурира, а потоа на раната покријте ја со хидроколоидна преврска за заздравување на раната. Преврската се користи до заздравување на раната.
- Не стискајте го или кинете биопсираниот материјал. Користете мали хируршки клешти, еза или пинцета.

МЕСТО НА КОЖНАТА БИОПСИЈА

- Биопсирајте свежа, но целосно развиена лезија (биопсија на свежа промена е особено важна кај булозните дерматози). Ако целата лезија не може да биде ексцидирана, се зема биопсија од надворешниот дел од лезијата, радијално од центарот на лезијата. Информирајте го хистопатологот за локализацијата на лезијата и за биопсираниот дел од самата лезија.
- При биопсија на була се зема цела, не прсната була (булата не се биопсира со punch-биопсија затоа што покривот на меурот ќе се отстрани и дијагнозата ќе биде оневозможена!).
- Малите тумори отстранете ги комплетно⁵
- Во случај клиничката слика и хистопатолошката дијагноза да не се совпаѓаат, земете нова биопсија или испратете го пациентот на специјалист. Патолошката дијагноза не е секогаш конечна дијагноза, затоа вие треба да ја преземете одговорноста за дијагноза и лекување.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Markku Helle, Article ID: ebm00293 (013.006), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 21.4.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години
3. Предвидено следно ажурирање до април 2006 година

4 Недостапно во Р. Македонија

5 Ексцизија на туморите и кожната биопсија ги изведува специјалист- дерматолог или хирург

БАКТЕРИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА

ИМПЕТИГО И ДРУГИ ПИОДЕРМИИ

- ▶ Цели
- ▶ Клинички карактеристики
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Причински агенси
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слики 32-34

ЦЕЛИ

- Импетигото мора да се третира, бидејќи се шири лесно во семејството, дневните центри за грижа и во училиштата.
- Се препорачуваат бактериска култури и антибиограми со цел да се определи антибиотската осетливост.
- Имајте ја на ум можноста за развој на постинфективен гломерулонефритис кај импетигото предизвикано од стрептокок.

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Најчесто заболуваат децата.
- Стафилококната инфекција има тенденција да создава меури (слики 32).
- "Pemphigus neonatorum" (слика 33) кај децата е, всушност, импетигото. Инфекцијата е предизвикана од *S. aureus* фаготип II.
- Крустите обично се појавуваат во околината на ноздрите, на брадата и на лицето (слика 34).
- Стрептококната инфекција типично создава крусти или мали улцерации; карактеристично е присуството на дебели крусти.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Примарната инфекција со херпес симплекс може да личи на импетигото.
- Tinea corporis.
- Ако импетигото рецидивира во пределот на капилициумот и вратот, треба да се провери присуството на вошливост.

ПРИЧИНСКИ АГЕНСИ

- *Staphylococcus aureus*.
- Група А β -хемолитични стрептококи.
- Егземата на кожата претставува терен за развој на импетигото.
- Инфекцијата вообичаено се шири со автоинокулација.
- Рецидивите се предизвикани од заостанати бактерии во носот.

ЛЕКУВАЊЕ

- Лекувањето се базира врз основа на клиничката слика.
- Ако е зафетена помала површина, третманот се состои во отстранување на крустите со облоги и апликација на антибиотска маст (натриум фусидат⁶ (ннд-В)⁷ или комбинација на неомицин и бацитрацин).
- Во случај афицираната површина да е поголема, 6 cm², се даваат системски антибиотици (прва генерација цефалоспорино т. е. cefalexin или cefadroksil 50 mg на kg дневно од 7 до 10 дена (ннд-В) или amoxicillin-клавулонска киселина. Пациентите со алергија кон цефалоспорино се лекуваат со клиндамицин).
- Макролидите повеќе не се употребуваат.
- Ако пациентот има егзема, локално се третира со кортикостероиди и антимикробни средства заедно со системските антибиотици додека кожа не стане интактна. Да не се изостави и понатамошниот третман на егземата (ннд-Д).
- Најчести причини за неуспешно лекување се:
 - неточна дијагноза; пациентот има вошливост, шуга или косопаст;
 - крустите не се навлажнети и отстранети, па така бактериите остануваат под крустите;
 - егземата не е лекувана;
 - носот е резервоар на бактериите (потребно е во носот да се аплицира локален антибиотик, неомицин-бацитрацин или маст на фусидинска киселина⁸. За оваа болест не треба да се користи мупироцин⁹ и неговата употреба треба да биде лимитирана за ерадикација на МРСА) (ннд-Д) .

РЕФЕРЕНЦИ

1. Baltimore R. Treatment of impetigo: a review. *Pediatr infect dis* 1985;4:597-601
2. Blumer J, O'brien C, Lemon E ym. Skin and soft tissue infections: pharmacologic approaches. *Pediatr infect dis* 1985;4:336-41
3. Finch R. Skin and soft-tissue infections. *Lancet* 1988;1:164-7
4. White DG, Collins PO, Rowsell RB. Topical antibiotics in the treatment of superficial skin infections in general practice—a comparison of mupirocin with sodium fusidate. *Journal of Infection* 1989;18:221-9
5. Morley PA, Munot LD. A comparison of sodium fusidate ointment and mupirocin ointment in superficial skin sepsis. *Current Medical Research and Opinion* 1988;11:142-8
6. Demidovich CW, Wittler RR, Ruff ME, Bass JW, Browning WC. Impetigo. Current etiology and comparison of penicillin, erythromycin, and cephalexin therapies. *Am J Dis Child* 1990;144:1313-5
7. Pekka Autio, Article ID: ebm00274 (013.022), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2007 година

6 Недостапно во Р. Македонија

7 ннд -ниво на доказ

8 Недостапно во Р. Македонија

9 Недостапно во Р. Македонија

КОЖЕН АПСЦЕС И ФОЛИКУЛИТИС

- Основни правила
- Етиологија и терминологија
- Третман
- Референци
- Слики 35, 36

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Суперфицијалниот апсцес без компликации треба да се третира со инцизија и дренажа, без употреба на антибиотици.

ЕТИОЛОГИЈА И ТЕРМИНОЛОГИЈА

- Причинителот е обично **Staphylococcus aureus**
- Ако инфекцијата ги зафати само влакнестите фоликули, состојбата се нарекува **folliculitis** (слики 35,36).
- Ако инфекцијата се прошири на околната кожа и поткожното ткиво, состојбата се нарекува **furunculus**.
- **Sycosis barbae** е длабок фоликулит во регијата на брадата.

ТРЕТМАН

- Примената на топичните антисептични препарати (на пример Chlorhexidine, повидон јодид) се обично доволни при суперфицијалниот фоликулит. Повремено може да се употребат антибиотски кремове (на пример Neomycin). На кожата со влакна појавата на лесна форма фоликулит е физиолошки феномен кој не секогаш треба да биде третиран.
- Длабок или раширен фоликулит претставува индикација за примена на системски антибиотици ефикасни против стафилококи.
- Sycosis barbae е секогаш индикација за примена на системски антибиотици.
- Хируршка инцизија и дренажа без употреба на антибиотици е третман од избор кај суперфицијален апсцес.
- Антибиотски третман е индициран ако:
 - пациентот има температура или општи симптоми;
 - апсцесот е голем со големо оштетување на ткивото;
 - апсцесот е локализиран во назалната регија;
 - конкомитантните инфекции го зголемуваат ризикот кон инфекции (дијабетес, имунодефициенција, вештачки зглоб, употреба на кортикостероиди);
 - лекови од прв избор се цефалоспорините од првата генерација (500mg x 3, кај деца 30 mg/kg/ден). Како алтернатива можат да бидат употребени amoxicillin со клавулонска киселина или cloxacillin;
- во случај на повторувачки апсцес треба да се подобри хигиената, да се употребат антибактериски лосиони или кремове, а доколку апсцесот се повтори повеќе од 3 пати во 6 месеци, се дава како превентива clindamycin 150 mg x 1

дневно во тек на 3 месеци.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. *Annals of Emergency Medicine* 1985;14:15-9
 2. Macfie J, Harvey J. The treatment of acute superficial abscesses: a prospective clinical trial. *Br J Surg* 1977;64:264-6
 3. Stewart MP, Laing MR, Krukowski ZH. Treatment of acute abscesses by incision, curettage and primary suture without antibiotics: a controlled clinical trial. *Br J Surg* 1985;72:66-7
 4. Jaakko Karvonen, Article ID: ebm00273 (013.023), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

ERYSIPELAS

- ▶ Основни правила
- ▶ Етиологија
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слики 37,38

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Дијагностицирање на ерисипелот и итно започнување со антибиотици
- Проверете ја кожата на нозете доколку пациентот има висока температура без некоја очигледна причина.
- Прегледајте ги интердигиталните набори на прстите за да детектирате габична инфекција и да ја третирате.

ЕТИОЛОГИЈА

- Еризипелот е предизвикан од групата А бета-хаемолитични стрептококи.
- Обично кожата треба да е оштетена за да може бактеријата да навлезе.

СИМПТОМИ

- Висока температура која се јавува наеднаш (треската може понекогаш да изостане, обично се јавува кај еризипел на лицето).
- Главоболката и вртоглавицата се чест симптом.
- Дифузен еритем, зголемена кожна температура и едем на долниот дел на нозете, а

поретко на другите делови (горните екстремитети и главата) (слики 37,38).

- Ненавременото започнување на третманот може да доведе до проширување на инфекцијата. Може да се јави и крвање.

ДИЈАГНОЗА

- Клиничката слика е често типична.
- Вообичаени наоди од испитувањата се: леукоцитоза, забрзана седиментација на еритроцити и покачен CRP.
- Диференцијални дијагностички проблеми може да предизвика:
 - Erythema nodosum,
 - длабока венска тромбоза,
 - херпес зостер на лицето,
 - неколку локални алергиски реакции, локален третман на нозете,
 - Erysipelothrix на рацете,
 - кај дијабетичарите (најчесто се јавува на зглобовите).

ТРЕТМАН

- Одмор во кревет, хоспитализирање по потреба.
- Треба да се започне со примена на антибиотици.
- Пеницилинот е лек на избор:
 - Penicillin G, 2 милиона единици x 4 и.в. (procain penicillin 1.2-1.5 мил.единици x 1 и.м во амбулантна нега). Откако ќе се повлече треската, потребен е перорален пеницилин (3-4 милиони единици дневно).
- Ако кожата загнои или треската трае неколку дена, и покрај терапијата со пеницилин, можно е да настанала стафилококна суперинфекција. Во тој случај, лекови од прв избор се цефалоспорините од првата или втората генерација или cloxacillin.
- Пациентите кои се алергични на пеницилин може да се лекуваат со Clindamycin 350 -400 mg x 4 и.в. во тек на 3-5 дена, по потреба.
- Може да се користат и цефалоспорини ако нема податоци за анафилактични алергиски реакции.
- Антибиотиците треба да се продолжат доволно долго, најмалку 3 недели, а во потешките случаи и 6-8 недели за комплетно излекувања. Пациентите со еризипел на ногата и отоци предизвикани од слаба циркулација или со улкус, бараат долготрајно лекување со антибиотици.
- Влажни облоги се користат при појава на пустилизација или рана на кожата. Ако кожата е директно зафатена (интактна) не е потребна локална терапија, но и кај овие случаи влажните облоги помагаат да се намали отокот и да му се олесни на пациентот.
- Изворот на инфекцијата, обично интердигитална габична инфекција, треба да се открие и да се третира.

Рецидивантен еризипел

- Кај пациентите со рецидивантен еризипел (три пати за неколку години) треба да се размисли за првата подолготрајна (6-24 месеци) или доживотна пеницилинска профилакса. Тераписките режими кои можат да се користат се долготрајна примена на benzyl penicilline 1.2-1.5 милиони единици и.м. во интервал од 3-4 недели или повеќе, доколку е потребно, или перорален penicilline V 1-2 милиони единици дневно.

- Лицата алергични на пеницилин можат да примаат цефалоспорини од првата генерација.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bernard P, Plantin P, Roger H ym. Roxithromycin versus penicillin in the treatment of erizipel in adults: a comparative study. Br J Dermatol 1992;127:155–9
2. Kontiainen S, Rinne E. Bacteria isolated from skin and soft tissue lesions. Eur J Clin Microbiol 1987;6:420–422
3. Jorup-Ronstrom C, Britton S, Gavlevik A, Gunnarson K, Redman AC. The course, costs and complications of oral versus intravenous penicillin therapy of erizipel. Infection 1984;12:390–4
4. Sjoblom AC, Eriksson B, Jorup-Ronstrom C, Karkkonen K, Lindqvist M. Antibiotic prophylaxis in recurrent erizipel. Infection 1993; 21: 690–3
5. Wang JH, Liu YC, Cheng DL ym. Role of benzathine penicillin G in prophylaxis for recurrent streptococcal cellulitis of the lower legs. Clin Infect Dis 1997; 25: 685–9
6. Jaakko Karvonen, Article ID: ebm00275 (013.020), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2006 година

ERYSIPELOID

- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман
- ▶ Превенција
- ▶ Референци
- ▶ Слики 39

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Бактеријата која го предизвикува еризипелоидот (*Erysipelothrix rhusiopathiae*) може да се најде кај многу животни (свињи, риби, птици).
- Луѓето се инфицираат преку оштетена кожа.
- Се јавува како ретка професионална инфекција кај сточарите, месарите, рибарите, ветеринарите итн.

СИМПТОМИ

- Оток, црвенило, обично на рацете. Нема гноење.
- Обично се јавува силна болка, чешање и иритација.

- Локалните лимфни јазли се често потечени, но системските симптоми се ретки.
- Понекогаш можат да се јават и септикемија и ендокардитис.
- Болеста е самоограничувачка за неколку недели.
- На местото на инфекцијата останува резидуална хиперпигментација.

ДИЈАГНОЗА

- Слики 39
- Дијагнозата може да се постави врз база на историјата на болеста или на типичната клиничка слика.
- Може да се засади култура од примерок од биопсија или од аспирирана течност, но тоа ретко кога е индицирано.

ТРЕТМАН

- Пеницилинот од 1,5 милиони единици дневно е ефикасен кај ова заболување. Исто така, се ефикасни и цефалоспорините, макролидните антибиотици и флуорокинолоните (**ннд-D**).

ПРЕВЕНЦИЈА

- Добра заштита (покривање) на рацете и раните на нив.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Barnet JH,Estes Sa,Wirman JA Erysipeloid. J Am Acad Dermatol 1983;9:116-123
 2. Venditti M,Gelfusa V,Tarasi A ntimicrobial Erysipelothrix rhusiopathiae.Antimicr Agents Chemother 1990;34:2038-2040
 3. Petteri Carlson, Article ID: ebm00033 (001.022), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 21.5.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2006 година**

НЕКРОТИЗИРАЧКИ ФАСЦИИТИС И ГАСНА ГАНГРЕНА

- ▶ Цели
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Знаци и симптоми
- ▶ Третман
- ▶ Превенција
- ▶ Референци

ЦЕЛ

- Да се направи брза клиничка дијагностика.
- Инфицираното ткиво мора да биде хируршки обработено.
- Постојана грижа во интензивна нега.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Некротизирачки фасцитис

- Одредени серотипови од групата А стрептококи (особено T1M1) можат да предизвикаат инвазивна инфекција со иницијална клиничка слика која може да личи на еризипел.
- Некротизирачкиот фасцитис предизвикан од мешани патогени (*Bacteroides*, *E.coli*, *Enterococcus faecalis*, итн.) често почнува со повреда во гениталната регија (Fournier-ова гангрена).
- Приближно половина од пациентите немаат предиспонирачки фактори.
- Еден пациент од тројца има анамнеза на прекумерно консумирање алкохол.
- Предиспонирачки фактори се ревматоидниот артритис, дијабетесот, реналната инсуфициенција, пуерпериумот, неонаталниот период, имунодефициенцијата и овчи сипаници (варичела).

Гасна гангрена

- Гасната гангрена е предизвикана од *Clostridia species* која се среќава во почвата и во интестиналната флора.
- Може да биде трауматска или спонтана, нетрауматска.
- Во вториот случај, предиспонирачките фактори се гастроинтестинални операции, дивертикулитис, малигнитет или имунодефициентност.

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Токсичниот шок-синдром (температура, дијареја, исип и низок крвен притисок) не треба да се помеша со фебрилен гастроентеритис.
- Влезна врата на некротизирачкиот фасцитис е обично местото на минорна траума или инфицирана постоперативна рана.
 - Симптомите вклучуваат брз почеток со едем, црвенило и многу силна болка.
 - На кожата може да се појават меури и еритемо-ливидна пребоеност. Кожните промени може да бидат некарактеристични. Супкутаното ткиво станува гангренозно.
- Кај гасната гангрена, некротичната рана отекува со палпабилни крепитации.
 - Отокот брзо се шири (за неколку часа), во суспектни случаи важна е честата клиничка процена.
 - Бактериската култура може да покаже многу грам-позитивни родови.
 - Примерок треба да се испрати за анаеробна култура (примероците од ткивото треба да се транспортираат во соодветен сад).

ТЕРАПИЈА

- Третманот на некротизирачки фасцитис и гасната гангрена е ургентен хируршки дебридман. Целото инфицирано ткиво и кожата што го препокрива мора да се отстранат.

- Се препишува широкоспектрален антибиотик интравенски (imipinem 1g x 2.). (Staph. Aureus, Clostridium perfringens и разни мешани инфекции може да предизвикаат слична клиничка слика. Во случај на докажана стрептококна етиологија, се препишува benzyl penicillin 2.000.000 IU интравенски на секои 4 часа.
- Кислородот под висок притисок, во комбинација со хируршки дебридман и антибиотици може да биде од корист во третманот на некротизирачки фасцитис предизвикан од мешани патогени. Како и де е, започнувањето на терапија со кислород под висок притисок не смее да го одложи радикалниот хируршки третман повеќе од еден час.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Кога се третираат длабоко контаминирани и контузирани рани, целото девитализирано ткиво мора да се отстрани.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Janne Laine and Janne Mikkola. Article ID: ebm00012 (013.021), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 18.5.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до мај 2007 година

ЛАЈМСКА БОЛЕСТ - БОРЕЛИОЗА (ЛБ)

- ▶ Цели
- ▶ Причинител
- ▶ Географска дистрибуција
- ▶ Симптоми и знаци
- ▶ Дијагноза
- ▶ Терапија
- ▶ Превенција на Лајмска болест
- ▶ Референци
- ▶ Слики 40-43

ЦЕЛИ

- Да се препознае примарниот стадиум на болеста и да се третира со антибиотици за да се превенираат доцните манифестации.
- Да се внимава на доцните симптоми и знаци на Лајмската болест како критериуми за дијагностицирање, а со цел да се избегне погрешната дијагноза.

ПРИЧИНИТЕЛ

- Болеста е причинета од спирохетата *Borrelia burgdorferi sensu lato*

- Има најмалку три патогени вида за човекот. Видовите кои причинуваат болест кај човекот во Европа се:
 - *B. afzelii*
 - *B. garinii*
 - *B. burgdorferi sensu stricto*.
- Во Америка *B. burgdorferi* е еден од најчестите причинители на Лајмската болест (ЛБ).
- Спирохетите може да се пренесуваат од сите фази на развој на крлежот, вклучувајќи ги и малите ларви и нимфи, кои тешко се забележуваат.

ГЕОГРАФСКА ДИСТРИБУЦИЈА

- Крлежот *Ixodes ricinus* (слика 40) е најчест преносител на болеста во Европа. Во Источна Европа и во Азија како преносител е најден *Ixodes persulcatus*. Лајмската болест првпат е дијагностицирана во САД, а се среќава во цела Европа и делови на Азија.
- Спектарот на видовите и подвидовите на борелијата и инциденцата на инфекцијата варираат во различни земји, во различни региони и во различни подрачја на ист регион. Во ендемските региони со често јавување на болеста, инциденцата на инфекцијата може да биде висока до 1.500/100.000 жители, а во некои други подрачја може да биде под 1/100.000. Поради патувањата и долгиот латентен период на доцните стадиуми на болеста, докторите можат да се сретнат со пациенти со Лајмска болест насекаде во светот.
- Во Северна Европа ризикот на каснување од крлеж е висок во влажните и тревни терени.
- Степенот на сероконверзијата кај здравите индивидуи во ендемските подрачја може да биде над 1.000/100.000/годишно и преваленцата на серопозитивната популација во високо ендемските подрачја варира меѓу 12% и 45% и се зголемува со возраста.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

Примарна инфекција (прв стадиум)

- Најчестата форма кај примарниот стадиум на Лајмската болест е Erythema migrans (EM) (слика 41). Започнува на местото на каснувањето и трае една недела. Ако не се лекува, комплетно исчезнува за 2-4 недели, но може да перзистира и подолго од две недели. Типот на еритемот е различен. Најчесто тој се шири центрифугално како прстен околу местото на каснувањето ("bull's eye lesion", промена слична на око од бик), но може да биде конфлуирачки или мултиплен. Мултипните еритеми обично се среќаваат кај дисеминираните борелиози.
- Кожните промени не треба да се помешаат со малите обични еритеми околу местото на каснувањето што се резултат на споредните ефекти од контактните ири-танси при каснувањето.
- Ако еритемот околу местото на каснувањето е поголем од 5 cm во дијаметар и перзистира повеќе од една недела по каснувањето, треба да се третира како EM.
- Во текот на примарниот стадиум пациентот е без симптоми, некогаш може да има слабост и малаксаност или може да има лесно покачување на температурата.
- Примарната лезија може да изостане или да не е уочлива и покрај евидентната

инфекција со борелија, поради можноста местото на каснувањето да биде на грбот или во пределот на ципите.

- Борелискиот лимфоцитом или Lymphadenosis benigna cutis е најретка форма на примарна борелиоза. Може да се појави при каснување на меките ткива, често во ушната ресичка и претставува, мек, ливиден или црвен едем. Траењето на лимфоцитомот е приближно исто како на ЕМ (слика 42).

Дисеминирана Лајмска борелиоза

- Ако примарната инфекција не се третира, кај 50% од пациентите може да се јават доцни манифестации, кои се развиваат после недели/месеци/години по примарната лезија.
- Симптоми и знаци кои обично се јавуваат во доцниот стадиум се:
 - Пареза:
 - Често се јавуваат пареза на кранијални нерви и парцијална пареза на фаџијален нерв. Борелија антителата во серумот или ликворот треба да се испитаат кај сите пациенти со пареза на фаџијалниот нерв ако има и најмало сомневање за борелиоза.
 - Централен нервен систем:
 - Лимфоцитен менингитис и менигоенцефалитис.
 - Менингорадикулитис (синдромот на Barwarth).
 - Encephalitis progressiva chr.
 - Големи зглобови:
 - Артритис, хидропс, особено на големите зглобови.
 - Срце:
 - Миокардитис.
 - Кожа:
 - Acrodermatitis atrophicans (слика 43).
 - Очи:
 - Очни инфламаторни симдроми.
- На доцниот стадиум на ЛБ треба да се мисли ако пациентот покажува необјасниви симптоми и знаци, а во анамнезата се спомнува движење во места каде што крлелите се активни.

ДИЈАГНОЗА

Прв стадиум

Кај примарната Лајмска болест обично не се прават никакви лабораториски анализи. Ако еритемот на местото на каснувањето трае подолго од една седмица и има дијаметар > 5 cm, се смета дека пациентот има ЕМ. Дијагностичка вредност за ЛБ има појавата на лимфоцитом на местото на каснувањето.

Дисеминирана Лајмска борелиоза

- За дијагнозата се важни клиничките симптоми и клиничката слика, како и податокот за каснување или за движење во регион познат по присуството на преносителот (**ннд-В**). Од помош за дијагнозата е наодот на лимфоцитна плеоцитоза на ЦСТ (цереброспинална течност).
- Основен лабораториски тест е детекција на антиборелија антитела (**ннд-В**).

Најчесто се користи ЕЛИСА-тестот. При засегање на нервниот систем, овие антитела се откриваат во висок титар, а нивна продукција е интратекална, заради што се наоѓаат и во ликворот, некогаш дури и во отсуство на серумски антитела.

- Серолошкиот метод што се користи би требало да се приспособи на антигените на борелија специесот кој се среќава на односната територија.
- IgM-антителата се јавуваат по околу 3 недели од инфекцијата и остануваат покачени во текот на 6 недели. Потоа нивниот титар опаѓа. Експересијата на IgM-антителата може да остане присутна во подолг период и без присутна активна болест.
- IgG-антителата растат во текот на 6 недели по инфекцијата и со години можат да останат покачени.
- При негативни тестови, тестирањето за присуство на овие антитела треба да се повтори по еден месец. Конверзија од IgM во IgG-антитела или пак присуство на сигнификантно високи титри на IgG-антителата во повеќе наврати може да ја поткрепи дијагнозата.
- Интратекалната продукција на антитела е добар критериум за инфекција со борелија на централниот нервен систем. Треба да се земе примерок на ликвор истиот ден кога и серумот, дури и кај оние пациенти без невролошка симптоматологија. Дијагнозата обично се поставува со помош на блот-тестот. Резултатите се интерпретираат според критериумите на EUCALB .
- Во специјални случаи кога тешко се доаѓа до дијагноза, може да бидат корисни техниките на амплификација на нуклеинска киселина.
- Пациентите со симптоми и знаци за можна ЛБ, но кај кои немаме лабораториска потврда, не можат да се дијагностицираат како болни од ЛБ.
- Во регионите со честа ЛБ-инфекција, одредена субпопулација на здрави луѓе може да има покачени титри на овие антитела. Заради тоа, кај асимптоматски луѓе со елевирани титри на антитела против борелија, не треба да се постави дијагноза на ЛБ. Најдобар лабораториски тест е култура на спирохетата, но тој тешко се изведува и евозможен во строго специјализирани установи.
- Најсоодветен пристап кон интерпретацијата на позитивната серологија би била примената на принципи на Bayes - овата анализа на позитивните во однос на негативните предиктивни вредности на тестот (табела 1).

Табела 1. Bayes - ова анализи на пост-тест веројатноста за болеста во релација со пред-тест веројатноста и ендемската серолошка состојба

Веројатност пред тестот > 80%	ендемска серопозитивност 20-80%	Пост-тест веројатност < 20%
5%	>96%	<61%
15%	>94%	<49%
30%	>90%	<37%
45%	>87%	<30%

- Основното резонирање е дека серолошкиот тест со сензитивност од 0,95 и специфичност од 0,90 е изведен кај група пациенти со различен процент на клиничко сомневање за борелиоза (= пред-тест веројатност) и пациенти кои доаѓаат од региони со различна ендемска серопозитивност
- Пред-тест веројатност за болест >80% се однесува на индивидуи кај кои регистрираното кашнување од крлеж е асоцирано со еритем и со лимфоцитен менингитис.

- 20 - 80% пред-тест веројатност за болест постои кај пациенти кои потекнуваат од ендемски подрачја и кои покажуваат знаци за лимфоцитен менингитис или моноартритис.
- Кај пациентите од неендемски региони кај кои не е регистрирано каснување од крлеж, а постојат неспецифични симптоми, како на пример замор и дифузни болки во мускулите, веројатноста да имаат болест е <20%.
- Во случај на ендемска серопозитивност (% на серолошки позитивни индивидуи во регионот) од 5 до 15%, позитивната серологија означува поголема веројатност за болест, а повисоката ендемска серопозитивност означува помала веројатност за болест.

ТЕРАПИЈА

Каснување без симптоми и знаци за примарна борелиоза

- Каснување без појава на ЕМ не е индикација за антибиотска терапија (**ннд-С**). Само кај бремени жени може да се примени профилакса со антибиотици (консултација со инфектолог).

Примарен стадиум (*Erythema migrans* или *lymphocytoma*)

- Терапијата трае 15 дена. Може да продолжи во текот на 3 недели ако сè уште се присутни знаците на инфекцијата по 15-дневната терапија.
- Лек на избор е амоксицилин (**ннд-В**).
 - возрасни 1 g/дневно
 - деца, 50 mg/kg ТТ поделена во две дневни дози.
- Доколку амоксицилин не може да се примени поради потврдена алергија на лекот, следен лек е:
 - за возрасни, doxycycline (**ннд-В**) 100 mg дневно;
 - за деца, cefuroxime axetil 30 mg/kg ТТ поделен во 3-4 дневни дози (задолжителна консултација со педијатар).
- Доксицилин не е лек од прв избор поради несаканите ефекти, особено фотосензитивноста во летните денови кога е и најчесто каснувањето од крлежи поради престојот на луѓето во природа.
- Бременост: Генерален став е дека инфекцијата во текот на бременоста треба да се лекува.
 - Не се покажало дека ЛБ предизвикува штета на фетусот.
 - Препорачана терапија во текот на бременоста е амоксицилин 500 mg двапати дневно во тек на 30 дена. Треба да се консултира инфектолог секогаш кога трудница има некоја форма на ЛБ.

Доцен стадиум

- Препораките за лекување од САД не можат целосно да се применат во Европа поради различните специеси на борелија кои се среќаваат. Изборот на терапијата и времетраењето се дискутабилни. Објавените резултати варираат од земја до земја, веројатно поради различните борелија специеси, но во некои случаи и поради недоволното време на следење на пациентите.

- Не постои рандомизирана проспективна дупло-слепа студија за третманот на доцниот стадиум на ЛБ во Европа и некои полуофицијални препораки за лекување се базираат, главно, на субјективното клиничко искуство.
- Најчесто се препорачува 2-3 неделен третман со ceftriaxone 2g/дневно и.в., за деца 100mg/kg/дневно. Многу автори препорачуваат да се додаде орален антибиотик по парентералната терапија со ceftriaxone.
- Ако матичниот лекар не го познава доволно пациентот, треба да го испрати кај специјалист-инфектолог.
- Најчесто се сугерираната терапија во траење од 2–3 седмици, и тоа и.в. ceftriaxone 2 g/дневно, а за децата 100 mg/kg/дневно. Повеќето автори советуваат дополнителна примена на орални антибиотици по ceftriaxon.
- Може да се препорача и следниот тераписки режим: Ceftriaxone 2g/дневно и.в. во тек на 15 дена, а потоа се продолжува било со amoxicillin или со serhadroxil во текот на 100 дена.
- Друга терапија што се препорачува е орален doxycyclin 200 mg/дневно во текот на 8-20 дена.
- Клиничкото искуство покажува дека раната невроборелиоза има тенденција да реагира побрзо на антибактериски третман отколку другите форми на болеста.
- Се покажало дека кај некои пациенти протеините на борелијата можат вкрстено да реагираат со хуманите протеини што помага во објаснувањето на артритисот кој перзистира и по спроведената терапија за ЛБ.
- Не постои сосема веродостоен лабораториски метод за следење на успехот на терапијата. Клиничките резултати на терапијата се интерпретираат внимателно - болеста може да пламне по неколку месеци по успешно спроведената терапија.

ПРЕВЕНЦИЈА НА ЛАЈМСКАТА БОЛЕСТ

- Очигледно е дека најдобра превенција е да се избегне каснувањето од крлеж кога ќе се престојува во региони каде што има многу крлежи.
- Карпестите и суви терени не се опасни терени за каснување од крлеж. Крлежите се размножуваат на влажен терен, особено на трева. Треба да се користи средината на патеката при движење во шума.
- Долги панталони (светли, за да може лесно да се забележи крлежот) ставени во чорапи го спречуваат пристапот до кожата.
- Секој ден по движење по терени каде што е размножен крлежот, треба да се врши инспекција на кожата. Крлеж кој е имбибиран во кожата се отстранува со негово тркалање со наводенет прст или со тргање со клешта. Постојат специјални клешти за оваа намена и се продаваат во аптеки¹⁰. Со нив не треба силно да се повлече, бидејќи главата на крлежот може да остане во кожата и да предизвика локална гнојна инфекција. Ако се случи ова, тогаш главата спонтано ќе испадне од кожата.
- Начинот на отстранување на крлежот не влијае на можниот ризик од инфекција со борелија. Имбибирираниот крлеж треба да се отстрани првиот ден, бидејќи со секој нареден ден се зголемува можноста од инфекција.
- Правени се обиди за пронаоѓање вакцина против ЛБ. Оваа вакцина би требело да ги опфати локалните видови на супспециесите на борелија. Оваа вакцина повеќе не се произведува во САД. Спектарот на супспециесите на борелија и антигенски-

¹⁰ Недостапно во Р. Македонија

от состав се сосема различни во Европа од оние во САД.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editorial. Lyme borreliosis. *Wien klin Wochenschr* 1996;108/21:739-740
2. Wahlberg P, Granlund H, Nyman D, Panelius J, Seppälä I. Late Lyme borreliosis: Epidemiology, diagnosis and clinical features. *Ann med* 1993;25:349-356
3. Steere A. Diagnosis and treatment of Lyme arthritis. *Med Clin N Am* 1997;81(1):179-194
4. Stanek G, O'Connell S, Cimmino M, Aberer E, Kristoferitsch W, Granström M, Guy E, Gray J. European Union concerted action on risk assessment in Lyme borreliosis. *Wien klin Wochenschr* 1996;108/23;741-747
5. Karma A, Seppälä I, Mikkilä H, Kaakkola S, Viljanen M, Tarkkanen A. Diagnosis and clinical characteristics of ocular Lyme borreliosis. *Am J Ophthalmol* 1995;119:127-135
6. Weber K, Burgdorfer W (eds). *Aspects of Lyme borreliosis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1993.
7. Steere AC. Lyme disease. *N Engl J Med* 1989;321:586-596
8. Steere AC, Taylor E, McHugh GL, Logigian E. The overdiagnosis of Lyme disease. *JAMA* 1993;269:1812-1816
9. Golightly MC. Laboratory considerations in the diagnosis and management of Lyme borreliosis. *Am J Clin Pathol* 1993;99:168-174
10. Mouritsen CL, Wittwer CT, Litwin CM, Yang L, Weis JJ, Martins TB, Jaskowski TD, Hill HR. Polymerase chain detection of Lyme disease. *Am J Clin Pathol* 1996;105:647-654
11. Wilske B, Zöller L, Brade V, Eiffer M, Göbel, UB, Stanek, G unter Mitarbeit von HW Pfister. MIQ 12 Lyme-Borreliose. In *Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik*. Edited by Mauch H and Lütticken R; im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM). Urban & Fischer Verlag, München Jena; 2000
12. European Union Concerted Action on Lyme Borreliosis <http://vie.dis.strath.ac.uk/vie/LymeEU/>
13. Hauser U, Lehnert G, Lobentanzer R, Wilske B (1997) Interpretation criteria for standardized western blots for three European species of *Borrelia burgdorferi sensu lato*. *J Clin Microbiol* 35:1433-1444
14. Hauser U, Lehnert G, Wilske B (1998) Diagnostic value of proteins of three *Borrelia* species (*Borrelia burgdorferi sensu lato*) and implications for development and use of recombinant antigens for serodiagnosis of Lyme Borreliosis in Europe. *Clin Diagn Labor Immunol* 5:456-462
15. Hauser U, Lehnert G, Wilske B (1999) Validity of interpretation criteria for standardized western blots (immunoblots) for the serodiagnosis of Lyme borreliosis based on sera collected throughout Europe. *J Clin Microbiol* 37:2241-2247
16. Robertson J, Guy E, Andrews N et al. A european multicenter study of immunoblotting in serodiagnosis of Lyme borreliosis. *J Clin Microbiol* 2000, 38: 2097-2102
17. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS et al. (Eds.). *Evidence-Based Medicine*, 2d Ed., 2000, Churchill Livingstone, Edinburgh/ London/ New York/ Philadelphia/ St.Luius/ Sydney/ Toronto, Pages 67-93
18. Morel P, Modai E. Treatment of Erythema chronicum migrans and preventio of stage 2 Lyme disease with amoxycillin. *Abst IV Internat Conf on Lyme borreliosis, Stockholm 1990*
19. Wormser GP, Nadelman RB, Dattwyler RJ, Dennis DT, Shapiro ED, Steere AC, Rush TJ, Rahn DW, Coyle PK, Persing DH, Fish D, Luft J. Practice guidelines for the treatment of

- Lyme disease. *Clin Inf Dis* 2000;31 (Suppl. 1):S1-S14
20. Cameron D, Gaito A, Harris N, Bach G, Bellocin S, Bock K, Burrascano J, Dickey C, Horowitz R, Phillips S, Meer-Scherter L, Raxden B, Shert V, Smith H, Smith P, Stricker R. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. *Expert Rev Anti-Infect Ther* 2004;2(Suppl 1):S1-S13
 21. Wahlberg P, Granlund H, Nyman D, Panelius J, Seppälä I. Treatment of late Lyme borreliosis. *J Inf* 1994;29:255-261
 22. Oksi J, Marjamäki M, Nikoskelainen J, Viljanen M. Borrelial DNA detected by PCR in plasma of patients with late Lyme borreliosis and treatment failure. *Infection* 1995;23:1/1-5/5
 23. Gross DM, Forsthuber T, Tary-Lehmann M, Etling C, Ito K, Nagy ZA, Field JA, Steere AC, Huber BT. Identification of LFA-1 as candidate autoantigen in treatment-resistant Lyme arthritis. *Science* 1998;281:703-706
 24. Dickman S. Possible cause found for Lyme arthritis. *Science* 1998;281:631-632
 25. Kahl O, Janetzki-Mittmann C, Gray JS, Jonas R, Stein J, de Soer R. Risk of infection with *Borrelia burgdorferi* sensu lato for a host in relation to the duration of nymphal Ixodes ricinus feeding and the method of tick removal. *Zentrbl Bakteriol* 1998;287:41-52
 26. Steigbigel RT, Benach JL. Immunization against Lyme disease—an important first step. *NEJM* 1998;339:263-264
 27. Steere AC, Sikand VJ, Meurice F, Parenti DL, Fikrig E, Schoen RT, Nowakowski J, Schmid CH, Laukamp S, Buscarino C, Krause DS. Vaccination against Lyme disease with recombinant *Borrelia burgdorferi* outer-surface lipoprotein A with adjuvant. *NEJM* 1998;339:209-215
 28. Sigal LH, Zahradnik JM, Lavin P, Patella SJ, Bryant G, Haselby, Hilton E, Kunkel M, Adler-Klein D, Doherty T, Evans J, Malawista SE. A vaccine consisting of recombinant *Borrelia burgdorferi* outer-surface protein A to prevent Lyme disease. *NEJM* 1998;339:216-222
 29. Tugwell P, Dennis DT, Weinstein A, Wells G, Shea B, Nickol G, Hayward R, Lightfoot R, Baker P, Steere A. Laboratory diagnosis of Lyme disease: clinical guideline, part 2. *Ann Intern Med* 1997;127:1109-1123
 30. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988128. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 31. Warschafsky S, Nowakowski J, Nadelmann RB, Kamer RS, Peterson SJ, Wormser GP. Efficacy of antibiotic prophylaxis for prevention of Lyme disease. *J Gen Int Med* 1996;11:329-333
 32. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-961130. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 33. Loewen PS, Marra CA, Marra F. Systematic review of the treatment of early Lyme disease. *Drugs* 1999;57:157-173
 34. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-990609. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
 35. Dag Nyman and Peter Wahlberg, Article ID: ebm00031 (001.029), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2008 година**

БОЛЕСТИ НА КОЖАТА
ПРЕДИЗВИКАНИ ОД
ГАБИ

ДЕРМАТОМИКОЗИ

- › Основни правила
- › Инфективност
- › Земање примерок за култура за габички
- › Антимикотици
- › Тинеја
- › Tinea pedis
- › Tinea cruris
- › Tinea corporis
- › Тинеја на борачите
- › Tinea capitis
- › Онихомикоза
- › Инфекции со кандида
- › Орална кандидијаза
- › Cheilitis angularis Monilia
- › Candida intertrigo
- › Paronychia Monilia
- › Candida balanitis
- › Референци
- › Слики 44-50

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Пред започнување на третманот треба со сигурност да се утврди дека пациентот има дерматомикоза, а не некое друго кожно заболување кое личи на дерматомикоза. Земете примерок за габична култура; кај типичната тинеја, која е присутна само помеѓу прстите на стапалата, оваа постапка не е неопходна.
- Запомнете ги несаканите дејства на антимикотичните лекови, но и интеракциите на азолските медикаменти со другите медикаменти.

ИНФЕКТИВНОСТ

- Експозицијата на габички е честа. Сепак, габичните инфекции не се толку чести.
- Генетичките фактори играат улога во предиспозицијата кон габичните инфекции на ноктите и микозите на стапалата.
- Микозите на животните (крави, морски прасиња, мачки) лесно се пренесуваат на луѓето и предизвикуваат тинеја на екстремитетите, трупот и лицето.

ЗЕМАЊЕ ПРИМЕРОК ЗА КУЛТУРА ЗА ГАБИЧКИ

- Исчистете ја кожата со раствор од алкохол-етер, гребнете од сквамите од работ на

лезијата во сува епрувета и испратете го примерокот до лабораторијата со обична пошта. Можат да се земат влакна, исечени парченца од нокотот како примерок или да се истругаат луспи од нокотниот матрикс.

- Во миколошка лабораторија се прави нативна микроскопија со KOH и култура за габички.
- Се чека од 2 до 6 недели за резултати од културата.
- Доколку резултатот е негативен, а постои силно сомнение за габична инфекција, повторно земете нов примерок за миколошко испитување.

АНТИМИКОТИЦИ

Општи можности

- Модерните лекови го скратуваат времето на третман и ги подобруваат резултатите. Но, трајно излекување (клиничко излекување по период од 1-2 години) се постигнува кај помалку од половината на пациентите.
- Тинејата вообичаено се третира со локални препарати, додека присуството на онихомикоза е индикација за системски антимиотици.

Индикации

- Тербинафин (крем и таблетки) се ефикасни само за дерматофитите.
- Нистатин и натамицин¹¹ се ефикасни само кај квасниците.
- Топичните азоли (Clotrimazole, econazole, miconazole, thioconazole¹², ketoconazole), amorolfine¹³ - кремот и лакот за нокти и системските азоли (ketoconazole, itraconazole и fluconazole) се ефикасни и против дерматофити и против квасници. Нема значајни разлики во однос на ефикасноста на топичните лекови.

Несакани ефекти и интеракции

- Ризикот од интеракции со terbinafine е мал. Карактеристичен, но редок несакан ефект е нарушување, па дури и комплетно губење на осетот за вкус во текот на 1-2 месеци. Опишани се случаи на егзантем кој може да е асимптоматски, да е проследен со чешање или да предизвика сериозна медикаментозна реакција со були-erythema multiforme – и да трае повеќе од еден месец.
- Кетоконазолот може да ја наруши функцијата на црниот дроб кај некои пациенти и неговата употреба треба да се ограничи на кратки периоди.
- Итраконазолот и кетоконазолот можат да ги продолжат ефектите на триазоламот и мидазоламот. Тие можат да ја зголемат концентрацијата на терфенадинот (ризик од аритмија), дигоксинот, варфаринот, исто како и на калциум антагонистите фелодипин и исрадипин. Зголемувањето на нивото во крвта на калциум антагонистите може да резултира со едем на нозете. Интеракциите со калциум антагонистите се опишани и со флуконазолот.

ТИНЕЈА

- Кутаната тинеја вообичаено има елевирани, еритематозни, десквамирачки раб кој

¹¹ Недостапно во Р. Македонија

¹² Нерегистриран во Р. Македонија

¹³ Нерегистриран во Р. Македонија

- се шири како прстен и предизвикува чешање (слика 44).
- Формираните прстенести форми честопати се мултипли, но и инкомплетни.
- Кај ингвиналната и тинејата на скалпот може да се појават фоликуларни пустули.
- Сквамохиперкератотичната т.н. мокасин форма на тинеја на стапалата може да остане недијагностицирана (слика 12). Таа е често придружена со онихомикоза.
- Тинејата на скалпот може да се шири агресивно.

TINEA PEDUM

Клиничка слика

- Типичната клиничка слика на тинејата на стапалото е т.н. атлетско стапало (слика 11).
 - Вообичаено се јавува помеѓу четвртиот и петтиот прст на стапалото.
 - Кожата е еритемна, мацерирана, или со улцерации, можна е појава на везикули на рабовите од лезиите.
 - Има изразен јадеж.
 - Честа е бактериската суперинфекција.
 - Во акутната фаза може да се јават везикули на дланките и на стапалата како резултат на алергиска реакција (дерматофитиди).
 - И покрај агресивноста на заболувањето, се лекува лесно со топичен третман.
- Сув тип мокасин тинеја (слика 45).
 - Често нема субјективни симптоми.
 - Кожата е лесно хиперкератотична и често, лесно еритемна, со десквамација.
 - Унилатералната локализација е вообичаена, како и парцијалното (дистално) зафаќање на предниот дел на стапалото. Десквамирачкиот раб на лезијата е лесно забележлив.
 - Слична лезија може да се види на дланките, често унилатерално (слика 16).
 - Онихомикозите често коегзистираат со овој тип инфекција.
 - Топичните третмани вообичаено не се ефикасни.

Етиолошки агенси

- Предизвикувачки агент е речиси секогаш *Trichophyton rubrum*, понекогаш *Trichophyton mentagrophytes*, и многу ретко *Epidermophyton floccosum*.
- Кандида може да се изолира од мацерираната кожа помеѓу прстите, но ова не е доказ за патолошка инволвираност на кандидата.

Третман

- Тинејата помеѓу прстите најефикасно се лекува со тербинафинска емулзија¹⁴ која во текот на две недели, се наноси во тенок слој секоја вечер. Должината на третманот е еден месец со азолските препарати.
- Хигиена на стапалата:
 - Секојдневно миене на стапалата, внимателно сушење, менување на чорапите. Чевлите не треба да се менуваат или дезинфицираат.
- Мокасин тинејата на стапалата е тешка за лекување и вообичаено бара системска терапија: Terbinafine 250 mg x 1, 2-4 недели или itraconazole, 100 mg x 1, 1 до 4 недели.

14 Недостепен во Р. Македонија во форма на емулзија

ONYCHOMYCOSIS

Клиничка слика

- Слики 46, 47
- Се јавува вообичаено на ноктите на стапалата, често само на еден или на неколку нокти.
- Ноктите на рацете се поретко зафатени (слика 48).
- Онихомикозите се ретки кај децата. Предиспозицијата кон заболувањето може да биде херeditарна.
- „Дистрофија на дваесет нокти“
- Онихомикозите вообичаено почнуваат под ноктите, се шират линеарно кон основата на нокотот, го задебелуваат нокотот и предизвикуваат субунгвална хиперкератоза. Заболувањето може целосно да го разори нокотот, но никогаш не и трајно, бидејќи успешниот третман го обновува нормалното растење на нокотот.
- Често коегзистира со мокалина тип тинејата на стапалата.

Третман

- Дијагнозата треба да се верифицира преку култура, бидејќи третманот не е ризик ниту пак е евтин.
- Топичниот третман (amogolfine лак за нокти¹⁵) е ефикасен само кај дисталната онихомикоза и кај онихомикозата кај деца. Третманот треба да се продолжи според инструкциите сè додека нокотот не порасне целосно здрав (околу 6 месеци за ноктите на рацете, 12 месеци за ноктите на палците на ногата).
- Масите со уреа за деформирани нокти го подобруваат резултатот од третманот.
- Најефикасна терапија за онихомикози е тербинафин¹⁶ 250 mg x 1 во тек на 3 месеци за ноктите на нозете и 1 месец за третман на ноктите на рацете.
- Итраконазолот¹⁷ е најдобро да се примени во пулсна терапија: 200 mg x 2 по јадење една недела секој месец, вкупно 3 месеци. Запомнете ги интеракциите!
- Со тербинафинот, културата од ноктите на нозете останува негативна подолго од една година кај 70-80% од пациентите, а со пулсната терапија со итраконазол кај 40-50%.
- Ефикасноста на флуконазолот не е со сигурност утврдена.
- Нема контраиндикација за комбинација на локална и системска терапија.
- Терапија со масти на уреа.
 - Уреа 40,0, Cereae alba 5,0, Adeps lanae 20,0, Vaseline album 25,0, Silica gel tip X 10,0.
 - Друга формула: уреа 40,0, миконазол крем од 100,0
 - Маста се нанесува врз нокотот и под оклузивен завој се остава 7-10 дена. Да се заштити кожата во околината од маста, на пример, со пресекување прст од гумена ракавица на кој се прави отвор со големина на нокотот.
- Степенот на успешност на терапијата кај онихомикозите на ноктите на нозете кај повозрасната група е малку над 50%. Размислете за индикациите за третман пред започнувањето на лекувањето.

¹⁵ Недостапно во Р. Македонија

¹⁶ Ограничено достапен во Р. Македонија

¹⁷ Ограничено достапен во Р. Македонија

TINEA CRURIS

Клиничка слика

- Добро ограничен унилатерален прстен или неколку концентрични прстени со јасно изразен еритемен раб, проследени со јадеж (слика 49), барем во иницијалната фаза. Микотичен фоликулитис или мал апсцес може да се открие во лезијата или во околината.

Третман

- Крем тербинафин навечер во текот на неколку недели.
- Кетоконазол или аморолфин крем навечер во тек на 3-4 недели.
- Другите азолски кремови се нанесуваат двапати дневно во тек на 4 недели.
- Кај микотичниот фоликулитис или фурункули, третманот треба да биде пролонгиран или да се користи системска терапија: итраконазол 100 mg x 1 или тербинафин 250 mg x 1 во текот на 2 недели.
- За дерматозите во ингвиналната регија види на друго место.

TINEA CORPORIS

Дијагноза

- Слика 50
- Лесно може да се замени со нумуларна егзема. Дијагнозата не може со сигурност да се постави само преку клиничката слика.
- Културата за габички и анамнезата за контакти со животни (морско прасе, мачка, куче, крава) помага да се потврди дијагнозата.
- Видот на габичките израснати во културата помага да се открие изворот на инфекцијата.

Третман

- Слично на ингвиналната тинеја
- Кај раширената болест е индицирана системска терапија.

ТИНЕЈА КАЈ БОРАЧИТЕ

Етиологија и дијагноза

- Предизвикувач е *Trichophyton tonsurans*.
- Заболувањето лесно се шири кај борачите од телото на скалпот.
- Секогаш треба да се прави култура за габички. При земање материјал, користете ракавици.

Третман

- Се лекува со системска терапија.
- Итраконазол (100 mg дневно) за пациенти кои тежат помалку од 40 kg, и 200 mg/дневно за тие кои тежат повеќе од 40 kg во траење од 2 недели кај инфекциите на

трупот и 4 недели кај инфекциите на скалпот.

- Тербинафин 62,5 mg/дневно за пациенти кои тежат помалку од 20 kg, 125 mg/дневно за тие од 20-40 kg, и 250 mg/дневно за повеќе од 40 kg во текот на 4 недели.
- Борењето и вежбите со непосреден контакт со друго лице да не се практикуваат најмалку 2 недели по започнувањето на системската терапија.
- Асимптоматските членови во семејството и другарите во борење, како и асимптоматските членови на семејствата на партнерите во борење, да се третираат со кетоконазолски шампон еднаш дневно во текот на една недела. Неколку лажици шампон се нанесуваат врз влажна кожа и се оставаат 3-5 минути.
- Боречките подлоги и бањите се мијат со натриум хипохлорид еднаш неделно за време на третманот.

TINEA CAPITIS

Етиологија и дијагноза

- Не се јавува често во земјите на Западна Европа.
- Дијагнозата се базира на позитивен резултат од културата.
- Предизвикувач е вообичаено *Microsporum canis* (од мачки), *T. mentagrophytes* (од неколку вида миленичиња) или *T. violaceum* (помеѓу децата од земјите во развој).

Клиничка слика

- Се гледаат кратки, скршени влакна на лушпеста, еритемна, рамна, оголена плака.
- Кај прогресивната форма која се карактеризира со пустули и апсцеси (керион), неопходен е брз почеток на третманот со цел да се превенира трајното губење на влакната.
- Земете лушпи или скршени влакна кои ќе ги извадите од корен. Доколку има гној, веднаш земете примерок. Во случаите на керион, третманот треба да се започне веднаш по земањето примерок за култура.

Третман

- Тербинафин, 1 месец во доза од 250 mg/дневно.
- Итраконазол се дава во доза од 100 mg/дневно за еден месец, или како пулсна терапија со 200 mg x 2, една недела, повторено 2-3 пати. За децата е достапна оралната солуција¹⁸ (4mg/kg). Консултирајте дерматолог.
- По потреба, третманот може да трае и подолго.

ИНФЕКЦИИ СО КАНДИДА

- Инфекциите со кандида се често предиагнозирани. Заболувањата кои често се дијагностицираат како кандидијаза се lichen planus и stomatodynia во устата, атипичната егзема во аглите на устата кај децата и себороичната егзема во кожните набори. *Candida balanitis* е често себороичен дерматитис, а кандидијалното интертриго помеѓу прстите е токсичен егзема.
- Најчестиот агенс на правата кандидијаза е *Candida albicans*.
- Изолацијата на *Candida albicans* од примерок од култура не е доказ дека е патоген агенс, бидејќи *Candida* е нормален хуман сапрофит.
- Кандидијазата во аглите на устата, под градите и во ингвиналните набори кај поста-

18 Недостапен во Р. Македонија во форма на раствор

рите е често мацерирана и егзулцерирана во дното на наборот и со мали сателитски лезии на периферијата.

- Предиспонирачки фактори се дијабетесот, долготрајниот третман со антибиотици, имunosупресијата (особено HIV-инфекцијата), полиендокринопатиите и денталните протези.

ОРАЛНА КАНДИДИЈАЗА

Клиничка слика

- Типични бели налепи на букалната мукоза кај доенчињата.
- Кај возрасните не е толку честа како што се очекува и тешко се поставува дијагнозата. Ексудативната и атрофичната форма на болеста може да коегзистираат.

Третман

Види на друго место.

CHEILITIS ANGULARIS MONILIA

Клиничка слика

- Се јавува со конкомитантна орална кандидијаза или засебно, види на друго место.
- Носењето ниска дентална протеза го продлабочува кожниот набор на устата и се задржува влагата што создава услови погодни за развој на инфекција со кандида (слика 29).

Третман

- Азолска маст, понекогаш во комбинација поради секундарната егзема и бактеријалната инфекција.
- Заболувањето има тенденција да рецидивира и третманот мора да се повтори.

CANDIDA INTERTRIGO

Клиничка слика

- Да се избегне хипердијагностиката: често причината е себороична егзема (особено во аналната регија) или псоријаза во кожните набори.
- Се јавува под градите, во аксиларните јами, во ингвиналните набори, помеѓу натколениците и помеѓу прстите.
- Поагресивна е споредено со ингвиналната тинеја, но со помалку изрзен раб, еритематозна, и често влажи. Има сателитски лезии блиску до рабовите.

Третман

- Редовна тоалета, се препорачува употребата на лосиони со ниска рН вредност.
- Во почетокот се препорачува користење на комбинација на миконазол и hydrocortisone.

- Вообичаено нема потреба за перорални антимикотични лекови (fluconazole, itraconazole). Кај рекурентните инфекции да се размисли за постоење на резистенција кон флуконазолот, која лесно се развива кај квасниците.
- Третманот трае две недели.
- Често повторуваната кандидијаза е индикација за одредување на нивото на шеќер во крвта, повод да се размисли за постоење на имунодефициенција.

PARONYCHIA MONILIA

Клиничка слика

- Да се детектира присуството на егзема, псоријаза, периунгвални брадавици и тумори.
- Инфекцијата е често мешана: *Candida albicans* + *Staphylococcus aureus*.
- Работа со влажни раце (чистачи и кујнски персонал) предиспонира појава на болеста.
- Кај хроничната паронихија, повторуваното хоризонтално нарушување во растот на ноготот резултира со појава на брановиден ногот.
- Акутната болест трајно не го оштетува ноготот, како што е во случајот на хроничната паронихија.

Третман

- Во акутната фаза е најдобро да се третира бактериската инфекција со системски антибиотици.
- Кај инфекција со кандида се препорачува употреба на азолските препарати во течна форма.
- Упатете го пациентот со хронична паронихија кај дерматолог.
- Избегнување влага на рацете е најдобрата профилакса кај кандидијазата.

CANDIDA BALANITIS

- Повеќето случаи на *Candida balanitis* погрешно се дијагностицираат како себороична егзема.
- Хипердијагностиката на кандидијазата создава прекумерна грижа; женските партнери кои имаат вагинална кандида, а немаат симптоми, не е потребно да се третираат.
- Култивирањето на кандидата дава многу лажно позитивни резултати и не се препорачува кај баланитот.

Клиничка слика

- Симптомите на *Candida balanitis* се јадеж, еритематозни ерозии и пустили кои лесно руптурираат на глансот и на внатрешната страна од препуциумот.
- Понекогаш можат да се видат бели налепи (проверете ги хигиенските навики на пациентот пред да дијагностицирате заболување).

Третман

- Иако себороичната егзема и баланитот од кандида честопати се мешаат, но ова не создава терапевски проблем: и двете заболувања се третираат со miconazole-

hydrocortisone крем. Терапија во траење од неколку недели е доволна и за двете состојби.

- Тоалета со воден раствор на калиум хиперманган (1:10000) дневно, во текот на 15 минути може да се примени на почетокот од третманот (се внимава да не се обои облеката).
- Благ сребро нитратен раствор во форма на облози (0,01-0,1%) може да ги олесни симптомите на инфекција на мукозните површини.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Crawford F, Hart R, Bell-Syer S, Torgerson D, Young P, Russell I. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001434. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
 2. Abdel-Rahman SM, Nahata MC. Treatment of tinea capitis. Ann Pharmacother 1997;31:338-348
 3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970404. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 4. Bell-Syer SEM, Hart R, Crawford F, Torgerson DJ, Tyrrell W, Russell I. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD003584. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
 5. Glyn E, Evans V, Sigurgeirsson B for the LION study group. Double-blind, randomised study of continuous terbinafine compared with intermittent itraconazole in treatment of toenail onychomycosis. BMJ 1999;318:1031-1035
 6. Editors, Article ID: ebm00267 (013.050), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 16.11.2002, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до 16.11.2006 година**

PITYRIASIS VERSICOLOR

- Етиологија
- Симптоми
- Иследувања
- Терапија
- Референци
- Слики 51

ЕТИОЛОГИЈА

- Кожните промени се должат на прекумерниот раст на *Pityrosporum ovale* (*Malassezia furfur*). Причината за порастот на овие липофилни габички на кожата кај некои пациенти е непозната.

СИМПТОМИ

- Неправилни, умерено сквамозни макули се јавуваат на трупот (слика 51), на вратот и на проксималните делови од екстремитетите.
- Бојата варира од бледа до кафејава, дури и валкано сива. На светла кожа макулите се кафени, а на потемнета кожа од сонце тие се посветли од околината.

ИСЛЕДУВАЊА

- Клиничката слика е најважна за поставување на дијагнозата.
- Pityrosporum се наоѓа и на нормалната кожа и затоа позитивната култура за габички не е од корист за поставување на дијагнозата.
- Под микроскоп, во киретиран материјал (обоен со метиленско сино) наодот на Pityrosporum е типичен.

ТРЕТМАН

- Кетоконазол шампон се аплицира на кожата 10 минути неколку последовни вечери, потоа се плакне со капење. Подоцна, контролата на болеста се постигнува со едnodневен третман, еднаш месечно.
- Кетоконазол таблети (400mg x 2 таблети) како единечна доза со мало количество храна.
- Два часа подоцна е потребно пациентот интензивно да вежба, да се испоти со цел да се зголеми концентрацијата на лекот во кожата. Во следните 10 часа не е дозволено туширање. Третманот може да се повтори во случај на рецидив.
- Pityriasis versicolor не е контагиозна болест. Третманот не значи ерадикација, туку контрола на колонизацијата на сапрофитните габички.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Autio, Article ID: ebm00268(013.051),c 2004 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

ВИРУСНИ ИНФЕКЦИИ

КОЖНИ ИНФЕКЦИИ СО ХЕРПЕС-ВИРУС

- ▶ Основни правила
- ▶ Хумани херпес-вируси
- ▶ Инфекции со HSV1 и HSV2
- ▶ Дијагностицирање на инфекции со HSV
- ▶ Третман на инфекции со HSV;
- ▶ Erythema multiforme
- ▶ Референци
- ▶ Слики 52-56

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Инфекциите предизвикани од вируси од фамилијата Herpesviridae се најчестите вирусни инфекции кај човекот.
- По примарната инфекција, сите херпес-вируси можат да предизвикаат латентна инфекција, која подоцна може да биде реактивирана.

ХУМАНИ ХЕРПЕС-ВИРУСИ

- Оваа група вклучува осум херпес-вируси:
 - Herpes simplex вируси 1 и 2
 - Varicella zoster вирус
 - Epstein–Barr вирусот (предизвикува фебрилна болест со благи симптоми кај деца и мононуклеоза кај млади луѓе)
 - Cytomegalovirus
 - Хумани херпес-вируси типови 6-8 (HHV-6-8).
 - HHV-6 предизвикува exanthema subitum кај деца.
 - Клиничките симптоми предизвикани од херпес-вирус тип 7 сè уште не се познати.
 - Кај најголемиот број пациенти со Kaposi сарком на развојот на болеста ѝ претходи појавувањето на антитела против HHV-8.

ИНФЕКЦИИ СО HSV1 И HSV2

- HSV1 и HSV2 се пренесуваат преку директен контакт, HSV1 почесто на друг начин за разлика од HSV2 кој се пренесува главно со сексуален контакт.
- Најчесто инфекциите со HSV1 се супклинички.
- Кај 1-3 годишните деца примарната инфекција е често симптоматски стоматит, со многубројни везикули во устата и фарингсот. Асоцирани симптоми се треска, болка, наузеа и зголемени лимфни жлезди.
- Рецидивантната HSV1 инфекција се јавува најчесто на усните (слика 52). Повторните јавувања можат да бидат тригерирани од надворешни фактори (на

- пример, УВ-зраци), хормонски варијации или психолошки стрес.
- Имунодефициенцијата е ризик-фактор за појава на инфекции со херпес- вирус.
- Кај инфекциите од HSV кои ја зафаќаат кожата, везикулите обично се јавуваат во густы групи (слика 53,54).
- На кожата на прстите на рацете, HSV може да предизвика болен херпетичен апсцес.
- Херпетична инфекција околу окоото може лесно да предизвика кератитис поради што е потребна консултација со офталмолог.
- Кај atopичните пациенти инфекција со HSV може да предизвика егзема, особено на лицето и на главата (eczema herpeticum) (слики 55).

Примарен генитален херпес

- Може да биде предизвикан од HSV1 и од HSV2, а понекогаш рецидивира како кожна инфекција во пелвичниот и сакралниот регион.
- Неонаталната инфекција со HSV се пренесува на детето во породилниот канал и предизвикува сериозна инфекција со морталитет од 65%. Инкубациониот период е 2-26 дена.

ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ ИНФЕКЦИИ СО HSV

- Обично се базира на клиничката слика.
- Брз метод е детекција на вирус со тест на флуоресцентни антитела (ФА).
- Вирусната култура може да успее ако примерокот е земен во текот на 3 дена по појавувањето на везикулите.
- Серологијата е корисна само кај примарните инфекции.

ТРЕТМАН НА ИНФЕКЦИИ СО HSV

- Антивирусните лекови асусловир, валасусловир¹⁹ или фамсусловир²⁰ може да се користат за терапија. Овие лекови ја спречуваат вирусната репликација, но не се штетни за клетките на човекот.
- Тераписката ефикасност на топичните форми (крем/маст) е ниска (асусловир, репсусловир); меѓутоа, овие препарати ја редуцираат болката и печењето и се корисни кај благи рецидивантни инфекции (на пример машки генитални инфекции).
- Кај тешки случаи лековите се даваат орално: асусловир 200 mg x 5, валасусловир 500 mg x 2 или фамсусловир 125 mg x 2 во текот на 5 дена.
- Профилактичка терапија би требало да се применува само ако инфекцијата рецидивира 1-2 пати месечно. За профилакса дозите на асусловир се 400 mg x 2, а на валасусловир 250 mg x 2 или 500 mg x 1.

Erythema multiforme

- Рецидивантниот херпес е една од најчестите причини за erythema multiforme. Во другите причини спаѓаат, на пример, медикаменти и различни вирусни инфекции.
- Предилекциони места за мултиформниот еритем се екстензорните површини и тој типично се појавува 1-2 недели по херпетична инфекција (слики 56).
- Оралните стероиди ги намалуваат клиничките симптоми.

¹⁹ Недостапно во Р. Македонија

²⁰ Недостапно Р. Македонија

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00932 (013.018), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 7.6.2002, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 година

ХЕРПЕС ЗОСТЕР

- Основни правила
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Антивирусни лекови
- Заразност и потреба од изолација
- Постхерпетична невралгија
- Референци
- Слики 57-59

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Дијагнозата на херпес зостер пожелно е да се постави во раниот стадиум од болеста со цел да се избегнат непотребните дијагностички истражувања.
- Започни веднаш со антивирусни лекови кај имunosупримираните пациенти и кај локализација на промените во тригеминалната регија.
- Третирај ги и другите пациенти со антивирусни лекови ако клиничката слика е тешка и ако не поминале повеќе од 3 дена од појавувањето на кожните промени. Кај имunosупримираните пациенти антивирусните лекови би требало да се започнат и во случај да поминало и повеќе време.

ЕТИОЛОГИЈА

- Херпес зостер е предизвикан од varicella-zoster вирус кој останал во параспинални-те ганглии по инфекција со варицела. Не е вообичаено негово повторно јавување.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Линеарно распоредени везикули и були, ограничени на едната страна од средната линија, со најчеста локализација на трупот или на лицето (слики 57, 58), а поретко на екстремитетите.
- Локалната болка може да се јави неколку дена пред појавата на кожните промени.
- Имај го на ум херпес зостер во диференцијалната дијагноза на градна болка и преледај ја кожата на пациентот.
- Ако пациентот има треска и ако лезиите не се сместени на еден или два дерма-

томи на едната страна од телото, причината може да е примарна инфекција со херпес симплекс.

АНТИВИРУСНИ ЛЕКОВИ

Ефектот на антивирусни лекови на херпес зостер

Антивирусната терапија започната рано:

- го скратува траењето на болеста;
- го спречува ширењето на кожните промени;
- ја намалува болката во акутната фаза;
- ја редуцира потребата од аналгетици;
- го редуцира бројот на очни компликации;
- веројатно ја спречува и ја намалува постхерпетичната невралгија (ннд-В).

Апсолутни индикации

- Пациенти кои се имunosупримираны поради следниве болести или лекови би требало секогаш да се третираат со антивирусни лекови:
 - депресија на коскена срцевина (леукемија, гранулоцитопенија);
 - имунодефициенција;
 - AIDS или HIV носители;
 - која било тешка системска болест;
 - лошо контролиран дијабетес;
 - терапија со антинеопластични лекови;
 - континуирана орална терапија со кортикостероиди.
- Херпес зостер во тригеминалната регија би требало секогаш да се третира поради ризик од очни компликации.
 - Постои ризик во случај кожните промени да се локализира на едната страна од носот (слика 59).
 - Ако окото е јасно црвено, осетот на корнејата е намален кога се тестира со памучно-волнена сонда или ако видната острина е намалена (можен иридоциклитис) пациентот би требало да се упати кај офталмолог. Упатувањето не би требало да го одложи започнувањето на антивирусните лекови.

Релативни индикации

- На лицата постари од 60 години често им е потребна антивирусна терапија, бидејќи клиничкиот тек е потешок.
- Помладите пациенти се третираат со антивирусни лекови ако болеста е со тешка клиничка слика и бара хоспитализација.

Дозирање

- Acyclovir 800 mg x 5 x 7 перорално
- Famcyclovir²¹ 250 mg x 3 x 7 или 500 mg x 2 x 7 перорално
- Ефективен агенс е пенсисцикловир²²

²¹ Недостапно во Р. Македонија

²² Недостапно во Р. Македонија

- Valacyclovir²³ 1 g x 3 x 7 перорално
- Valacyclovir се метаболизира во acyclovir и valine во гастроинтестиналниот тракт.
- Апсорпцијата му е подобра од онаа на acyclovir-от.
- Имуносупримираните пациенти би требало да се третираат интравенски со acyclovir.
- Локалните кремове acyclovir имаат ограничена ефикасност во третманот на херпес зостер.

Несакани ефекти

- Acyclovir, famcyclovir и valacyclovir добро се поднесуваат. Сериозните несакани ефекти се ретки, но некои пациенти може да имаат:
 - гастроинтестинални симптоми,
 - кожен исип,
 - главоболка,
 - транзиторни покачувања на концентрациите на хепаталните трансаминази.

ЗАРАЗНОСТ И ПОТРЕБА ЗА ИЗОЛАЦИЈА

- Вирусот varicella-zoster може да се пренесе за време на везикулозната фаза.
- Пациентот би требало да избегнува контакт со деца кои се под терапија со анти-неопластични лекови, бидејќи последиците од херпес-инфекција може да бидат сериозни за нив. Ако веќе настанал контакт, детето треба да прими зостер-хипемунглобулин.

ПОСТХЕРПЕТИЧНА НЕВРАЛГИЈА

- Речиси сите пациенти имаат болка или хиперестезија на кожата по исчезнувањето на кожните промени. Кај повозрасните, невралгијата може да трае со години.
- Антивирусниот третман даден во акутната фаза ја спречува и ја намалува постхерпетичната невралгија (**ннд-А**).
- НСАИД се лекови кои први се даваат кај постхерпетичната болка. Ако тие не се ефикасни, трицикличните антидепресиви (на пример amitriptyline 25-50 mg x 1 на-вечер) треба да се препишат на пациенти чија кожа е осетлива на допир со алишта (хиперестезија) или кои имаат континуирана болка (**ннд-А**).
- Carbamazepine може да се препише кај сензации на убудна болка. Иницијалната доза е 100 mg x 2. Дозата може да се зголеми на 200 mg x 3 за време на 2 недели. Ако не се постигне никаков одговор по една недела на терапијата со цела доза, лекот би требало да се прекине.

РЕФЕРЕНЦИ

1. McGill JI, White JE. Acyclovir and post-herpetic neuralgia and ocular involvement. Br Med J 1994;309:1124
2. Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia—pathogenesis, treatment, and prevention. N Engl J Med 1996;335:32-42
3. Wood MJ, Ogan PH, McKendrick MW, Care CD, McGill JI, Webb EM. Efficacy of Oral Acyclovir Treatment of Acute Herpes Zoster. Am J Med 1988;85(suppl 2A):79-83

4. Huff JC, Bean B, Balfour Jr HH, Laskin OL, Connor JD, Corey L, Bryson YJ, McGuirt P. Therapy of Herpes Zoster with Oral Acyclovir. Am J Med 1988;85(suppl 2A):84-89
 5. Morton P, Thomson AN. Oral acyclovir in the treatment of herpes zoster in general practice. New Zealand Med J 1989;102:93-95
 6. Lancaster T, Silagy C, Gray S. Primary care management of acute herpes zoster: systematic review of evidence from randomized controlled trials. British Journal of General Practice 1995;45:39-45
 7. Jackson JL, Gibbons R, Meyer G, Inouye L. The effect of treating herpes zoster with oral acyclovir in preventing postherpetic neuralgia: a meta-analysis. Arch Intern Med 1997;157:909-912
 8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978103. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 9. Tyring S, Barbarash RA, Nahlik JE, Cunningham A, Marley J, Heng M, Jones T, Rea T, Boon R, Saltzman R. Famciclovir for the treatment of acute herpes zoster: effects on acute disease and postherpetic neuralgia. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Annals Of Internal Medicine 1995;123:89-96
 10. Volmink J, Lancaster T, Gray S, Silagy C. 1996. Treatments for postherpetic neuralgia: a systematic review of randomized controlled trials. Family Practice 1996;13:84-91
 11. Jaakko Karvonen, Article ID: ebm00017 (001.041), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 7.6.2002, <http://www.ebm-guidelines.com>
 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
 3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 година

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

- ▶ Основно правило
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Дијагностика
- ▶ Терапија
- ▶ Компликации
- ▶ Индикации за специјалистичка консултација
- ▶ Референци
- ▶ Слика 60

ОСНОВНО ПРАВИЛО

- Лезиите исчезнуваат спонтано без терапија. Ако детето има само неколку папули и соработува, заздравувањето може да се забрза по механички пат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Molluscum contagiosum е вообичаен кај деца, посебно кај оние со atopична сува кожа (слика 60). Очигледно развојот на специфичниот имунитет го превенира пов-

торното појавување.

- Нема причина да се ограничат контактите со други деца поради еден вообичаен вирус и детето нормално може да посетува градинка или училиште.
- Понекогаш се појавуваат папули кај возрасни. Појавата на многубројни папули може да биде знак за имунодефициенција (на пример HIV инфекција).

ДИЈАГНОСТИКА

- Типичните лезии се претставени како мали папули (неколку mm) со вдлабнување во центарот кои не предизвикуваат никакви проблеми што се однесува на диференцијалната дијагноза, особено кога се во голем број.
- Во многу раниот стадиум може да отсуствуваат типични карактеристики, така што тешко може да се идентифицира солитарна папула. Кај возрасен пациент може да личи на ран базоцелуларен карцином или на хиперплазија на себацеалните жлезди.

ТЕРАПИЈА

- Активниот третман на првите неколку папули може да го стопира ширењето на болеста. Наједноставен третман е кинење на папулата со специјален форцепс, игла или кирета. Кај исплашени деца, 20-30 минути пред процедурата се аплицира крем lidocaine/prilocaine кој обезбедува адекватна анестезија. Негова апликација на поголеми површини на кожата не се препорачува.
- Криотерапијата со течен азот е ефикасна, но не и безболна.
- Ако механичкиот третман кај дете не може да се спроведе без настојување, подобро да се чека на спонтано оздравување.
- Кај возрасни адекватен е третманот киретажа без анестезија. Треба да се внимава на можноста за HIV- инфекција.
- Општа анестезија не е индицирана за третман на лезиите. Терапија на atopична егзема со кортикостероиди и емолиенти со истовремена појава на лезии на molluscum contagiosum не го компромитира заздравувањето на лезиите и наедно му помага на пациентот.

КОМПЛИКАЦИИ

- Ако лезиите се иритираат и околу нив се развие егзема, веројатна причина е појавата на имун одговор, а не бактериска инфекција.
- Ако се развие пиодермија, треба да се третира со антибиотици. Во практика ретко се гледа вистинска пиодермија.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Не постои реална индикација за специјалистичка консултација. Општиот доктор може да ги третира сите лезии.

РЕФЕРЕНЦИ

1. de Waard van der Spek FB, Oranje AP, Lillieborg S, Hop WC, Stolz E. Treatment of molluscum contagiosum using a lidocaine/prilocaine cream (EMLA) for analgesia. J Am

Acad Dermatol 1990;23:685-8

2. Pekka Autio, Article ID: ebm00277 (013.031), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2008 година

БРАДАВИЦИ (VERRUCA VULGARIS)

- ▶ Цели
- ▶ Општо
- ▶ Дијагноза
- ▶ Превенција
- ▶ Конзервативна терапија
- ▶ Механичко отстранување, електрокаутеризација и криотерапија
- ▶ Индикации за специјалистичка консултација
- ▶ Слики 61-64

ЦЕЛИ

- Конзервативната терапија или спонтаното оздравување дава најдобар козметички резултат. Поради тоа што брадавицата е епидермален вирусен тумор, нејзината терапија не смее да го уништи дермисот. Да се избегнуваат операции кои водат кон формирање цикатрикси.

ОПШТО

- Брадавиците предизвикани од Papilloma вируси се јавуваат кај сите возрасни групи. Деталите за нивната епидемиологија се малку познати.
- Не постојат податоци кои сугерираат мерки за избегнувањето на инфекциите предизвикани од Papilloma-вирусите. Не треба да се поставуваат ограничувања кај пациентот.
- Брадавиците не се преканцерозни лезии (со исклучок на гениталните брадавици).

ДИЈАГНОЗА

- Елевирани (филиформни) брадавици се појавуваат на лицето.
- На екстремитетите брадавиците се само лесно елевирани и нивната површина е често испукана со фисури (слики 61, 62).
- Во нокотната кутикула и делумно на табаните и петиците, брадавиците се во облик на рамен мозаик (слики 63, 64).
- На табаните тие ги притискаат длабоките структури и се болни. Често околу плантарните брадавици се развива клавус. Дијагнозата на брадавицата клинички се потврдува со точкести крвавења кои се добиваат по сечење на брадавицата хори-

зонтално со скалпел или со одлупување од подлогата.

- Младите лица може да имаат рамни брадавици (*Verruca plana*) на дорзалната страна на дланките и на лицето.
- Хируршка ексцизија за добивање биопсија е неопходна само ако дијагнозата не е јасна. Трауматизирана хеморагична плантарна брадавица може тешко да се диференцира од малигни меланом.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Нема податоци за ефектите на превентивните мерки. Пациентот не треба да се оптоварува со непотребни "совети".

КОНЗЕРВАТИВНА ТЕРАПИЈА

- Ленти од 40% салицилна киселина (**ннд-В**) се лек од прв избор.
 - Пред апликација на медикаментот, важно е да се изврши потопување (а може и без тоа) и одлупување на брадавицата.
 - По сушење на медикаментот на брадавицата може да се покрие со хидроколлоидна лепенка.
 - Терапискиот одговор е бавен. Не треба да се закажува контролна посета помалку од два месеца.
- Болката од плантарните брадавици се намалува откако брадавиците се истанчуваат по спроведената терапија.
- За рамните брадавици најдобро е да се чека; агресивна терапија може да доведе до ширење на брадавиците. Топичен tretinoin во облик на крем може да се користи во зависност од толеранцијата на кожата.
- Се смета дека Imiquimod²⁴ е ефикасен во терапијата на обичните брадавици.

МЕХАНИЧКО ОТСТРАНУВАЊЕ, ЕЛЕКТРОКАУТЕРИЗАЦИЈА И КРИОТЕРАПИЈА

- Брадавиците на лицето може да се отстранат со кирета дури и без локална анестезија, со добар козметички ефект. Операцијата предизвикува помалку крвавење ако прво се врши електрокаутеризација на брадавицата (без анестезија).
- Употребата на локален анестетик носи ризик за подлабока каутеризација, што резултира со појава на цикатрикс.
- Обичните брадавици на екстремитетите може да се отстранат со електрокаутеризација без анестезија.
- Неопходна е пролонгирана терапија за плантарните брадавици на стопалата. Ако пациентот не е подготвен за конзервативен третман, неопходна е активна терапија со киретажа на брадавиците по локална анестезија и внимателна каутеризација на нивната база. Сепак, постои ризик од појава на цикатрикси, дури и келоиди. Хируршка ексцизија не се препорачува поради ризикот од развој на келоиди и честа појава на рецидиви во оперативниот цикатрикс.
- Смрзнувањето со течен азот дава добри резултати. Ефикасното смрзнување на стопалото е болно и е потребна локална анестезија. Сепак, болката е помала од таа кај ласерскиот третман и смрзнувањето е поевтино.

- Терапијата со CO₂ ласер²⁵ е скапа и резултатите не се драматично подобри од другите тераписки модалитети. Употребата на овој ласер е оправдана кај плантарните брадавици кои се резистентни на друг вид терапија.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Индикациите за специјалистичка консултација не се само медицински, тука игра улога и толеранцијата на пациентот и на лекарот.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Autio, Article ID: ebm00276 (013.030), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години

3. Предвидено следно ажурирање до август 2007 година

ЕХАНТЕМА SUBITUM

- ▶ Основни правила
- ▶ Етиологија
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Треба да се исклучат сите други сериозни заболувања кои се асоцирани со треска.

ЕТИОЛОГИЈА

- Човечки херпес-вирус (HHV) 6 и 71,2

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Засегнати се децата од 6 месеци до 2 години. Инфекцијата веројатно се шири кога бебето се држи в раце.
- Болеста започнува со треска која трае 3-5 дена, потоа се појавува црвенило. Кај мал процент црвенилото започнува (кај децата) за времетраење на треската, а кај поголемиот процент има интервал од 1 ден помеѓу треската и црвенилото. Црвенилото трае од неколку часа до неколку дена.
- Одделно мали црвени макули или макулопапуларни лезии почнуваат да се шират околу увото и продолжуваат на лицето, вратот и телото.
- Други наоди се конјунктивитис, оток на очните капаци или точкести папули на уву-

лата и непцето, лимфаденопатија на вратот и на окципитално

- Само малку од децата со HHV-инфекција развиваат типична exanthema subitum. Во повеќе случаи инфекцијата се манифестира во силна треска без очигледни локализирачки симптоми.
- Најважните компликации од инфекцијата се постпородилни конвулзии кои се јавуваат кај 10-15% новороденчиња.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Види го делот за деца со треска без локализирани симптоми.
- Потребен е примерок од урина за да се исклучи пиелонефритис.
- Ниската концентрација на CRP означува дека ќе се совлада бактериската инфекција ако болеста трае повеќе од 12 часа.
- Кај exanthema subitum вредностите на CRP не се покачени, за разлика од септичната инфекција каде што тие често се покачени.
- Ако општата состојба на детето е добра при првиот преглед, не е потребно одредување на CRP.
- Детето прима течности.
- Нема болка на палпација.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Yamanishi K, Shiraki K, Kondo T, ym. Identification of human herpesvirus-6 as a causal agent for exanthema subitum. Lancet 1988;1:1065-1067
2. Kimberlin D. Human herpesviruses 6 and 7: identification of newly recognized viral pathogens and their association with human disease. Pediatr Infect Dis J 1998;17:59-68
3. Editors, Article ID: ebm00609 (031.054), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 23.6.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до 23.6.2006 година**

ПАРАЗИТНИ
ЗАБОЛУВАЊА И
ЗАБОЛУВАЊА ОД
ПРОТОЗОИ

ВОШЛИВОСТ НА ГЛАВАТА И ПУБИЧНИ ВОШКИ

- ▶ **Симптоми**
- ▶ **Дијагноза**
- ▶ **Третман**
- ▶ **Референци**

СИМПТОМИ

- Јадеж и црвени папули на скалпот и пубичната регија.
- Секундарна пиодермија често се развива на скалпот, а лимфните јазли во нухалната регија се зголемуваат.
- Пубичните вошки прават црвени убудни дамки кои предизвикуваат силен јадеж во гениталната регија.
- Кај децата пубични вошки од родителите може да се најдат на трепките, и може да има нејасни синкави макули на трупот ("maculae coeruleae").

ДИЈАГНОЗА

- Гниди (јајца на вошка) се гледаат на косата и на пубичните влакна. Гнидите може да останат на косата со месеци, поради што само гниди што се наоѓаат на растојание помалку од 6 mm од скалпот се сигурен знак за живи паразити (влакната растат приближно 1mm на месец). Гнидите најдобро се наоѓаат со чешел за вошки.
- Гниди на пубична вошка, исто така, типично се јавуваат на влакната на предниот торакс и на трепките.
- Не мешај го првотот со гниди. Гнидата не се лизга, туку е силно прицврстена за влакното, за разлика од првотот.
- Кај децата дијагнозата пубични вошки може да се базира на maculae coeruleae и гниди на трепките.

ТРЕТМАН

- Апликација на permethrin (**ннд-А**) шампон според упатствата во пакувањето.
- Ако тој не е ефективен, може да се користи шампон или раствор на malathion.
- Гнидите би требало да се отстрануваат со чешел за вошки (растојание меѓу запците 0,2-0,3 mm) почнувајќи од самит корен на влакното. Други чешли и четки за коса се измиваат со гореспомнатите шампони.
- Целата заедница би требало да е претпазлива за овој проблем во центрите за дневна грижа и во училиштата.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Vander Stichele RH, Dezeure EM, Bogaert MG. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head and face. BMJ 1995;311:604-608
2. Dodd CS. Interventions for treating head and face. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001165. In: The Cochrane Library,

- Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
3. Vander Stichele RH, Dezeure EM, Bogaert MG. Systematic review of clinical efficacy of topical treatment of head and face. *BMJ* 1995;311:604-608
 4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-952233. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 5. Roberts R. Head and face. *N Engl J Med* 2002;346:1645-1650
 6. Pekka Autio, Article ID: ebm00270 (013.041), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 21.6.2003** <http://www.ebm-guidelines.com>,
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година**

ШУГА

- ▶ Основни правила
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Терапија
- ▶ Референци
- ▶ Слики 65-68

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Терапијата кај одделни случаи може да направи проблем и поради тоа е важна вистинска дијагноза.
- Шугата лесно се пренесува, важно е да се лекуваат сите членови на семејството, не само оние со симптоми.
- Облеката и постелината мора да се исперат, односно извријат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Шугата не е полово пренослива болест, но спиењето на иста постела е чест извор на инфекција.
- Шугата може да се пренесе и со краток контакт, дури и при лекарски преглед.

СИМПТОМИ

- Јадеж, особено навечер и во текот на ноќта, особено на стомакот, дебелиите меса, рачните зглобови и меѓу прстите.
- Симптомите се јавуваат неколку недели по инокулацијата. Кај реинфекцијата латентниот период е пократок.

ДИЈАГНОЗА

- Досаден јадеж.
- На кожата се гледаат папули, везикули и знаци на чешање (слики 65, 66). Кај возрасни лицето не е зафатено (со исклучок на пациенти со ментална ретардација или имуносупримирани, кои ретко имаат генерализирана шуга).
- Оплодената женка копа интраепидермални канали и таму ги положува јајцата. Тие се гледаат во пределот на рачниот зглоб, меѓу прстите (слики 67, 68) и кај децата на дланките и на стапалата. За три недели од јајцата се развиваат ларви и на крај полово зрели паразити кои може лесно да се извадат од каналите и користејќи светлосен микроскоп да се идентификуваат.
- Кај мажи, во гениталната регија појавата на јадеж и еритематозни папули сугерира скабиес.
- Не заборавај, преглед на рачните зглобови и помеѓу прстите кај мајката чие дете е со суспектен скабиес.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Везикулите може да потсетуваат на оние кај егзема.
- Фоликулитисот може да потсетува на скабиес. Типичната локализација на лезиите и јавувањето симптоми кај други лица кои живеат во иста куќа, сугерира скабиес.

ТЕРАПИЈА

- Permethrin крем е безбедна терапија за скабиес (**ннд-А**).
- Кремот се мачка по целото тело, вклучувајќи ги полињата околу прстите и гениталиите. Лекот треба да се измие по 8-15 часа. Рацете не треба да се мијат за време на терапијата или кремот може да се аплицира по миене. Една тераписка кура можеби е доволна, но терапискиот одговор ќе се зголеми со повторувањето на терапијата по една недела. Терапијата мора да се спроведе истовремено кај сите членови на семејството, без разлика на симптомите.
- По терапијата, подолго од еден месец, пациентот може да се жали на пруритични палули. Состојбата не бара терапија сè додека не се откријат грињите (паразитите). Јадежот и секундарниот дерматит може да бидат третирани со благи кортикостероиди и chlohexidin крем, а посилни кортикостероиди може да се аплицираат на солитарните папули.
- Не ретко погрешна дијагноза или две коегзистирачки болести се причина за слаб тераписки одговор.
- Кај тераписки резистентните случаи треба да се консултира дерматолог.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Walker GJA, Johnstone PW. Treating scabies. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000320. In: The Cochrane Library, Issue 2. 2000rd: Update Software; 1998. Updated quarterly
2. Brown S, 2002er J, Bady W. Treatment of ectoparasitic infections: review of the English-language literature, 1982-1992. Clin Infect Dis 1995;20(suppl 1):pp. 104-109
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950852. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
4. Pekka Autio, Article ID: ebm00269 (013.040), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

5. EBM Guidelines, 19.2.2003 <http://www.ebm-guidelines.com>,
6. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
7. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

УБОДИ И КАСНУВАЊА ОД ИНСЕКТИ

- ▶ Компликации од убод и каснувања
- ▶ Diptera (комарци и муви)
- ▶ Hymenoptera
- ▶ Вошка (anoplura)
- ▶ Тавтабити (cimicidae)
- ▶ Болви
- ▶ Крлежи
- ▶ Пајаци
- ▶ Терапија при појава на реакции предизвикани од каснување од инсект
- ▶ Референци
- ▶ Слики 69

КОМПЛИКАЦИИ ПРЕДИЗВИКАНИ ОД КАСНУВАЊА И УБОДИ

- Убод од Hymenoptera може да предизвика анафилактична реакција.
- Крлежи пренесуваат борелиоза и енцефалитис.
- Комарците ја шираат маларијата, туларемијата и заболувањето од арбо- вирус (Alphavirus, Flavivirus и Bunyavirus) со потенцијално опасни последици (серозен енцефалитис).

ДИПТЕРА (КОМАРЦИ И МУВИ)

Комарци

- Убодот од комарец предизвикува папула која брзо настанува и е слична на уртикарија речиси секогаш спонтано исчезнува, но може и да резултира во долгорочна папула што чеша кај сензибилизирани лица. Во медитеранската област наесен комарците може да предизвикаат големи папули, дури и везикули.

Црна мува (Simuliide)

- Црните муви може да касаат под облеката. Многумина може да имаат реакција проследена со папули која трае и неколку недели. Некои луѓе стануваат алергични на црни муви и може да имаат локална едемна реакција.

Culicoides

- Sulcoides е помал од црна мува и се наоѓа во големите мочуришта. Тие пенетрираат низ мрежите за комарци и може да боцкаат под покривките.

Lipoptena cervi

- Може да предизвика изолирани папули посебно на вратот кои перзистираат неколку месеци.
- Предизвикува проблеми во лето.
- Често во Источна Европа. Инсектицидите не се ефикасни.

Коњски муви (Tabanide)

- Убодот од коњска мува често предизвикува голема натечена папула со водена точка во средината.

HYMENOPTERA

- Овие инсекти ги предизвикуваат најопасните алергиски реакции.
- Некогаш алергиската реакција е смртоносна.
- Убодот од пчела (медарка) или бумбар веднаш предизвикува силна болка и оток на местото на убодот.
- Сензибилизацијата на отровот од hymenoptera годишно дава многу анафилактични реакции.

ВОШКА (ANOPLURA)

- Епидемии со вошки на главата се јавуваат во училишта или во градинките.
- Телесните вошки се јавуваат кај бездомни лица.
- Телесните вошки се наоѓаат во рабовите на облеката.
- Редовното перење на облеката во машина за перење е доволно за стерилизација на облеката.

КРЕВЕТСКИ ВОШКИ - ТАВТАБИТИ (CIMICIDAE)

- Ги има во стари нечисти згради.
- Цицаат крв ноќно време, предизвикувајќи папули на кожата.

БОЛВИ

- Болвите што ги носат птиците и стаорците, исто така, ги касаат и луѓето. Болвите кај луѓето, кучињата и мачките се јавуваат многу ретко.
- Најчесто симптомите се јавуваат напролет кога луѓето се надвор во природа (ги чистат гнездата од птици, кога ги посетуваат викенд-куќите).
- Предизвикуваат цврста папула која силно чеша со знак од убод во средината, најчесто група од неколку убоди (слики 69).
- Често предизвикуваат папуларна уртикарија кај децата во летниот период.
- Обично пациентот не знае што го предизвикало исипот.

ЛАРВИ

- Ларвите од некои видови молци (Lepidoptera) предизвикуваат токсична и алергична реакција.

КРЛЕЖИ

- *Ixodes ricinus* ја пренесува борелиозата и вирусниот енцефалитис предизвикан од *Kumlinge tick - borne encefalitis Uukniemi* вирус.
- Најдобра заштита е носење високи чизми и панталони при прошетка во природа (крлежите се наоѓаат во тревата, а не на дрвјата).
- Птичјите, кучешките и мачешките крлжеи често предизвикуваат групи на папули кои чешаат, локализирани на екстремитетите и на трупот, на региите кои се покриени со облека. Во средината на папулата се наоѓа знак од каснувањето.

ПАЈАЦИ

- Убодот на европскиот градинарски пајак (*Araneus diadematus*) може да биде болен.
- Убодот од големиот птичји пајак не е опасен.

ТЕРАПИЈА НА РЕАКЦИИ ПРЕДЕИЗВИКАНИ ОД УБОДИ ОД ИНСЕКТИ

Убоди од *Hymenoptera*

- Откако пчелата ќе боцне, боцката и отровот остануваат во кожата. Боцката се отстранува колку што е можно побргу, најдобро за две секунди. Откако пчелата ќе се отстрани од кожата, останува меурчето со отров кој продолжува да го впрскува отровот внатре со помош на мускулите за меурчето.
- За убодите од *hymenoptera* добра прва помош е ладна компреса. Лицата кои биле боцнати неколку пати треба да се следат еден час во случај да се развијат системски знаци.

Силни анафилактични реакции

- Пациентот треба да избегнува изложување и да носи постојано инекција адреналин. Ако пациентот стави адреналинска инекција, треба да се даде 50мг. преднизалон. За прва помош види кај анафилактичен шок.
- Консултирајте дерматолог или алерголог секогаш кога вашиот пациент ќе пријави отекување предизвикано од убод кое не е лимитирано само на местото на убод, проследено со диспнеја или колапс. Може да се употреби терапијата за десензибилизација, но тоа не е рутинско решение. Терапијата има свои ризици, не се знае колку долго треба да трае, скапа е.

Други убоди и каснатини

- Кај блага локална реакција *hydrocortison* во облик на крем е доволна. Понекогаш секундарната бактериска инфекција бара третман. Едемот што го блокира окото не бара веднаш третман со стероиди и друга терапија.
- Антихистаминиците земени пред експозиција може да ги намалат симптомите.
- Посилни реакции бараат и стероиден третман неколку дена, на пример преднизолон 30 mg/ден.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID:emb00922(013.042),© 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 29.8.2002 <http://www.ebm-guidelines.com>,
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2007 година

ШИСТОЗОМИЈАЛЕН ДЕРМАТИТИС

- Предизвикувачки агенс и извор на инфекција
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Превенција
- Референци

ПРЕДИЗВИКУВАЧКИ АГЕНС И ИЗВОР НА ИНФЕКЦИЈА

- Шистозомијалниот дерматитис е предизвикан од паразит (црв) на кој приморските птици му служат како основен домаќин и како интермедијарен домаќин.
- Луѓето не можат да му послужат како домаќин, но паразитот може да пенетрира во кожата и да предизвика хиперсензитивна реакција.

СИМПТОМИ

- Папуларен исип кој чеша особено на стапалата (по прегазување преку река).

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на типичната хистолошка слика.
- Паразитите понекогаш се откриваат од папула преку микроскопија.
- Серолошки тестови не се достапни.

ТРЕТМАН

- Чешањето може да се намали со маст и орални антихистаминици. Заболувањето спонтано поминува.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Сушење на кожата веднаш по пливањето.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00023 (001.050), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 1.6.2001 <http://www.ebm-guidelines.com>,
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 година

АЛЕРГИСКИ БОЛЕСТИ НА КОЖАТА

УРТИКАРИЈА

- ▶ Цели
- ▶ Симптоми и знаци
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Акутна уртикарија (траење < 3 месеци)
- ▶ Рекурентна акутна уртикарија
- ▶ Хронична уртикарија (траење > 3 месеци)
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритми 1,2
- ▶ Слики 70

ЦЕЛИ

- Дијагнозата е клиничка-избегни непотребни испитувања.
- Идентифицирај различни форми на уртикарија и најди преципитирачки фактори.
- Третирај ги симптомите на пациентот ефективно.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Кожните лезии често се бледо-црвени или бели уртики. Може да има еритем на околната кожа (слика 9).
- Може да има значителен јадеж. Знаците од чешање се ретки.
- Големината на лезиите варира од 1 mm до големи конфлуентни уртики.
- Уртиките често покриваат големи површини од кожата.
- Поединечните лезии исчезнуваат во текот на 24 часа.
- Еден пациент од тројца има Quinke-ов едем.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Знаци кои сугерираат друга болест

- Лезиите оставаат знак, на пример благи екхимози или пурпура.
- Поединечната лезија останува на местото повеќе од 24 часа.
- На пример, следниве болести би требало да се земат предвид во такви случаи: егзантеми, erythema multiforme, erythema nodosum, erythema fixum и urticaria vasculitis.

Болести што би требало да се земат предвид во диференцијалната дијагноза

- **Ангионевротски едем** (Quinke-ов едем) (слика 70): едем на усните, очните капаци, дланките, итн. Траењето на лезиите е 1-3 дена. Болеста се јавува сама или истовремено со уртикарија.
- **Strophulus** или urticaria papulosa. Траењето на лезиите е неколку дена, дури и

неколку недели. Антихистамините не помагаат.

- **Urticaria vasculitis.** Траењето на уртиките е 1-3 дена. Антихистамините не помагаат.

АКУТНА УРТИКАРИЈА (ТРАЕЊЕ <3 МЕСЕЦИ)

- Најголемиот број акутни уртикарии се асоцирани со инфекции, иако етиолошката поврзаност останува недокажана. Лековите употребени за инфекцијата често се обвинуваат, иако тие обично не се причински фактор.
- Ако уртикаријата почнува за време на лекувањето, повторно разгледај ја потребата за лек.
 - Дали болеста што барала лекување веќе е излечена?
 - Дали терапијата беше дадена за нејасна индикација, како што е пролонгирана кашлица?
 - Смени го лекот ако е индициран понатамошен третман.
- Провокациски тестови се потребни за да се докаже лекот како причина за уртикарија. Провокациски тестови со лекови се изведуваат во болница само откако пациентот закрепнал комплетно.
- Кај уртикаријата предизвикана од пеницилин, RAST-тестот често е позитивен. Позитивната реакција обично исчезнува во текот на една година по реакцијата.

Третман

- Антихистаминик или комбинација на антихистаминик-вазоконстриктор перорално во нормални дози се додека трае уртикаријата.
- Адреналин (1:1.000) 0,5 mg субкутано за едем на устата, фарингсот или дишните патишта, или за потешки системски симптоми.
- Кај исклучително тешка уртикарија единствена доза на преднисолоне од 40-60 mg може да се даде перорално.
- Кај некои пациенти може да биде индицирано боледување.
- Ретко е неопходна хоспитализација, но понекогаш е индицирано неколкучасовно следење.

Рекурентна акутна уртикарија

- Рекурентните уртикарии се јавуваат на интервали од години или месеци за време на инфекции или независно од нив. Наоѓањето на причината е исклучително и испитувањата се обично без резултат.
- Акутните атаки на уртикарија и анафилакса може понекогаш да бидат причинети од комбиниран ефект на жито или друга алергија на храна и напор. Тие може, исто така, да бидат причинети од комбиниран ефект на инфекција и напор (особено кога се асоцирани со мамурлак).
- Уртикаријата може, исто така, да биде причинета со контакт со, на пример, животињска плунка, латекс или семена течност.

Испитувања

- Не се потребни никакви испитувања кај акутна уртикарија.
- Кај рекурентна акутна уртикарија пациентот може да биде упатен на специјалист.

ХРОНИЧНА УРТИКАРИЈА (ТРАЕЊЕ >3 МЕСЕЦИ)

- Хроничната уртикарија понекогаш е асоцирана со инфекции, алергии, лекови или други болести.
 - Идентифицирај инфективен фокус, алергии итн. зависно од случајот.
 - Отстрани го/справи се со причинскиот фактор.
 - Идиопатска хронична уртикарија.
 - Симптомите често се преку ден.
 - Не е најдена јасна причина.
 - Кој било антихистаминик може да се користи како третман.
- Автоимуна уртикарија.
 - Симптомите се јавуваат дење, како кај идиопатска уртикарија.
 - Симптомите се тешки и пациентот дава слаб одговор на антихистаминици.
 - Уртики кои перзистираат подолго од 24 часа, потсетуваат на urticaria vasculitis.
 - Интрадермалниот тест со сопствениот серум на пациентот е позитивен.
 - Терапијата со имуноглобулини често е ефикасна
 - Упати го до специјалист.
- Dermographismus (urticaria factitia) (слика 3)
 - Вирусната инфекција често е тригерирачки фактор.
 - Траењето на болеста е обично <1 година кај млади луѓе, 2-4 години кај средовечни луѓе.
 - Кој било антихистаминик што предизвикува помала поспаност може да се препише.
- Локална уртикарија на ладно.
 - Кога изладена кожа повторно ќе се затопли локално се појавува црвенило и оток. Феноменот обично трае неколку години.
 - Дијагнозата се поставува со поставување парче мраз на делот од кожата каде што обично се јавуваат симптоми.
 - Третман: топли алишта. УВБ светлосна терапија (околу 30 пати) обично е корисна. Doxeripin 10 (-25) mg x 1-3 е умерено ефективен.
- Уртикарија од потење
 - Кај младите луѓе силно прurigинозни уртики 1-2 во дијаметар се тригерирани од потење (и возбуда).
 - Траењето на симптомите е <2 часа при секое појавување.
 - Дијагнозата се поставува со "тест на скали": било која вежба која предизвикува потење.
 - Третман: УВБ светлосна терапија, да се избегнува потење.
- Кај Quincke-ов едем (најчесто предизвикан од инхибитори на АКЕ или блокатори на рецептори на ангиотензин, понекогаш и од други лекови) антихистаминиците не помагаат. Кај најголемиот број случаи причината останува неидентифицирана. Ако отокот е јак и вознемирувачки 30-60 mg преднисоне или преднисолоне може да се даде перорално на возрасен. Ако е неопходно, 0,5 mg адреналин (1:1.000) би требало, исто така, да се даде. Пациентот може, исто така, да се третира дома ако симптомите се намалат.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00272 (013.074), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 24.4.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години
3. Предвидено следно ажурирање до април 2006 година

ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ НА ХРАНА И АЛЕРГИИ

- ▶ Епидемиологија
- ▶ Превенција
- ▶ Причини за алергија на храна
- ▶ Анафилактични реакции
- ▶ Симптоми од алергија на храна
- ▶ Дијагностицирање на хиперсензитивност на храна
- ▶ Следење
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

- Хиперсензитивноста на храна вклучува и алергија на храна и интолеранција на храна.
- При алергија на храна, симптомите се во релација со имунолошкиот механизам. Кутаниот prick-тест или тестовите за специфични IgE антитела во серум може да се искористат за детерминирање на имунолошкиот механизам.
- Кај многу доенчиња кои страдале од алергија на, од нутритивен аспект, важна храна (млеко, цералии), таа се јавува и во предучилишна возраст.
- Кај деца од училишна возраст може да се појави алергија на зеленчук и на овошје.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Повеќе од половината родители на деца помали од 2 години, некои од симптомите на децата, ги доведуваат во врска со храната, меѓутоа, повеќето од сомненијата за алергија се намалуваат со текот на времето.
- При анкетирање на училишни деца 24% изјавуваат дека се или биле алергични на храна во некој период.

ПРЕВЕНЦИЈА

- За да се превенираат алергии, ризичните групи би трбало да бидат веродостојно идентификувани, а би трбало да бидат достапни и ефикасни превентивни мерки.
- Постојат податоци дека избегнување диета во текот на лактација може да ја одложи појавата на atopична егзема, меѓутоа ова се применува кај високоризичните семејства (ннд-В).
- Избегнување на алергени од храна во текот на бременоста (трет триместар) од

- страна на мајката не превенира атопични манифестации кај доенчињата (**ннд-С**).
- Постојните студии се спроведени кај деца со висок ризик на атопија, додека општата популација не е испитувана.
 - Се препорачува прекин на доењето во период од најмалку 4-6 месеци.
 - Парцијално хидролизирани продукти се ефективни кога доењето не е корисно за високоризичните доенчиња (најмалку еден роднина од прв степен да е со точно дијагностицирана алергија) (**ннд-А**). Овие продукти можеби не се продаваат во сите држави.

ПРИЧИНИ ЗА АЛЕРГИЈА НА ХРАНА

- Во принцип секоја храна може да предизвика алергија. Нема диета што е безбедна во однос на алергиите.
- Ако бебето не јаде одредена супстанција од храната, тоа не може да се сензибилизира на неа. Тоа, исто така, не може да развие толеранција на неа.
- Алергиите на кравјо млеко и цераалии се од нутритивен аспект многу сигнификантни.
- Почесто се забележуваат кај помали деца.
- Поретко по предучилишна возраст.
- Симптомите предизвикани од оваа храна обично се јавуваат во детството, набргу по внесување на храната во детската исхрана.

Алергени кои се однесуваат на поленска алергија од бреза

- Алергените асоцирани со поленска алергија на бреза го вклучуваат следново:
 - Коренест зеленчук: компир, морков, целер, пашканат.
 - Овошје и друг зеленчук: јаболко, круша, праска, киви, слива, манго, домати, блага пиперка.
 - Зачини: сенф, ким, ѓумбир, цимет.
 - Друго: орев, бадем.
- Во многу случаи подготовката на зеленчукот (сечењето, замрзнувањето и особено готвењето) ја отстранува алергеноста, па повеќето од лицата алергични на полен од бреза може да јадат варен зеленчук.
- По предучилишна возраст, избегнувањето на алергени би се базирало на симптомите, а не на резултати од тестови. Благодарение на вкрстени реакции, бројот на лажно-позитивни резултати е висок кај кутаните prick-тестови и РАСТ-тестови и поради тоа не се препорачуваат.

Други алергени

- Кикиритки, соја, школки, јајца, пченица, јачмен, зоб, 'рж, хељда, банани, авокадо.
- Ленено семе, сусам, афион.
- Печурки, особено шитаки.
- Причини за интолеранција (нема алергиски механизам).
 - Јаготки, агруми, чоколадо, домати.
- Алкохолни пијалаци.
- Житни алергени, анасон, бои, метабисулфити, бензоична киселина

АНАФИЛАКТИЧНА РЕАКЦИЈА

- Теоретски може да се јави од секоја храна.
- Кај доенчиња алергични на млеко и јајца.
- Можни алергени кај деца и возрасни: риба, школки, кикиритки, соја, целер, киви, лено семе и сусам.

СИМПТОМИ ОД АЛЕРГИЈА НА ХРАНА

- Типично се манифестираат неколку симптоми: стомачна болка, дијареја, кожни ерупции и др.
- Пронајдено е дека алергијата на храна ги влошува симптомите кај 50-80% од децата со атописка егзема или со тешка егзема евидентирани во болница.
- Атописката егзема може, исто така, да егзацерира од алергени во воздухот: полен од бреза напролет, полен од трева растворен во вода и контакт со домашни миленичиња (егзема на отворените регии).
- Егзема може, исто така, да се јави и на контактните регии (галење куче, лупење компири).
- Од гастроинтестиналните симптоми е уочлива контактната алергија околу устата и усните која се јавува најчесто веднаш по ингестија и е лесно да се поврзе со храна (домати, агруми и јаболка кај оние кои се алергични на полен од бреза).
- Други симптоми кои се јавуваат набргу по ингестирање храна (меки столици, повраќање), исто така, многу лесно можат да се поврзат со алерген, особено ако асоцијацијата се повторува.
- Задочнети гастроинтестинални реакции или влошување на атопичната егзема се многу тешки за поврзување со одредена храна.
- Фреквенцијата на абдоминалниот мотилитет варира значително помеѓу поединците. На пример, кај новородените дефецирање до 10 пати дневно или 1 пат неделно може да биде нормално (под услов дека детето е добро и се развива нормално).
- Сите промени во исхраната може да предизвикаат привремени промени во стомачната функција, како што може и терапијата со антибиотици.

Други симптоми

- Хиперсензитивноста на храна може, исто така, да биде во врска со егзацербација на астма.
- Нема податоци кои ја поддржуваат асоцијацијата помеѓу храната (хиперсензитивност) и мигрена, артритис, циститис или нефритис.

ДИЈАГНОЗА НА ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ НА ХРАНА

- Како основно правило, кожните или крвните тестирања за хиперсензитивност на храна кај постари деца би требало да се избегнуваат сè додека не се јави јако сомнение.
- Дијагнозата може да се базира на тестовите на елиминација и експозиција. За нутритивно важната храна (млеко и пченица кај мали деца) би требало да биде спроведен, повеќе формален, елиминационен тест.
 - Суспектната храна комплетно се елиминира од исхраната (во тек на 1-2 недели).
 - Појавата/губењето на симптомите се забележува во дневникот на симптоми.

- Редуцирање или губење на симптомите ја следат алергијата на храна, но не се од дијагностичко значење. Храната би требало повторно да се внесе (експозиција).
- Повторно се внесува мало количество храна во исхраната и колку што состојбата на детето е асимптоматска, количеството се зголемува постепено до нормалното (приспособено на возраста) количество што се консумира дневно.
- Симптомите обично повторно се појавуваат во текот на следната седмица (дневник на симптоми) по консумирање доволно големи количества.
- Анамнезата открива моментални реакции. Храната којашто е од нутритивен аспект помалку важна не мора да биде тестирана, но може да биде елиминирана од исхраната и повторно внесена во подоцните стадиуми.
- Сомневање за анафилактична реакција предизвикана од храна: внимателна анализа на причинскиот фактор. НИКОГАШ не инструктирајте го пациентот повторно да ја внесува суспектната храна дома.
- Резултатите од кутаните prick-тестови може да се сметаат за прилично веродостојни во докажувањето на вистинска алергија на храна само кај деца.
- Присуството на специфични IgE антитела не е доволно за дијагноза. IgA и IgG антитела се детектираат кај сите и не се од значење за дијагнозата.
- Patch или епикутани тестови. Нивната прикладност за дијагностицирање на алергија на храна бара пошироки, понатамошни истражувања. Досега вакви тестирања биле испитувани кај селектирани пациенти во специјалистички услови.

СЛЕДЕЊЕ

- Специфични примероци од храна кои не се важни од нутритивен аспект можат да бидат елиминирани кога врската помеѓу симптомите и храната е јасна. Формални тестови не е неопходно да се направат (елиминација и експозиција може да се прават дома додека се води дневник на симптоми).
- Индикации за специјалистичка заштита.
 - Доенчиња со распространета егзема или влошување на симптомите.
 - Доенчиња со тешки или комплицирани симптоми, каде што и родителите се уверени дека станува збор за алергија на храна.
 - Забавување на растот.
 - Ограничување на опасните прехранбени артикли од страна на родителите.
 - Постарите деца би требало да се однесат во болница ако диетата станува премногу ограничена.
- Во **примарна здравствена заштита**
 - Растот на детето на елиминациска диета се следи со картони на раст.
 - Вакцините се даваат во согласност со нормалната програма. Алергијата на јајца не го спречува вакцинирањето, освен ако детето немало анафилактична реакција на јајца.
 - Семејството се советува да ја прошири и рационализира диетата кон нормална исхрана.
 - Храната на детето би требало да биде реevaluирана на 5-годишна возраст најдоцна:
 - Дали избегнувањето одредена храна е базирано на елиминација-експозиција тестови?
 - Дали специјалистот би ја реevaluирил состојбата?
 - Сите елиминациски диети во училишна возраст би требало да се базираат на

тестовите на елиминација и експозиција, а не на кожни или крвни тестови.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Исхраната со соја не превенира алергија или интолеранција на храна кај деца со голем ризик за алергија или интолеранција на храна (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Minna Kaila, Article ID: ebm00299 (014.006), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 15.9.2004 <http://www.ebm-guidelines.com>,
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до септември 2007 година

АЛЕРГИЈА НА КРАВЈО МЛЕКО

- ▶ Цели
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Клиничка експозиција (дијагностичка и повторена)
- ▶ Терапија
- ▶ Следење
- ▶ Прогноза
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

ЦЕЛИ

- Да се препознае алергијата на кравјо млеко преку симптомите на перзистирачкиот дерматит, дијарејата, и/или заостанувањето во растот кај доенчето.
- Дијагностика преку клиничката елиминација и тестот на експозиција.
- Обезбедување адекватна нутриција и нормален раст во текот на елиминациската диета.
- Повторување на експозицијата за да би се демонстрирала постигнатата толеранција.
- Прекинување на елиминациската диета кај негативниот (повторен) тест на експозиција и толеранција.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Околу 3% од децата покажуваат симптоми на алергија спрема кравјо млеко, вообичаено кратко време по воведувањето во секојдневна употреба на прехранбени продукти кои содржат протеини од кравјо млеко.
- Алергијата спрема кравјо млеко се јавува кај доенчињата и кај малите деца.
- Алергијата спрема кравјо млеко може да се појави и во текот на доењето.

СИМПТОМИ

- Алергијата кон кравјо млеко се однесува на алергиската инфламација асоцирана со протеини од тоа млеко, со симптоми на кожата, stomachot и/или респираторниот систем.
- Симптомите се класифицирани според афектираниот орган или времето на појава.
- Симптоми кои се појавуваат веднаш по ингестијата (уртикарија, повраќање, егзантем околу устата, ринитис, кашлање и дијареја).
- Реакции што се јавуваат еден ден по консумирањето или подоцна (дијареја, опстипација, хронична атопична егзема, нарушување на растот и поретко, хронични респираторни симптоми). Симптомите можат да се појават по неколку дена; вообичаено повеќето се јавуваат во текот на една недела.
- Анафилактична реакција/анафилакса се јавува ретко (има нагла појава).
- Симптомите можат да бидат и замор, абдоминална болка, иритабилност.
- Во повеќето случаи детето има комбинација од неколку симптоми.
- Во повеќето од случаите, основниот нарушен имунолошки механизам е посредуван од IgE.
- Интолеранцијата на лактоза (хиполактазија) не е алергија спрема кравјо млеко.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагностички критериуми
 - Симптомите кои сугерираат алергија спрема кравјото млеко се јавуваат при исхрана која содржи протеини од тоа млеко (кај доени деца, исхраната на мајката може да биде причината).
 - Симптомите се повлекуваат (дијагностички) со елиминација на овие продукти од исхраната.
 - Симптомите повторно се јавуваат (дијагностички) при клиничката експозиција на храната која содржи протеини од кравјо млеко (некои симптоми со извесно одложено време, дневник на симптоми) .
 - Симптомите се повлекуваат со (терапевтска) елиминација.
 - Кое било повторно внесување со позитивни резултати во домашни услови треба да се потврди.
 - Дневникот на симптоми помага во евалуирањето на промените во симптомите.
 - Инфекциите и хиполактазијата се исклучени.
 - Инфекцијата е ретка причина за пролонгирана дијареја; како и да е, може да ги агравира кожните симптоми.
 - Повторуваните курсеви на антиминокробни лекови можат да ја прекинат повторувачката/континуирана дијареја.
 - Хиполактазијата е ретка кај предучилишните деца, додека алергијата спрема кравјото млеко се јавува како симптоматска уште во текот на првата година

од животот.

- Лабораториските тестови имаат секундарна улога во дијагностиката.
 - Кожните prick-тестови се многу сензитивни и симултано не се доволно специфични.
 - Patch-тестот не може да се употреби за дијагностика.
 - Мерењето на серумските специфични IgE (RAST) е, исто така, проблематично.
 - Лабораториското тестирање може да помогне во дизајнирањето на елиминациската диета кај доенчињата со мултипла алергија на храна.

КЛИНИЧКА ЕКСПОЗИЦИЈА (ДИЈАГНОСТИЧКА И ПОВТОРЕНА)

- Во повеќето случаи не експонирајте ако симптом била анафилаксата.
- Треба да се започне под надзор на лекар; дневникот со симптоми треба да се чува една недела пред и една недела по завршувањето на експозицијата.
- Се разликуваат повеќе протоколи, но базичниот принцип е да се почне со мала доза и таа постепено да се зголемува, сè до количеството кое вообичаено се консумира од дете на таа возраст (доколку симптомите не се појават).
- Примери:
 - Ставете капка кравјо млеко на устата, забележете ја можната реакција.
 - По 5 минути, ако детето нема симптоми, дајте мало количество млеко со лажица. Забележете ги симптомите во текот на следните 20-30 минути.
 - Ако детето и понатаму е без симптоми, дајте дози кои ќе ги зголемувате на 20-30 минутни интервали (10 ml; 25ml; 50ml; 100ml).
 - При појава на симптоми, експозицијата се прекинува и се поставува дијагнозата за алергија на кравјо млеко. Кога е нејасно, размислете за повторно давање на последната доза.
 - Доколку пациентот остане асимптоматски во текот на следењето во ординацијата, експозицијата се продолжува дома и се води дневник со симптоми.
 - Кога експозицијата се продолжува дома, се договара контролна посета по една недела. Дијагнозата ја дава лекар: нема/има алергија на кравјо млеко.

ТРЕТМАН НА АЛЕРГИЈА НА КРАВЈО МЛЕКО

- Сегашниот став е дека протеините од кравјото млеко треба да се елиминираат од исхраната. Степенот на елиминација се индивидуализира: кога симптомите се јавуваат по поголеми количества, не е неопходна екстремно стриктна елиминација.
- Доколку е можно, при примена на диетата помога диететичар.
- Дајте напишани инструкции; семејството може да има потреба од курсеви за приготвување специјална храна.
- До возраст од 2 години се неопходни специјални формули (замена за мајчино млеко).
- Специјални комбинации: соја, хидролизат од сурутка, казеински хидролизат, комбинации базирани на аминокиселини (кашички од ориз).
 - Под возраст од 6 месеци претежно употребувајте повеќе разградени продукти (сурутка или казеински хидролизат).
 - Кај постарите деца, употребувајте комбинации од соја.
 - Комбинациите базирани на синтетски аминокиселини се резервирани за доенчиња со докажана мултипла алергија на храна (особено ако имаат нарушување во растот). Како што расте детето, овие комбинации треба да се заменат

со хидролизат или формула од соја. Меѓу десет деца алергични на кравјо млеко, само едно дете има потреба од комбинација базирана на аминокиселини.

- Постарите деца треба да примаат терапија за надомест на калциум (500 mg калциум карбонат/ дневно) и доволни количества на протеински и енергетски надоместоци. За овој пристап може да се размислува кај деца постари од 1 година.

СЛЕДЕЊЕ

- Малите деца и оние со тешки симптоми треба редовно да се испраќаат кај педијатар за дијагноза и иницијален третман.
- Третманот и тестовите на експозиција можат да се направат во примарното здравство каде што родителите се обучаваат за исхраната.
- Растењето се мониторира преку карта на растење и се обезбедува доволна нутриција.
- Терапевтската елиминација на кравјото млеко не треба да е доживотна; се прават реекспозиции.
- Повеќето реекспозиции можат да се направат во домот на детето и од неговите родители.

ПРОГНОЗА

- Повеќето од децата закрепнуваат во раното детство.
- Изразена атопична тенденција: значителен процент од децата развиваат сензибилизација спрема инхалационите алергени и развиваат астма.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Исхраната со комбинации на соја не ја превенира алергијата или нетолеранцијата спрема храната кај доенчињата со висок ризик од алергија или интолеранција на храна.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Saarinen KM, Juntunen-Backman K, Järvenpää AL. ym. Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy: a prospective study of 6 209 infants. *J Allergy Clin Immunol* 1999;117:318-23
2. Kaila M, Isolauri E. Diagnosis of cow milk allergy in infants: open or blinded? *J Allergy Clin Immunol*, 1997; 100 (5): 714-715
3. Author: Minna Kaila, Article ID: ebm00645 (014.007), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.6.2004** <http://www.ebm-guidelines.com>,
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до 18.6.2006 година**

ХРАНИТЕЛНИ АДТИВИ И ХИПЕРСЕНЗИТИВНОСТ

- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Испитувања
- ▶ Адитиви кои најчесто предизвикуваат хиперсензитивни симптоми и нивна употреба во храната
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

- Индустијата за храна употребува хемиски адитиви со цел да го подобри развојот, вкусот, аромата, бојата и составот или рокот на траење на храната. Тие се природни или слични на природните продукти. Употребата на адитивите е регулирана со закон. Сите адитиви кои може да индуцираат штетни реакции мора да бидат запишани на етикетата со составот, како и имињата или броевите на Е - кодовите. Многу алкохолни пијалаци содржат сулфити, но тие не се запишуваат.
- Употребата на синтетски азо бои во храната беа забранети во некои европски држави во согласност со податоците за нивните штетни ефекти. Обновени дозволи за нивната употреба беа донесени во 1996 во согласност со ЕУ-директивите. Некои азо бои се употребуваат, исто така, и во лековите.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Хиперсензитивност на хранителни адитиви не е вообичаена. Во европските студии оценетата преваленца е 0,01 - 0,23%. Нема разлика меѓу atopични и неatopични лица.

СИМПТОМИ

- Моментални во тек на неколку минути, или доцни реакции по неколку часа
- Уртикарија
- Црвенило
- Едем на устата и на грлото
- Ринит, астма
- Гадење
- Анафилактичен шок, види на друго место
- Влошување на atopиската егзема
- Алергична пурпура

ИСПИТУВАЊА

- Механизмот на штетни реакции не е познат. Ако механизмот е IgE имунолошки медиран, кожните рiсk-тестови се позитивни, како и кај одделни случаи на сулфит-алергични пациенти.
- Од значење е можната врска на историјата на симптомите со непосредно ингести-

раната храна.

- Дијагнозата се потврдува во болница со двојно-слепа експозициска проба. Ако тоа не е возможно, на пациентите треба да им се забранат суспектните адитиви со читање на составот на етикетите.
- Адитиви кои најчесто предизвикуваат хиперсензитивни симптоми и нивната употреба во храната.
 - **Бензоична киселина и бензоати** (E210- 219): џем, зачинет крем, месни или зеленчукови комбинации, конзервирани и зачинети риби, печурки, краставици, чадени риби, безалкохолни пијалаци, полнети слатки и чоколади.
 - **Сулфитична киселина и сулфити** (E220-228): вина и пива, суво овошје, печурки и зеленчук, индустриски лупени компири, конзерванси, џемови, џусови, безалкохолни пијалаци, паштета со рен, сенф, оцет. Сулфитите испаруваат при вриење.
 - **Глутаминска киселина и Л-глутамати** (E620-625): ароматизирана сол во храната од кинеските ресторани, колбаси, конзервирано месо, зачинети комбинации.
 - **Тартразин и други азо бои**: слатки, безалкохолни пијалаци, печива. Постои вкрстена реакција меѓу азо боите и хиперсензитивноста на аспирин или други нестероидни антиинфламаторни лекови. Пациентите кои се алергични на аспирин обично земаат парацетамол; сепак би требало да избегнуваат топли или ладни лековити пијалаци кои содржат аналгетици, бидејќи обично содржат азо бои. Кармин (многу црвена боја) (cochineal, E120) кој се употребува во алкохолни пијалаци, може да тригерира анафилактична реакција или други симптоми на алергија со IgE - медиран механизам кои се докажуваат со кутани prick-тестови или РАСТ.
- Пациентите кои се хиперсензитивни на хранителни адитиви треба да ги избегнуваат во исхраната (диетата). Тие не би требало да употребуваат конзерванси, безалкохолни пијалаци, слатки и готова храна, а би требало да готват употребувајќи чисти прехранбени производи.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Нема податоци дека тартразинот предизвикува или спречува несакана појава на астма, меѓутоа, малиот број докази спречува да се донесат цврсти заклучоци (**ннд-С**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Simon RA. Update on sulfite sensitivity. *Allergy* 1998;53(Suppl 46):78-9
2. Taylor SL, Dormedy ES. Flavorings and colorings. *Allergy* 1998;53(Suppl.46):80-2
3. Haahtela T, Hannuksela M. Food additives and hypersensitivity. In: Branen AL, Davidson PM, Salminen S, eds. *Food additives*. New York and Basel: Marcel Decker, 1990:617-61
4. Ardem KD, Ram FSF. Tartrazine exclusion for allergic asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Library number: CD000460. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
5. Wütrich B, Kägi MK, Stücker W. Anaphylactic reactions to ingested carmine (E120). *Allergy* 1997;52:1133-7
6. Kirsti Kiviranta, Article ID: ebm00297 (014.004), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 25.2.2005 <http://www.ebm-guidelines.com>,
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2008 година

ПРЕОСЕТЛИВОСТ НА ЛЕКОВИ

- ▶ Основни правила
- ▶ Лекови причинители
- ▶ Егзантемски ерупции
- ▶ Брзи реакции
- ▶ Фиксна медикаментозна ерупција
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман
- ▶ Понатамошна употреба на лекови
- ▶ Забелешки и пријавување
- ▶ Референци
- ▶ Слики 71- 73

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Кожните реакции се најчестите манифестации на преосетливост спрема лекови, но многу други органи, како што се белите дробови, бубрезите, црниот дроб и коскестата срцевина може, исто така, да бидат зафатени. Кај најтешките кожни реакции се присутни треска и други општи симптоми.
- Медикаментозните ерупции немаат специфични клинички карактеристики. Слични клинички ерупции може да бидат предизвикани од други извори, на пример различни инфекции. Ако реакцијата била лажно припишана на некој лек, понатамошната употреба на лекот е спречена непотребно поради страв од нова реакција.
- Алергиската реакција може секогаш да се репродуцира. Таа се јавува секогаш кога пациентот го користи лекот и новата реакција често е посилна.
- За да се јави реакцијата може да е потребен надворешен фактор, како што е светлосна енергија.
- Често е невозможно да се идентифицира одговорниот агенс само врз база на клиничкиот изглед. Еден лек може да предизвика неколку типови на ерупции, и обратно, морфолошки слични ерупции може да бидат индуцирани од сосема различни лекови.
- Егзантемските ерупции и уртикаријата се најчести типови на медикаментозни ерупции. Во ретки манифестации спаѓаат erythema multiforme, Stevens-Johnson синдром, токсична епидермална некролиза (S. Lyell), егземски реакции, еритродермија, т.е. ексофлијативен дерматитис, лихеноидни реакции, реакции од типот на lupus erythematosus, erythema nodosum и фотоалергиски или фототоксични реакции.
- Резимирано, лековите може да предизвикаат речиси кој било вид на ерупции и клиничката слика може да вклучи различни морфолошки карактеристики од типични видови на кожни реакции.
- Топичната кожна апликација доведува до алергија од одложен тип којашто клинички се манифестира како контактен дерматитис. Кај лице претходно топично сен-

зибилизирано, на пример од неомисин или гентамицин крем, егземска ерупција, таканаречен системски контактен дерматитис може да се појави по системска администрација на истиот или сличен лек.

ПРИЧИНСКИ ЛЕКОВИ

- Најчестите причини се антибиотици (особено сулфонамиди и пеницилини), нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИП) и лекови со дејство на централниот нервен систем (обично phenytoin и carbamazepine) (слика 71).
- Сулфонамидите и trimethoprim предизвикале најголем број случаи на тешки медикаментозни реакции (Stevens-Johnson и Lyell sindrom).
- Реакции од типот на серумска болест се предизвикани особено од пеницилини, ацетилсалицилна киселина (АСА), стрептомицин и сулфонамиди.
- Пеницилините обично вкрстено реагираат помеѓу себе. Кај проценетите 10% од случаите, цефалоспорините вкрстено реагираат со пеницилини.

ЕГЗАНТЕМСКИ ЕРУПЦИИ

- Најчест тип медикаментозна ерупција, често наречен исип.
- Речиси секој лек може да предизвика егзантемска ерупција. Најчесто тие се предизвикани од антибиотици (особено пеницилини и сулфонамиди) и антионвулзивни агенси, phenytoin, carbamazepine, oxcarbazepine и lamotrigine.
- Клиничките симптоми варираат значително. Исипот го сочинуваат еритемни макули или макулопапули коишто може да се соединуваат и да формираат големи црвени едематозни површини.
- Обично настанува сосема симетрично на двете страни на телото.
- Егзантемските ерупции можат, исто така, да бидат тригирани од инфекции предизвикани од неколку вируси и други микроби. На пример мали сипаници, рубела и scarlatina се егзантемски ерупции.
- Заедно со акутна мононуклеоза, ампицилините предизвикуваат егзантемска ерупција, за која точниот механизам не е познат.

БРЗИ РЕАКЦИИ

- Тип 1 брзи алергиски реакции се посредувани од IgE антитело. Најголемиот број случаи од брз тип медикаментозни реакции се, меѓутоа, псевдоалергиски, т.е. трансмитори се ослободуваат без имунолошки механизам. Лековите можат, на пример да ослободат хистамин директно од маст-клетки без претходна имунолошка реакција. Клиничките симптоми се слични, но разликувањето има значење во дијагностицирањето.
- Псевдоалергиските реакции не може да се репродуцираат како вистинските алергиски реакции.
- Псевдоалергиските реакции индуцирани од лекови може да бидат преизвикани, на пример од нестероидни антиинфламаторни лекови, кодеин, опијати, hydralazine, quinine и радиографско контрастно средство. Примери за овие псевдоалергиски реакции:
 - Анафилактоидни реакции предизвикани од мускулни релаксанти и други анестетски агенси.
 - Ангиоедеми предизвикани од инхибитори на АКЕ.
- За време на операција, алергиска реакција од брз тип може, исто така, да биде

предизвикана од природниот гумен латекс во хируршките ракавици или од chlorhexidine во дезинфициенсите за кожа.

- Брз тип реакција во врска со локална анестезија може да биде индуциран дури со вазовагален колапс.

Уртикарија

Види алгоритми 1,2

- Најчестите причини се пеницилини и сродни антибиотици (и алергиски и псевдоалергиски реакции) како и АСА и сродни супстанции (псевдоалергиски реакции).
- Уртикарија може да биде предизвикана од неколку други фактори (на пример вирусни инфекции) и со различни патолошки механизми.
- Се карактеризира со благо елевирани уртики кои се еритемни или бели и често пруритинозни. Тие се појавуваат, исчезнуваат и менуваат место во текот на неколку часа.

Ангиоедем

Види алгоритми 1,2

- Ангиоедем е подлабока кожна инфламација. Може да се појави заедно со уртикарија или посебно. Предилекциони места се усните, очните капаци и прстите на рацете. Кај тешки случаи е зафатена ларингеалната мукоза (т.е. анафилактични реакции).

Васкулитис

- Пурпура и кожни лезии може да бидат предизвикани од vasculitis leucocytoclastica (слика 72).

Анафилактичен шок

- Види на друго место.

ФИКСНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ЕРУПЦИЈА

- Единствена кожна реакција која е единствено предизвикана од хиперсензитивност на лекот.
- Најчести причински агенси се сулфонамиди, триметоприм, тетрациклини, карбамазепин и во минатото, барбитуратите. Аналгоантипиретиците кои содржат phenazone salicylate се честа причина за фиксна медикаментозна ерупција. Овие продукти во некои земји се отстранети од пазарот.
- Тркалезно, јасно ограничено, обично интензивно црвено жариште кое може да се развие во меур (слика 73).
- Едно или неколку жаришта на различни места на телото, исто така, и на мукозните мембрани.
- Жариштето обично е проследено со темно-кафеава пигментација која може да перзистира со месеци.
- Повторно се јавува на истите места кога причинскиот лек повторно се внесува.
- Ако употребата на лекот продолжи, жариштата се шират на нови места.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на историја на пациентот и клиничка слика.

- Кај најголемиот број случаи не се достапни други методи.

Анамнеза на пациентот

- Дали ерупцијата е навистина индуцирана од лек?
 - Егзантемска ерупција или уртикарија за која се сомнева дека е предизвикана од аналгетик или антибиотик често е предизвикана од самата постојна инфекција.
- Кој од лековите користени од пациентот би можеле да бидат причина?
 - Лековите кои се земаат повремено лесно се забораваат. Прашај и за нив.
- Клиничката слика на ерупцијата?
 - Само неколку лекови, на пример АСА и пеницилини, често се асоцираат со специфичен тип кожна реакција (уртикарија).
- Дали реакцијата повторно се јавува?
 - Често причината се открива со спонтано повторно јавување на реакцијата по спонтано повторно внесување на лекот.
- Кога?
 - Ако немало претходна експозиција, алергиската реакција може да се јави по латентен период од неколку дена или дури две недели по започнувањето на терапијата. При повторно внесување, реакцијата се јавува побрзо, обично во текот на 24 часа и често е потешка.
- Елиминација?
 - Повлекувањето на сомнителниот лек помага во идентифицирање на причината. Ерупцијата обично се излекува кога причинскиот лек се прекинува.

Провокациски тест со лек

- Перорален провокативен тест е најсигурниот дијагностички метод.
- Се изведува откако реакцијата се излекувала комплетно, најрано по 1-2 месеца.
- Сомнителниот лек се дава орално во доза за тестирање значително пониска отколку терапевската доза и избрана индивидуално. Ако не се појави реакција, тестот може да се повтори со поголема доза сè до нормалната терапевска доза. Целта е да се предизвика повторно јавување на реакцијата во блага форма.
- Тестот би требало да се изведе во контролирани услови, најдобро во болница под надзор на специјалист, бидејќи провокациониот тест секогаш го вклучува ризикот од неочекувано силна реакција.
- Тестот би требало да се започне наутро и егзацербацијата на реакцијата, фреквенцијата на пулс, крвниот притисок и другите клинички симптоми би требало да се следат во интервали од 1 час сè до вечерта. Препорачаното вкупно време за следење е 24 часа, но кај најголемиот број случаи симптомите се појавуваат во текот на неколку часа.
- Бидејќи провокационите тестови со лекови бараат време, се скапи и можно опасни, индикациите би требало да се разгледаат целосно. Провокацијата вреди ако пациентот навистина има потреба од лекот во иднина или ако пациентот има неколку сомнителни алергии на лекови и, на пример, ако наоѓањето соодветен антибиотик е тешко.
- Апсолутни контраиндикации вклучуваат анафилактични реакции, тешки кожни реакции кои го загрозуваат животот, хематолошки дисфункции и системски реакции од типот lupus erythematosus (СЛЕ).

Други испитувања

- Достапни само кај ретки случаи.
- Рутински лабораториски испитувања не се од корист кај чисто кожните реакции.
- Брза алергија обично се испитува со кожни prick-тестови и испитување на специфично серумско IgE антитело (RAST). Меѓутоа, најголемиот број брзи медикаментозни реакции се псевдоалергиски и не можат да се испитаат со горе наведените методи. Исто така, несигурно е дали псевдоалергиската реакција може да биде репродуцирана со провокационен тест.
- Кај медикаментозна алергија посредувана со IgE, кожните prick-тестови и испитување на IgE антитела вообичаено се достапни само за пеницилини (penicilloyl G и penicilloyl V), како и за некои лекови со голема молекуларна тежина, на пример АСТН и инсулини.
- Кожни prick-тестови со лекови би требало да се изведуваат само во експертски дерматолошки/алерголошки единици поради ризикот од анафилактични реакции.
 - Кожните prick-тестови за пеницилини се нешто посигурни отколку испитувањата на крвта.
 - Кожни prick-тестови понекогаш се користат да се проучува брз тип реакции спрема локални анестетици и агенсии кои се користат во општа анестезија. Алергија ретко се потврдува, бидејќи најголемиот број реакции се псевдоалергиски.
- Интракутани (интрадермални) тестови, исто така, се користат понекогаш за проучување на брз и одложен тип алергиски реакции.
- Patch-тестовите не се користат рутински за да се проучуваат реакциите предизвикани од системски лекови. Patch-тестирањето е метод за откривање на одложена, клеточно посредувана алергија (на пример контактен дерматитис).

ТРЕТМАН

- Прво, пациентот мора да престане да ги зема сомнителните лекови (најдобро сите лекови кои што ги користи).
- Престанокот на употребата на лекот обично е доволна терапија за благите егзантемски ерупции. Ако е неопходно, може да се употреби кортикостероиден крем или перорални стероиди.
- Уртикарните реакции се третираат со орални антихистаминици. Не се двоуми да препишеш големи дози. Ако е неопходно, се користат перорални кортикостероиди.
- Анафилактички реакции: види на друго место.
- Пролонгирани и тешки реакции со општи симптоми се третираат со преорални кортикостероиди. Земи во предвид упатување до специјалист.
- Најтешките реакции кај кои кожата е одлупена бараат терапија во единица за интензивна нега.

Понатамошна употреба на лекови

- Ако реакцијата е верифицирана (типична клиничка слика, повторни јавувања, позитивен тест на провокација), пациентот не смее да го употебува лекот повторно.
- За несигурните случаи се одлучува индивидуално, земајќи ги во обзир типот и тежината на реакцијата.
- Пациентот може да даде податок за алергија на лекот, а симптомите биле гла-

воболка, дијареја или други гастроинтестинални тешкотии. Во овие случаи лекот може да се користи.

- Ако сомнителната реакција била егзантемска реакција, лекот може да се даде повторно со претпазливост. Употребата на така дадениот лек мора да се прекине веднаш ако се појават какви било кожни симптоми или треска.
- Медикаментозните ерупции опфаќаат многу погрешни дијагнози, и во овие случаи забраната на употреба на сомнителниот лек не е неопходна. Од друга страна, кај рекурентните реакции постои опасност од потешка реакција. Уртикаријата може да се развие во анафилакса и егзантемска ерупција, во серумска реакција или реакција од тип псевдолимфом.
- Ако реакцијата била од брз тип, повторното давање на истиот лек не е безбедно. Ако се достапни тестовите за серумски IgE антитела (пеницилини, до 1-6 месеци по реакцијата), тие би требало да се направат. Позитивен резултат ја потврдува дијagnoзата. Ако тестот е негативен, кожни prick-тестови или провокација со лекот може да бидат земени предвид. Ако сомневањето за алергија е големо, доаѓаат предвид кожни prick-тестови наместо провокација со лек кај пеницилинска алергија.
- По тешки хематолошки или пулмонални реакции сомнителниот лек не би требало да се користи.

ЗАБЕЛЕШКИ И ПРИЈАВУВАЊЕ

1. Забелешка за алергија мора да има напишано на јасно видливо место во документите на пациентот, вклучувајќи го датумот и детаљниот опис на реакцијата.
2. Пациентот би требало да напише белешка за алергијата на лекот за негова лична употреба.
3. Зависно од локалната политика, реакцијата мора да биде пријавена на соодветните органи на власта. Се пријавуваат само верифицирани алергии и тешки реакции.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kristina Alanko, Article ID: ebm00296(014.003), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 13.8.2004 <http://www.ebm-guidelines.com>,**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНА ИМУНОТЕРАПИЈА

- ▶ Основни правила
- ▶ Општо
- ▶ Неопходни предуслови пред започнување со алерген-специфичната имунотерапија
- ▶ Индикации
- ▶ Контраиндикации
- ▶ Практични аспекти
- ▶ Претпазливости
- ▶ Реакции поврзани со терапијата
- ▶ Следење по терапијата
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Ефектот од алерген-специфичната имунотерапија е добар кај периодичниот алергиски ринитис и кај алергијата на отрови од Hymenoptera.
- Алерген-специфичната имунотерапија, исто така, се користи и кај алергиската астма како дел од антиинфламаторната терапија.

ОПШТО

- Алерген-специфичната имунотерапија е каузална терапија на IgE-посредуваниот:
 - алергиски ринитис и конјунктивитис,
 - алергиска астма и
 - алергија на отрови од оса и пчела (hymenoptera).
- Во текот на алерген-специфичната имунотерапија се намалува алергиската инфламација во таргетните органи.
- Алерген-специфичната имунотерапија го намалува бројот на загрозувачките реакции на животот кај алергиите на отрови од hymenoptera.
- Терапијата обично продолжува во текот на 3 (-5) години.
- Терапијата има ефект кај 80-90% пациенти и ефектите траат неколку години (десет години според последните студии) по нејзиното стопирање.
- Одлуката за започнување на терапијата ја дава специјалист, препорачливо е специјалист по алергологија.

НЕОПХОДНИ ПРЕДУСЛОВИ ПРЕД ЗАПОЧНУВАЊЕ СО АЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧНАТА ИМУНОТЕРАПИЈА

- Пациентот има докажана IgE-посредувана алергија (алергиски риноконјунктивитис) која ги предизвикува симптомите.

- Елиминирањето и избегнувањето на алергените и медикаментозната терапија не ги отстраниле симптомите.
- Алергиската болест е во ран стадиум. (Ризикот од развој на астма кај деца алергични на полен се намалува кога алерген-специфичната имунотерапија започнува доволно рано).
- Нема контраиндикации за терапијата.
- Треба да има едуциран персонал за давање и следење на терапијата.
- Пациентот треба да биде претходно информиран околу должината на терапијата, ограничувањата и можните несакани ефекти предизвикани со неа и треба да постојат желби за нејзино спроведување. Ова ја подобрува соработката.

ИНДИКАЦИИ

- Алергија на отрови од Hymenoptera.
- Алергиски риноконјунктивитис предизвикан со:
 - полени,
 - домашна прашина со грињи:
 - животни/миленичиња (во посебни случаи).
- Астма (**ннд-А**):
 - полени,
 - домашна прашина со грињи:
 - животни/миленичиња (во посебни случаи).
- Алергија на мувли (не се однесува за симптоми кои се асоцирани со оштетување на живеалиштата со вода, кои обично се иритирачки симптоми).
- Професионални алергии.
- Животни.
- Ефектот е добар кај алергии на полен, животни и домашна прашина со грињи. Кај алергии на отрови од Hymenoptera единствениот ефикасен етиолошки третман претставува алерген-специфичната имунотерапија.

КОНТРАИНДИКАЦИИ

- Друга имунолошка или малигна болест.
- Тешки срцеви и респираторни болести.
- Континуирана орална кортикостероидна терапија (над 10 mg prednisolone/ден или сличен стероид).
- Возраст над 5 години.
- Бременост и доење.

ПРАКТИЧНИ АСПЕКТИ

- Терапијата се администрира во текот на годината со давање супкутани инјекции на депопрепарат на екстракт на алерген врзано со алуминиум хидроксид.
- Во текот на фазата на зголемување на дозата, таа се зголемува секои 1-2 недели. По оваа фаза, терапијата може да се дава во здравствени центри во соработка со центарот каде што прво била започната.
- Во фазата на одржување инјекциите обично се даваат на секои 6 (4-8) недели.
- Дозата на одржување е индивидуална (најголемата доза што може да ја толерира пациентот), но не поголема од препорачаната доза од страна на производителот на

алергенскиот екстракт (несаканите ефекти се зголемуваат, но ефектот останува ист).

- Следната доза е диктирана од веројатната реакција од претходната инјекција и од симптомите кои ги има пациентот во исто време.
- Во текот на поленската сезона дозата на алергенскиот екстракт зависи од симптомите на пациентот. Детални упатства може да се добијат од производителите на алергенските екстракти.

ПРЕТПАЗЛИВОСТ

- Мора да се има на располагање опрема за итна интервенција во случај на анафилактични реакции.
- Инјекциите мора да ги дава квалификувана медицинска сестра и во центарот мора секогаш да биде присутен доктор.
- Пред да се даде инјекцијата, пациентот се интервјуира околу можните реакции по претходната посета.
- Пациентот мора да биде под супервизија најмалку 30 минути по инјекцијата.
- Пациентите под 15-годишна возраст мора да бидат придружувани.
- По инјекцијата мора да се избегнуваат интензивни физички вежби и алкохол.

РЕАКЦИИ ПОВРЗАНИ СО ТЕРАПИЈАТА

- Различни реакции на инјекции се нормален дел од терапијата: локално црвенило и едем.
- Дозата на екстрактот се проценува секогаш врз база на едематозната реакција (јасен тумор кој може да се почувствува и да се измери со прст, а не е можна prick-реакција на кожата!)
- Може да се појават генерализирани реакции (уртикарија, астма, слабост, генерализирана алергиска реакција).
- На пациентот му се ординира терапија:
 - антихистаминици,
 - кортикостероиден крем,
 - бронходилататор,
 - можност за самоинјектирање адреналин.

ТЕРАПИСКО СЛЕДЕЊЕ

- Докторот кој прв ја започнал терапијата треба да ја евалуира ефикасноста барем еднаш годишно.
- Оваа евалуација е базирана на алергиски симптоми и на употреба на други лекови.
- Таканаречената ВАС - евалуација (визуелна аналогна скала) е нов метод за евалуација на ефикасноста. Пациентот дава своја процена за ефектот годишно со употреба на ВАС. Евалуацијата се базира на промените во симптомите и употребата на лекот во текот на терапијата.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Malling HJ. Immunotherapy as an effective tool in allergy treatment. Allergy 1998;53:461-472

2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981030. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
 3. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001186. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
 4. Erkkä Valovirta, Article ID: ebm00302 (014.009), © 2005 Duodecim Medical, Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 1.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година**

АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС

- ▶ Етиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагностика
- ▶ Терапија
- ▶ Референци
- ▶ Слики 74-78

ЕТИОЛОГИЈА

Одложен клеточнопосредуван имунитет

- Обично е резултат на експозиција која трае со недели или месеци.
- Најчести агенси се никел, гуми и лепила, хром и кобалт, парфери, и други компоненти кои се наоѓаат во продуктите за нега на кожата (слики 74 и 75).

Непосредна алергиска реакција

- Поретка отколку претходната. Во причинските агенси спаѓаат латексот, влакната и првотот од говеда, зеленчук.

СИМПТОМИ

- Симптомите обично се јавуваат на местото на контактот, но може да се шират и на други места (слика 76).
- Симптомите повторно се јавуваат за 1-2 дена од почетокот на новата експозиција и ослабуваат постепено откако експозицијата ќе исчезне.

ДИЈАГНОСТИКА

- Треба да постои сомневање за алергиски дерматитис според локацијата. Типични места на алергиска егзема претставуваат:
 - лицето (слика 77) и вратот (козметика),
 - пазувите (облека, дезодоранси),

- рачните зглобови и дланки (метали, кожа, алатки, хемикалии),
 - половината (латекс, метали) (слика 78),
 - задникот (масти за хемороиди и супозитории),
 - бедрата и нозете (чорапи, гумени чизми, топични третмани зе улкуси на нозете),
 - стапалата (метали, лепило, кожа, бои, контактни лепила, хром, антимикотици).
- Верификација на дијагнозата: види на друго место.

ТЕРАПИЈА

- Терапијата треба секогаш да биде насочена кон елиминација на сензибилизирачкиот агенс.
- Топични кортикостероидни прапарати.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00280 (013.013), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до 12.8.2007 година

ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА

- ▶ Основни правила
- ▶ Идентифицирање на причините кои бараат специфичен третман
- ▶ Испитување на дерматитис на дланка
- ▶ Хронична егзема
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слики 79-81

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Дерматитисот на дланка не е заразен, ниту опасен, но може да го нарушува сонот и сериозно да влијае врз професионалната ангажираност на пациентот.
- Третманот на дерматитисот на дланка се започнува лесно: со кортикостероиден крем. Ако почетниот третман не е успешен, пациентот мора да биде прегледан. Раните испитувања и планот за третман можат да овозможат пациентот да го избегне најлошото - хроничен дерматитис на дланка.
- Пред да се препишат кортикостероиди одреди дали пациентот има дерматитис или друга кожна болест. Кортикостероидниот третман не наштетува кај псоријаза, лихен планус или палмоплантарна пустулоза, но тинејата, скабиесот и сифилисот бараат специфичен третман.

ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА ПРИЧИНИТЕ ШТО БАРААТ СПЕЦИФИЧЕН ТРЕТМАН

- Тинејата е ретка на дланката (слика 16). Не е веројатна ако нема тинеја на стапалата, или кај мажи во ингвиналните бразди.
- Скабиесот би требало да се дијагностицира со откривање каналчиња направени од паразитите. Тие обично може да се најдат со стереомикроскоп на дланките, рачните зглобови или помеѓу прстите.
- Сифилисот е чест во многу земји. Палмарните лезии во секундарниот сифилис изгледаат вообичаено. Исти макули може да се најдат на табаните на стапалата. Кондиломата лата, којашто не е вирусна болест туку знак за секундарен сифлис, често може да се најде во регијата на гениталните органи.

ИСПИТУВАЊА КАЈ ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКИТЕ

Цели

- Целта на третманот е да се елиминира причината за видливиот пруритинозен дерматитис кој влијае врз работата и хобито. Поради тоа мора да се идентификува основната причина.
- Прегледувањето треба да се започне со инспекција на табаните на стапалата и помеѓу прстите на нозете. Тинеја на стопалата може да биде асоцирана и со реакција на дланките, во која не се вклучени габички, но најдобро се третира прво со третирање на тинеја на стапалата.

Анамнеза

- Дали бананите или авокадата предизвикуваат јадеж на непцето? Пациентот може да биде алергичен на природниот латекс за гума.
- Дали кај пациентот се појавил исип по апликацијата на Nobecutan на кожата по операција? Пациентот може да има алергија на thiuram која, исто така, ја спречува употребата на најголемиот број гумени ракавици.
- Дали пациентот е градинар и дали егземата ги зафаќа прстите од I-III? Причината може да се лалиња или алстомерија.
- Дали има дифузна егзема овде и онде на вратот и на лицето на жена? Егзема околу нокотот може да биде предизвикана од лак за нокти кој содржи sulphonamide formaldehyde (слика 79).
- Дали вашиот пациент бил на боледување поради егзема? Дали егземата се подобрила за време на боледувањето и по колку време? Ако нема подобрување по една недела и ако има егзема и на табаните, не е веројатно дека егземата е поврзана со работното место.
- Причината за иритантен дерматитис често е очигледна (слика 15). Пациентот често е atopичар, и дури благи детергенти го отстрануваат протективниот липиден слој од кожата на дланките. Млада мајка може од неодамна да се вратила од родилиште. Поради страв од бактерии, таа може „да ги врие“ рацете во сапуница. Стафилококите преферираат така повредени дланки со дерматитис.

Кожни тестови

- Епикутани тестови се основниот истражувачки метод кај дерматитисот на длан-

ките. Причинскиот агенс често тешко се идентифицира без тестови, бидејќи симптомите може да се појават неколку дена по експозицијата. Епикутаните тестови не можат и не треба секогаш да се изведуваат како прв чекор. Третман може да се започне со топични кортикостероиди, а пациентот може да се тестира подоцна. Тестирањето во акутната фаза може да предизвика тешкотии во интерпретирањето и да ја егзацерира егземата. Епикутаните тестови би требало да се изведат од квалификуван дерматолог.

- Ргick-тестовите може да откријат IgE-медирана алергија спрема природниот латекс од гума, спрема животински отпадни супстанции од кожа (на пример крави) или спрема животински протеини (касапи), но алергиите може, исто така, да бидат од одложен тип.

ХРОНИЧНА ЕГЗЕМА

- Хроничната егзема е дијагноза со исклучување. Оваа “дијагноза” се поставува по внимателна и целена историја на болеста и добро планирано тестирање кое не ја идентифицирало причината на егземата.
- Егземата на нокотниот набор може да го наруши растот на нокотот. Во хроничниот стадиум може да навлезат стафилококи како и кандидата. Сето ова може да доведе до Веау-ови линии (слика 80).

ТРЕТМАН

Топичен третман

- Иницијалниот третман е симптоматски.
- Сè е потребно, обично е кортикостероиден крем или маст.
- Ако за време на ноќта се аплицира влажна облога, кремот станува лосион.
- Ако се дава предност на емолиент, аплицирај го на влажна кожа.
- Кремот најдобро дејствува кај сувата егзема ако е покриена со маст со масна подлога.
- Препорачаната јачина на топичен кортикостероид зависи од типот на егземата, возраста на пациентот и локацијата на егземата (дланка или дорзум на дланката).
 - Благ стероиден крем за деца и стари лица.
 - Стероиден крем со средна јачина за лица што се на возраст кога се работоспособни.
 - Перзистентна егзема со везикули на дланките може да бара потентни стероиди.
 - Поблагите стероиди може да се употребуваат два пати дневно; најпотентните стероиди се употребуваат само ноќе.
 - Ако потентен кортикостероид не се дава алтернативно со основен крем, ефикасноста се намалува и кожата станува атрофична.
- Ефективноста на комбинација на топичен антибиотик и кортикостероид не е добро документирана, а антибиотикот може да предизвика контактна алергија.
- Перзистентна плака на егзема во средината на дланката често може да биде третирана со аплицирање на потентен или многу силен кортикостероиден течен препарат кој се втрива на дланката и се покрива со хидроколиодна преврска која се остава да стои неколку дена. Третманот може да се повтори неколку пати.
- Покрај кортикостероидните препарати, препиши многу емолиенти. Изборот на крем

наспроти мрсна маст главно е работа на вкус. Пациентите преферират полесни кремове дури и лосиони. Масна емулзија (масен крем, маст, липогел) се преферира за сува десквамирачка егзема. Аплицирањето на емолиентот пред работење на нечиста работа овозможува полесно измивање на рацете. Препаратите означени како “бариерни кремове” може повеќе да наштетат отколку да користат (слика 81).

Антибиотици

- Ако егземата на дланката е јасно инфициран или ако пациентот има лимфангитис и зголемени лимфни жлезди, индициран е орален антибиотик: серphalexin или cefadroxil 500 mg x 2-3 во тек на 7-10 дена се добар избор. Истовремено третирај ја егземата.
- Тетрациклини (1 g/ден) често го подобруваат везикулозната инфективна егзема на дланките. Третманот треба да се продолжи во текот на 1-2 месеци, а кај случаите кои даваат одговор, но се рекурентни во текот на 6 месеци или подолго. Имај ги на ум ограничувањата на употребата што се однесуваат на млада возраст, бременост и лактација.

Перорални кортикостероиди

- Може да се земат предвид во краток временски период во акутната фаза кај случај на фулминантна егзема (30 таблети од 5 mg преднизолон, почнувајќи со 30 mg/ден).

Терапија со светлина

- Сончевата светлина ја подобрува егземата на дланките за време на летото. За време на зимата може да биде заменет со УВБ или селективна УВ-фототерапија (=СУП =УВА + УВБ зрачење).
- Ултравioletовата светлина може да биде поефективна кога се третира целото тело.
- Другите третмани мораат обично да се комбинираат со светлосна терапија, но кремове или масти за кожа не би требало да се аплицират непосредно пред неа.

Заштитни ракавици

- Ако пациентот може да користи памучни ракавици, проблемот често е решен. Меѓутоа, обично е потребна заштита од вода и од хемикалии, а проблем е тоа што рацете се влажнат од потење во ракавиците. Понекогаш може да помогне честа промена на комбинирани памучни-пластични/гумени ракавици.
- Кај везикулозна ендогена егзема на дланките оклузијата со заштитна ракавица може да ја влоши состојбата.
- Кога се ракува со комплексни смоли, алергените може да пенетрираат низ вообичаени протективни ракавици за неколку минути.

Боледување

- Прво обиди се да ја третираш егземата така што пациентот да продолжи со неговата работа. На работното место би требало да се направат приспособувања за да се минимизира експозицијата на иритантни агенси и физички состојби. Кожата би требало да го толерира нормалниот живот.
- Ако реедукацијата се смета за неопходна, новата професија мора да се избере

така што евентуалната егзема на дланките не го спречува работењето.

Прогноза

- Ако пациентот има егзема на дланките пред 10-тата година, тој исто така ќе ја има и како возрасен.
- Алергијата на никел (бижутерија) може да ја направи егземата хронична.
- Пушењето, ексцесивното консумирање алкохол и екземот на дланките често се асоцирани со тоа и професионалната експозиција да има улога.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Autio, Article ID: ebm00265 (013.010), 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 13.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

ДЕРМАТИТИС НА НОГАТА

- ▶ Основни правила
- ▶ Најчести типови на дерматитис на ногата
- ▶ Други кожни болести на нозете
- ▶ Индикации за специјалистички упат
- ▶ Референци
- ▶ Слики 82-88

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентифицирај и третирај ги честите кожни болести на нозете според дијагнозата.
- Земи предвид можност за контактен алерген.
- Избејгнувај ги непотребните антибиотици и антисептички масти, бидејќи пациентите со дерматитис на нозете (посебно пациенти со улцерација) обично се алергични на топични лекови.

НАЈЧЕСТИ ТИПОВИ ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕТЕ

Нумуларна егзема

- Се јавува како типична кружна промена на рацете и на нозете или овална плака (слика 82).
- Најчесто се јавува во зима.
- Немој да ја смешаш со dermatophytosis (петка е на нозете).
- Благите кортикостероиди обично не се доволни. Нумуларната егзема бара потен-

тни кортикостероиди.

Статична егзема (eczema venosum hypostaticum)

- Обично има знаци за венска инсуфициенција.
- Типичната промена е во вид на хиперпигментиран дерматитис (слика 83) околу улцерацијата на ногата.
- Запомни дека тие пациенти најчесто се алергични на топични лекови, посебно антибактериските.
- Венската инсуфициенција би требало да се третира хируршки пред да настане улцерација.
- Доколку има едем на ногата, би требало да се носат чорапи кои вршат притисок или помагала кои вршат притисок.

Контактен дерматитис (eczema allergicum)

- Алергиската контактна егзема обично настанува по употреба на топични лекови. Еритемот може да се прошири околу егземата или други регии на кожата кои биле во контакт со контаминирани раце од топичниот лек.
- Обично пациентите сами забележуваат дека маста не им одговара. Улцерираната кожа обично е подложна на контактна алергија.
- Чевлите од гума обично предизвикуваат појава на алергична егзема.

Невродерматитис (lichen simplex chronicus)

- Невродерматитис може да се јави без причина, но најчесто е компликација од атописки дерматитис, односно егзема проследена со јадеж.
- Типични места на јавување на невродерматитисот се скочниот зглоб и нозете (слика 24).
- Состојбата може да трае со години дури и доживотно поради маѓепсаниот круг на јадеж и чешање.
- Треба да се ординираат потентни стероиди во вид на масти.
- Препорачливо е да се користи оклузивна терапија.
- Аплицирај потентен кортикостероид во течна форма и покриј го со пластична фолија.
 - Менувај ја оклузијата 2-3 пати во интервал од 2 до 4 днена.
- Состојбата понекогаш бара адекватен третман.
- Најхронична и резистентна форма на невродерматитис е пруронодуларис.

Псоријаза

- Види слика 84
- Истите принципи за третман како и на другите регии на кожата.

Lichen planus

- Lichen planus е типична промена која се јавува на рачниот зглоб, скочниот зглоб и нозете (слика 85).
- Хроничен хипертрофичен lichen planus на нозете многу потсетува на хроничен невродерматитис.

Erysipelas

- Се јавува нагло, проследен со висока температура, добро демаркиран со еритем и едем (слика 38) на едната нога е типично за erysipel и е лесно за дијагностицирање.
- Се даваат ефикасни антибиотици интравенски.

Други кожни болести на нозете

- Присуството на нодуларни промени на нозете вклучува голем број болести како erythema nodosum (слика 86), erythema induratum, polyarteritis nodosa, nodular vasculitis и суперфицијален thrombophlebitis. Тешко се дијагностицираат и бара земање на биопсија. Најдобро е да се испратат во дерматолошките оддели.
- Necrobiosis lipoidica (слика 87) често е поврзана со дијабетес. Лезијата е жолтеникава, со централна атрофија, улцерација и назначени рабови.
- Erythema migrans (слика 88) може да е знак за Лајмската болест ако е локализирана на нозете.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Кога е потребно да се направат епикутани тестови на суспектниот алерген.
- Сомнение за ретка нодуларна болест на нозете.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bernard P, Plantin P, Roger H. Roxithromycine versus penicillin in the treatment of erysipel in adults, comparative study. Br J Dermatol 1992; 127:155-9
2. Jorup-Renstrom C, Britton S, Gavlevik A, Gunnarson K, Redman AC. The course, prise and complicatiosn of per os versus intravenous therapy of erysipel. Infection 1984;12:390-4
3. Jaakko Karvonen, Article ID: ebm00262 (013.012), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година**

СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС

- Епидемиологија
- Симптоми и знаци
- Клиничка слика
- Етиологија и патофизиологија
- Дијагноза
- Третман
- Референци
- Слики 89-91

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Вообичаено се јавува кај возрасните (од 18-40 години) во региите богати со себацеални жлезди.
- Мажите почесто заболуваат од жените.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Места на предилекција - зафатени кожни ареи по ред на фреквенција:
 - скалпот,
 - лицето (слика 5), веѓите, назолабијалните бразди (слика 89), истакнати делови,
 - ушите и ушните канали,
 - средногорните партии на градите и на грбот („перспирациони делови“) (слика 90),
 - дебелото месо, ингвиналната ареа, гениталиите (слика 21), пазувите,
- Ретко се генерализира.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Масни или суви луспи на скалпот (слика 91).
- Лесно десквамирачки егзематозни плаки на лицето на типичните локации, често придружени со чешање.
- Чешање и инфламација на ушниот канал.
- Блефаритис.
- Добро демаркирани егзематозни плаки во средината на горниот дел на трупот.
- Интертриго.

ЕТИОЛОГИЈА И ПАТОФИЗИОЛОГИЈА

- Зголемениот слој на себум врз кожата, составот на себумот и имунолошкиот одговор на пациентот го фаворизираат развојот на квасницата *Pityrosporum*.
- Деградацијата на себумот ја иритира кожата и предизвикува егема.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на типичната клиничка презентација и локализацијата на егземата.
- Кај псоријазата лушпите се потенки и региите на предилекција се разликуваат (лак-ти, колена). Псоријазата често има фамилијарна појава.

ТРЕТМАН

- Третманот трајно не ја лекува болеста. Мора да се повтори кога ќе се повторат и симптомите, па дури и профилактички да се дејствува (**ннд-В**).

Отстранување на дебелите сквами и намалување на количеството се-бум

- Сквामите можат да се омекнат со крем кој содржи салицилна киселина и сулфур (но не и вазелин) или со влажнење и миеење.
- Себореичната кожа треба да се мие почесто отколку вообичаено.

Намалување на растот на габички

- Миеење на скалпот со кетоконазолски шампон (**ннд-В**).
- Топичен третман со кремове кои содржат имидазолски деривати.
- Антимикотици во кожните набори (ретко е неопходно).
- Понекогаш ултравиолетова светлосна терапија.

Симптоматски топичен третман

- Кортикостероидни препарати за скалпот (од благи до потентни) (**ннд-В**).
- Кортикостероидни кремове за другите делови на телото (од благи до потентни).
- Навлажнувачки емолиенси по миеење.
- Кетоконазолски шампон и кортикостероидни кремове се комбинираат кај тераписки резистентните случаи.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Peter RU, Richarz-Barthauer U. Successful treatment and prophylaxis of scalp seborrhoeic dermatitis and dandruff with 2% ketokonazole shampoo: results of a multicentre double-blind, placebo-controlled trial. Br J Dermatol 1995;132:441-5
2. Hersle K, Mobacken H, Nordin P. Mometasone furoate solution 0.1% compared with ketoconazole shampoo 2% for seborrhoeic dermatitis of the scalp. Current Ther Res Clin Exp 1996;57:516-22
3. Eero Lehmuskallio, Article ID: ebm00282 (013.015), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 23.4.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години

3. Предвидено следно ажурирање до април 2008 година

НУМУЛАРНА ЕГЗЕМА

- Етиологија
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Индикација за специјалистичка консултација
- Референци
- Слики 92, 93

ЕТИОЛОГИЈА

- Етиологијата е непозната.
- Болеста е често наречена инфективна егзема иако инфективна етиологија не е верифицирана.
- Стресот може да биде предизвикувачки фактор.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Добро демаркирани плаки проследени со субјективно чувство на јадеж (слики 82, 92).
- Често се повторува во различни интервали.
- Пациентите со атопична или себороична егзема може да имаат лезии кои се класифицираат како нумуларна егзема.
- Се јавува во сите старосни групи.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира врз клиничката слика.
- Може да биде индицирана габична култура од единечни лезии.
- Бактериската култура од пројавените лезии е бескорисна. Обично се детектира *Staphylococcus aureus*, но неговото клиничко значење е контроверзно.
- Биопсијата, исто така, не е корисна.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Габична инфекција (ringworm):
 - најчесто се појавува во поплитеалната регија;
 - треба да се прегледаат стапалата и ноктите;
 - да се праща за контакт со домашни миленици и домашни животни.
- Псоријаза:
 - барајте лезии на типични места за псоријаза;
 - псоријатична дистрофија на ноктите;
 - псоријаза во фамилијата;

- можно е нумуларната егзема да не може да се диференцира од псоријазата; во тој случај, третманот е насочен против нумуларната егзема, а не специфично против псоријаза.
- Суперфицијален базилиоом:
 - солитарна плака која останува мирна долго време (дури и години).

ТРЕТМАН

- Некои пациенти одговараат на слаба кортикостероидна терапија; други не одговараат дури ни на многу потентни препарати (слика 93).
- Во влажната фаза треба да се нанесе крем на кожата и да се покрие со влажни компресии (вода, физиолошки раствор или понекогаш сребрен нитрат 0,01 до 0,1%).
- Калиум перманганат, понекогаш е неопходна целосна телесна бања во разредување 1:25.000 (растворот ќе ја бојоса бањата).
- СУП²⁶ или УВБ-светлосна терапија. Одговорот на третманот е варијабилен.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Доколку егземата одговара слабо на третманот, тогаш е потребно да се провери дијагнозата и да се испита можноста за секундарна алергија (спрема препаратите користени во третманот), и потребата од ефективна комбинирана терапија.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00284 (013.016), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 20.9.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до септември 2007 година

ТОКСИЧНА ЕГЗЕМА

- ▶ Етиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Дијагноза
- ▶ Терапија
- ▶ Референци
- ▶ Слика 94, 95

ЕТИОЛОГИЈА

- Хемиски (поретко физички) иританс може да ја оштети кожата и да предизвика ин-

- фламаторна реакција ако експозицијата е доволно силна и трае доволно долго.
- Најчувствителни се пациентите со атопична и сува кожа.
- Најчести етиолошки агенси се:
 - детергенти и вода (чистачки, домаќинки),
 - супстанции со висок рН,
 - растворувачи на масла,
 - пеленскиот дерматитис е, исто така, форма на токсична егзема.

СИМПТОМИ

- Вообичаено, егземата на дланките (слики 94) започнува меѓу прстите (слики 95) и на дорзалната страна на дланките, а подоцна се шири и на палмарната страна.

ДИЈАГНОЗА

- Историјата на болеста открива експозиција на типични иритативни фактори и позитивен ефект на избегнување на експозиција (на пример во текот на одморите).
- Контактна алергија може често да се исклучи со епикутани тестови.
- Тестовите треба да се направат ако со избегнувањето на експозицијата не се контролира егземата.
- Дијагностицирањето на атопичната егзема не ја отстранува можноста за постоење на токсична егзема кај ист пациент.

ТЕРАПИЈА

- Строго избегнување на иритирачкиот фактор.
- Треба да се носат заштитни ракавици (пластични подобро отколку гумени).
- Редовно да се употребуваат емолиенси за заштита на кожата.
- Обично се ефикасни и кортикостероидните кремиви.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Eero Lehmuskallio, Article ID: ebm00281 (013.014), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 23.4.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до април 2007 година

ПЕЛЕНСКИ ДЕРМАТИТИС (NAPPY RASH)

- ▶ Епидемиологија
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Терапија
- ▶ Референци

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се појавува најчесто на возраст од 9 до 12 месеци. Состојбата е ретка во западните земји.
- Пovoобичаена е кај деца хранети со кравјо млеко во споредба со тие на мајчино млеко.
- Пovoобичаен кај деца кај кои се користат пелени за повеќекратна употреба во споредба со тие за еднократна употреба.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Егзантемот е еритематозен, иритантен, често влажен и не ги зафаќа кожните набори.
- Кај случаи резистентни на терапија се разгледува можноста за други болести во диференцијалната дијагноза:
- хистиоцитоза (која, исто така, се појавува во длабочината на кожните набори).

ТЕРАПИЈА

- Треба да се користат пелени за еднократна употреба со добар апсорптивен капацитет.
- Времето на контакт помеѓу влагата, урината, фецесот и кожата треба да биде минимално.
- Треба да се менуваат пелените за еднократна употреба најмалку 8 пати на ден.
- Да се заштити кожата со заштитен крем.
- Цинк-паста или кремот со цинк диоксид се често најефикасните заштитни кремове или кортикостероидниот крем.
- Ако гореспомнатите третмани не се успешни, треба да се проба хидрокортизон-хлорхексидин крем.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00648 (032.040), © 2005 Duidecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС

- ▶ Цел
- ▶ Етиологија и епидемиологија
- ▶ Тригер-фактори и алергиски реакции
- ▶ Ризични групи
- ▶ Вкрстени реакции со банана и друго овошје
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман и профилакса
- ▶ Референци

ЦЕЛ

- Суспектна латекс-алергија кај пациенти и медицински персонал кои добиваат симптоми од гумани ракавици, кондоми, балони, бебешки играчки и инструменти кои имаат пластика.

ЕТИОЛОГИЈА И ЕПИДЕМИЛОГИЈА

- Латекс-алергијата е брза реакција (тип 1) на протеините од каучуковото дрво. Одложен (тип 4) реакција се јавува од хемикалиите кои се додаваат во гумите и се нарекуваат алергија на гума.
- Околу 0,1% од популацијата и 3-10% медицински персонал страда од алергија на латекс.

ТРИГЕР-ФАКТОРИ ЗА ПОЈАВА НА АЛЕРГИСКА РЕАКЦИЈА

- Операција, испитувања или ракавици.
- Катетар.
- Радиографски балони (бариумски клистер).
- Гумените делови на апаратот за притисок и стетоскопот кои можат да ги контаминираат рацете и да се пренесат на лицето.
- Играчки од гума и балон.
- Кондоми.
- Гумени завои.
- Туби за интубација.
- Анестетичка маска.

СИМПТОМИ

- Локализирана или генерализирана уртикарија и јадеж.
- Егзема на рацете.
- Конјунктивитис.
- Ринитис.
- Астма.

- Анафилактичка реакција.

РИЗИЧНИ ГРУПИ

- Пациенти со atopija или егземи на рацете.
- Чести операции (посебно кај деца на пример, спина бифида).
- Медицински персонал, посебно сестрите при операција и преглед, забари и сестри.
- Лица кои користат гумени ракавици за дома.
- Деца кои страдаат од алергија на храна.
- Повеќето реакции настануваат при директен контакт со гумата преку мукозните мембрани за време на операцијата, преносот или испитувањата. Контактот со кожата, исто така, е опасен кај егземи.
- Секој пациент треба пред операција да се праша за појава на симптоми предизвикани од ракавици, балони и кондоми.

ВКРСТЕНА РЕАКЦИЈА СО БАНАНИ И ДРУГО ОВОШЈЕ

- Вкрстена реакција на овошје и зеленчук (банана, киви, авокадо и компир) е опсервирана кај пациенти со алергија на природна гума латекс.

Треба да се распрашате за можните симптоми.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на кожен prick-тест
- РАСТ не е специфичен и сензитивен.
- Тестот на експозиција се прави во специјализирани клиники.

ТРЕТМАН И ПРОФИЛАКСА

- Да се избегнуваат производи кои содржат природен латекс.
- Персоналот што работи во иста околина треба да носи нискоалергени ракавици, контаминираната пудра од ракавиците се шири преку воздухот.
- Персоналот што е подложен на алергии треба да носи друг вид ракавици и ако нема симптоми, во секој случај ракавиците што не се од природна гума или винил треба да се користат.
- Персоналот не треба да користи ракавици од латекс ако пациентот има алергија на латекс.
- Види 1

РЕФЕРЕНЦИ

1. Turjamaa K, Alenius H, Makinen-Kiljunen S, Reunala T, Palosuo T. Natural rubber latex allergy. Allergy
2. Kristina Turjanmaa. Article ID: ebm00298 (014.005), © 2005 Duodecim Medical Publications Lt

1. EBM Guidelines, 28.2.2005, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2008 година

РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТИ И НА СВЕТЛИНА

- ▶ Дефиниција
- ▶ Симптоми и знаци за пречувствителност на светлина
- ▶ Медикаменти кои можат да предизвикаат сензибилизација на светлина
- ▶ Референци
- ▶ Слика 96

ДЕФИНИЦИЈА

- Светлосната ерупција може да претставува токсична или алергична реакција (слика 96).
- Фототоксичните реакции се повообичаени од алергиските и обично се појавуваат уште во текот на првиот курс на медикаментозната терапија ако е доволна експозицијата на светлина.
- Фотоалергиските реакции обично се појавуваат по повторно или долготрајно користење на медикаментот.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ НА ЧУВСТВИТЕЛНОСТ НА СВЕТЛИНА

Фотоалергиска реакција

- По експозиција на сонце или солариум.
- Кожата може да реагира со појава на еритематозен, булозен, ексудативен егзантем или со егзантем сличен на уртикарија асоциран со силен јадеж.

Токсична реакција

- Личи на изгореница, јасно е демаркирана од регијата експонирана на сонце и има минимален или воопшто нема јадеж.
- Кога егзантемот е на регијата експонирана на светлина, пациентот треба да даде податоци во врска со употребата на медикаменти, вклучително и природни лекови, кремове и други козметички производи. Дури и средствата за заштита од сонце може да содржат супстанции кои предизвикуваат фотосензитивност.
- Растенијата што содржат псоралени може да предизвикуваат токсични реакции. Примери за вакви растенија се фамилијата хераклеум и 'рдокви. Исто така, и целерот може да врши сензибилизација на светлина.

МЕДИКАМЕНТИ КОИ МОЖЕ ДА ПРЕДИЗВИКААТ СЕНЗИБИЛИЗАЦИЈА НА СВЕТЛИНА

Антимикробни медикаменти

- Тетрациклини: доксициклин.
- Изонијазид.
- Кинолони: норфлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин.
- Сулфонамиди, триметоприм-сулфаметоксазол.

Невролептици и антидепресиви

- Хлорпромазин (повеќе од другите невролептици)
- Промазин, левомепромазин
- Перфеназин
- Флуфеназин

Кардиоваскуларни медикаменти

- Тијазидни диуретици
- Фуросемид
- Кинидин
- Амјодарон

Нестероидни антиинфламаторни лекови

- Пироксикам
- Теноксикам

Дерматолошки медикаменти

- Изотретиноин
- Ацитретин

Локална терапија

- Катрански продукти
- Бензоил пероксид
- Третиноин
- Нестероидни антиинфламаторни лекови кои содржат гелови
- Хлортетрациклин
- Антихистаминици

Растителни продукти

Други медикаменти

- Трициклични антидепресиви
- Сулфонилуреа која се користи за дијабетес
- Невролошки медикаменти: амантадин, фенитоин, карбамазепин
- Цитотоксични медикаменти: флуороурацил, метотрексат, винбластин

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години

3. Предвидено следно ажурирање до 12.8.2006 година

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ФАКТОРИ НА ОКОЛИНАТА

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И СУШЕЊЕ

- ▶ Заштита на кожата од замрзнување
- ▶ Заштита на кожата од сонце
- ▶ Заштита на кожата од сушење
- ▶ Референци

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ

- Да се избегнуваат сапуни и други средства за миење.
- Да се избегнуваат лосиони и пени за бричење.
- Кремови за заштита од студено, вклучувајќи многу масни кремови го зголемуваат ризикот од замрзнување, бидејќи ја намалуваат температурата на кожата.
- Надворешната страна на облеката треба да е непропустлива за ветер, а внатрешната да задржува воздух и да е волуминозна.
- Да се избегнува перспирација со облекување алишта додека се вежба: неколку тенки облекувања се подобри отколку една дебела.
- Да се избегнува изложување на глава и врат на воздушна струја (ветер).
- Топлинската изолација на стапалата може да биде подобрена со носење покомотни чевли, со пластична навлака помеѓу два слоја чорапи, и со аплицирање на талк на стапалата.

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД СОНЦЕ

- Според резултатите на епидемиолошките студии, УВБ-зрачењето ја предиспонира кожата за добивање базалиоми, епидермални карциноми и соларни кератоци.
- УВБ е најважен ризик-фактор за настанување епидермален карцином, и ризикот од базалиом е директно пропорционален на кумулативната доза на УВА-радијација.
- Повторливи изгореници почесто отколку висока кумулативна светлина.
- Рефлексијата од песок, вода и особено снег го зголемуваат количеството на ултравиолетово зрачење. Адекватна заштита на кожата е задолжителна во состојби каде што има многу рефлектирачка светлина.
- Адекватното облекување и избегнувањето на експозиција на светлина посебно околу пладне помага при заштитата од сонце.
- Кремови за заштита од сонце со фактор 15 и повеќе се од корист (**ннд-В**), но не ја заменуваат адекватната облека.

ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД СУШЕЊЕ

- Заштитни кремови секогаш треба да се користат кога кожата се чувствува сува, рапава или кога има фисури.
- Повторуваното наводенување и делумното користење сапуни ја предиспонираат кожата кон сушење. Рацете би требало да се мијат само еднаш на ден, а пациен-

тите со контактна алергија би требало да користат заштитни ракавици.

- Заштитата е мошне важна кај пациенти со атопија и контактен дерматитис. Лицата со атопија треба да користат кремове на поголема површина на кожата од онаа што ја чувствуваат сува.
- Кератолитични масти (на пример, салицилна киселина или препарати со карбамид) се потребни кај петици со фисури.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Thompson SC, Jolley D, Marks R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med* 1993;329:1147-51
2. Naylor MF, Boyd A, Smith DW, Cameron GS, Hubbard D, Neldner KH. High sun protection factor sunscreens in the suppression of actinic neoplasia. *Archives of Dermatology* 1995;131:170-5
3. Editors, Article ID: ebm00266 (013.081), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.5.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2006 гина**

ИМУНОБУЛОЗНИ
ДЕРМАТОЗИ, БОЛЕСТИ
НА СВРЗЛИВОТО
ТКИВО, ИМУНОЛОШКИ
БОЛЕСТИ И
ВАСКУЛИТИ

ХРОНИЧНИ БУЛОЗНИ БОЛЕСТИ (DERMATITIS HERPETIFORMIS, PEMPHIGOID)

- › Цел
- › Организација на третманот
- › Херпетиформен дерматитис
- › Пемфигоид
- › Поврзани докази
- › Референци
- › Слики 97

ЦЕЛ

- Dermatitis herpetiformis и pemphigoid треба да бидат дијагностицирани.

ОРГАНИЗАЦИЈА НА ТРЕТМАНОТ

- Хроничните булозни дерматози се ретки. Дијагнозата опфаќа специфични испитувања (имунохистохемија), а третманот (дапсон, орални кортикостероиди, цитотоксични лекови) можат да предизвикаат компликации, поради што овие болести треба да се лекуваат од страна на специјалисти.

DERMATITIS HERPETIFORMIS

Дијагноза

- Типична везикула (слика 97) на еритемна кожа на лактите, колената, сакрално и на скалпот.
- Обичната хистопатологија обично е неспецифична, но имунохистопатолошката слика е од корист.
- Постојењето на глијадин, ретикулин, ендомизиум или транслутаминаза антитела можат да сугерираат коегзистирање на целијачна болест (абдоминални симптоми!). Гастроскопија и биопсија на тенкото црево се препорачува пред да се започне дијета. Не заборавете да прашате за други случаи во фамилијата.

Терапија

- Дијетата без глутен дава добри ефекти и кај пациенти со дерматитис херпетиформис кои немаат целијачна болест. Адекватна дијета се проценува како многу важна.
- Употребата на dapson²⁷ (кој е ефикасен за кожните симптоми) носи ризик за хемо-

27 Недостапно во Р. Македонија

лиза. Периодичните лабораториски анализи и клиничкото следење се апсолутно неопходни.

- Локалната употреба на кортикостероиди може да ги ублажи кожните симптоми.

Индикација за консултација со специјалист

- Специјалистот треба да биде консултиран за цело време – за дијагноза, третман и следење на dermatitis herpetiformis.

PEMPHIGOID

Дефиниција

- Автоимуна болест кај постари лица, која се манифестира со везикули и поголеми були кои се развиваат на еритемна кожа. Присутни се антитела насочени против базалната мембрана.

Симптоми

- Пемфигоидот се јавува кај постари лица (над 60-годишна возраст).
- На кожата на трупот и проксималните делови на екстремитетите се јавуваат пруригични, широки, просирни везикули или були на еритемна основа.
- Слузокожите обично се поштедени.
- Општата состојба на пациентот е непроменета.

Дијагноза

- Треба да се земе биопсија од свежа (мала) везикула или од еритемна лезија. Ако се биопсира везикула, парчето треба да ја содржи целата база на везикулата.
- Кај старите везикули епителот брзо регенерира и интерпретацијата на хистолошкиот наод може да е отежната.
- Имунохистологијата е дијагностички важна.
- Антитела против базалната мембрана можат да се откријат во серум (неуспешен тест не треба да го одложува почетокот на терапијата).

Диференцијални дијагнози

- Pemphigus (vulgaris, foliaceus, erythematous, vegetans)
 - Дистрибуција по возраст е широка
 - Ретко се споредува со пемфигоид
 - Имунохистологијата е дијагностичка
 - Потешко се третира од пемфигоид, може да е животна загрозувачки
- Epidermolysis bullosa
- Ретки генодерматози
- Порфирии - Porphyria cutanea tarda се презентира со везикули на дорзумот на дланките
- Dermatitis herpetiformis – некогаш се презентира со распространета болест, која тешко се разликува.

Терапија

- Системски кортикостероиди
 - Дозата е индивидуална. Иницијалната доза е релативно висока (40-60 mg/ден преднизолон) (**ннд-С**).
 - Континуирана терапија е ретко потребна.
- Некогаш кортикостероидниот третман мора да се комбинира со дапсон и со цитостатици.
- Локален третман со потентни кортикостероиди може да е доволен кај лимитирана болест(**ннд-В**).

Индикации за консултација на специјалист

- Потврда на дијагнозата и диференцијални дијагнози (имунохистохемија) е работа на специјалист. Пациентот мора да биде испратен кај специјалист без одложување.
- Cyclophosphamide комбиниран со кортикостероиди може да биде ефикасен за пемфигоид на мукозните мембрани и epidermolysis bullosa acquisita (**ннд-С**).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Cyclophosphamide²⁸ комбиниран со кортикостероиди може да биде ефективен за pemphigoid и epidermolysis bullosa acquisita.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Morel P, Guilliane JC. Treatment of bullous pemphigoid with prednisolon only: 0.75mg/kg/day versus 1.25mg/kg/day. Multicenter randomized study. Ann Dermatol Venereol 1984; 111:925-928.
2. Pekka Auttio, Article ID: ebm00271 (013.070), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 16.4.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 16.4.2006 година

СКЛЕРОДЕРМИЈА

- ▶ Основни правила
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Лабораториски наоди
- ▶ Дијагноза
- ▶ Терапија
- ▶ Прогноза
- ▶ Референци
- ▶ Слики 98, 99

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Склеродермијата се карактеризира со оштетување на малите крвни садови, имунолошки нарушувања, разраснување на сврзливото ткиво и задебелување и фиброза во дермот, олунзување.
- Болеста се дели на системска и локална форма.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Преваленцата на склеродермијата е 100-200/милион
- Инциденцата е поголема кај жени на 30-50 години.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Raupaud феноменот се забележува речиси кај секој пациент. Состојбата може да предизвикува улцераци и белези на прстите.
- Кожните промени се јавуваат особено на лицето, рацете и нозете. Најпрво се јавува оток на кожата, потоа задебелување и на крајот атрофија (слика 98, 99)
- Може да има телеангиектазии.
- 20-30% од пациентите имаат артралгија и мијалгија.
- Може да има гастроинтестинални симптоми, делумна дисфагија и рефлуксен езофагитис.
- Белодробна фиброза, белодробна хипертензија.
- Срцева инсуфициенција, аритмии.
- Бубрежни симптоми: протеинурија, хипертензија, склеродермална бубрежна криза, бубрежна инсуфициенција.

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Еритроцитната седиментација вообичаено е лесно забрзана. Нивото на CRP е нормално или средно покачено.
- Крвната слика обично е нормална.
- Кај системската форма на болеста, антинуклеарните антитела (АНА) се забележу-

ваат кај 90% од пациентите, ревматскиот фактор (РФ) кај 30% и анти-ScI-70 анти-телата кај 30% (**ннд-В**).

- Антицентромерните антитела се јавуваат кај CREST-синдромот (калциноза, Raynaud феномен, езофагијален хипомотилитет, склеродактилија и телеангиектази) (**ннд-В**).

ДИЈАГНОЗА

- Клиничка слика (промени на кожата, Raynaud феномен).
- Инволвирање на внатрешните органи.
- Серолошки наоди (**ннд-В**).
- Кожна биопсија, ако е потребна.

ТЕРАПИЈА

- Пациентот треба да внимава да не ја оштетува кожата, да избегнува експозиција на студено и да прекине со пушењето.
- НСАИЛ при артралгии и мијалгии.
- Кортикостероиди во воспалителната фаза на болеста.
- Блокатори на бавните калциеви канали и нитроглицеринска маст за периферните циркулаторни нарушувања.
- Инхибиторите на ангиотензин конвертирачкиот ензим (АКЕ) се препорачуваат како антихипертензивна терапија.
- Iloprost²⁹ (**ннд-В**) и.в. е ефикасен, додека празосин е средно ефикасен (**ннд-С**) за Raynaud феноменот кај прогресивната системска склероза.

ПРОГНОЗА

- Добра, кога болеста е ограничена во кожата.
- Белодробната или бубрежната инсуфициенција се знаци за лоша прогноза.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Spencer-Green G, Alter D, Welch HG. Test performance in systemic sclerosis: nti-centromere and Anti-ScI-70 antibodies (review). Am J Med 1997;103:242-248
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-971190. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. Pope J, Fenlon D, Thompson A, Shea B, Furst D, Wells G, Silman A. Iloprost and cisaprost for Raynaud's phenomenon in progressive systemic sclerosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000953. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
4. Pope J, Fenlon D, Thompson A, Shea B, Furst D, Wells G, Silman A. Prazosin for Raynaud's phenomenon in progressive systemic sclerosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000956. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
5. Tom Petersson, Article ID: ebm00445 (021.040), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш годишно.
3. Предвидено следно ажурирање до август 2006 година

АВТОИМУНА ПОЛИЕНДОКРИНОПАТИЈА - КАНДИДИЈАЗА - ЕКТОДЕРМАЛНА ДИСТРОФИЈА (АПЕКЕД)

- ▶ Основно правило
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Симптоми
- ▶ Терапија и следење
- ▶ Референци

Синоним: Автоимун полиендокринен синдром / Болест тип 1

ОСНОВНО ПРАВИЛО

- Треба да се посомнева за болеста кај сите деца и млади кај кои инаку се необјасниви.
 - Перзистентна или рекурентна орална кандидијаза (во благи случаи рагади на аглите на усните).
 - Хипопаратиреоидизам или Адисонова болест.
 - Алопеција.
 - Хроничен кератоконјунктивитис.
 - Автоимун хепатитис кај деца.
 - Флашинг еритем со треска кај деца.
 - Хронична дијареја или тешка опстипација.
- Сомневањето се зголемува со присуство на:
 - Хипоплазија на глеѓта на перманентните заби,
 - Дистрофија на ноктите со точкести вдлабнатини.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Автозомно рецесивно наследување: мутации на двата AIRE гени (хромозом 21q22.3)
- Се појавува кај сите популации; најчесто е препознаена кај луѓе со потекло од Финска, Сардинија и Евреи од Иран.
- Клиничката слика и текот се многу варијабилни.

СИМПТОМИ

- Симптомите се многу различни во зависност од присутните компоненти на болеста.
- Најчесто првите симптоми се:
 - ранички на аглите на усните,

- симптоми на хипокалцемија (тромавост, тетанија, конвулзии, често во поврзаност со фебрилна инфекција) или
- слабост, малаксаност и губење на телесната тежина.
- Ниеден од овие симптоми не е константен.
- Првите компоненти обично се појавуваат пред 15-годишна возраст, но понекогаш само во подоцнежната возраст. Нови компоненти можат да се развијат во текот на животот.
- Види Табела 1.

Табела 1. Преваленца (%) на компонентите на болеста на АПЕКЕД на возраст од 10 и 40 години кај серија од 89 пациенти од Финска

Компонента	10 години	40 години
Најмалку една ендокринопатија	74	100
Хипопаратиреоидизам	64	86
Адисонова болест	39	79
Дијабетес мелитус	3	23
Хипотиroidизам	1	18
Атрофија на овариуми		72
Машки хипогонадизам		26
Пернициозна анемија	2	31
Хепатитис	11	17
Хронична дијареја	11	18
Тешка опстипација	6	21
Историја на флашинг еритем со треска	9	11
Мукокутана кандидијаза	79	100
Кератоконјунктивитис	16	22
Алопеција	15	40
Витилиго	8	26

ТЕРАПИЈА И СЛЕДЕЊЕ

- Кај суспектни случаи треба да се консултира ендокринолог и притоа мора да врши супервизија на третманот на пациентите.
- Развојот на ендокринопатиите треба да се мониторира со соодветни лабораториски тестови.
- Терапијата на секоја компонента на болеста е слична на терапијата на истата кога се појавува сама. Сепак, ендокрините компоненти може да дејствуваат едни на други.
- Оралната кандидијаза мора ефикасно да се контролира, поради тоа што е канцерогена. Се препорачува следење од страна на специјалист по орална медицина.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Perheentupa J. APS-I/APECED: the clinical disease and therapy. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2002;31:295-320
2. Jaako Perheentupa, Article ID: ebm00532 (024.063), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 11.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 11.6.2006 година

HENOCH-SCHONLEIN ПУРПУРА

- ▶ Основно правило
- ▶ Симптоми и знаци
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Компликации
- ▶ Третман и следење
- ▶ Референци
- ▶ Слика 100

ОСНОВНО ПРАВИЛО

- Исклучи тешки инфекции и хематолошка болест пред да ја поставиш дијагнозата Henoch-Schönlein пурпура.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Болеста најчесто се јавува кај деца на возраст од 2-10 години.
- Папули кои се развиваат во петехии се јавуваат на долните екстремитети и глутеалната регија (слика 100).
- Периартикуларни отоци и осетливост се забележува во глуждовите, колената и понекогаш, исто така, во зглобовите на рацете и на лактите.
- Честа е абдоминална болка.
- Микроскопската хематурија е чест наод во раниот стадиум на болеста и често ја потврдува дијагнозата заедно со нормален број тромбоцити.
- Манифестен нефритис е редок и се јавува во подоцнежн стадиум на болеста.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Размисли за друга дијагноза ако пациентот има покачена температура над 38.5 °C.
- Серумската концентрација на CRP е над 20 mg/L или седиментацијата е над 35 mm/час.
- Бројот на тромбоцитите е намален или е најдена анемија или леукопенија.
- Имај на ум дека менингококната сепса предизвикува петехии и понекогаш, исто така, зглобни симптоми. Ако бројот на тромбоцитите е низок (<100) пациентот може да има идиопатска тромбоцитопенична пурпура или хематолошки малигнитет.

КОМПЛИКАЦИИ

- Акутните компликации на болеста опфаќаат интестинална инвагинација, мелена, и ретко крвање во други делови на телото.

ТРЕТМАН И СЛЕДЕЊЕ

- Пациентите без интестинални симптоми може да се третираат дома, но оние со абдоминална болка или мелена би требало да се хоспитализираат.
- Ако микроскопската хематурија продолжи по акутниот стадиум на болеста, неколку примероци од урина би требало да се земат во текот на 6 месеци. Консултирај специјалист ако за овој период се забележи протеинурија или симптоми на нефритис.
- Ако има иницијално ренално зафаќање, а особено ако реналните симптоми се тешки и траат повеќе од еден месец, реналната функција на пациентот мора да се следи во текот на животот, бидејќи ризикот од ренална инсуфициенција е значаен. Сите жени кои имале дури благи ренални симптоми за време на почетокот на Henoch-Schönlein пурпура, би требало внимателно да се опсервираат за време и по бременоста.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Ronkainen J, Nuutinen M, Koskimies O. The adult kidney 24 years after childhood Henoch-Schönlein purpura: a retrospective cohort study. Lancet 2002;360:666-670.
2. Ilkka Kunnamo, Article ID: ebm00653 (032.053), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.
1. **EBM Guidelines, 11.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

ERYTHEMA NODOSUM

- ▶ Цели
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Етиологија
- ▶ Симптоми и знаци
- ▶ Испитувања
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слика 101

ЦЕЛИ

- Идентифицирање на erythema nodosum
- Исклучување на можните причинители, како што е стрептококна инфекција, саркоидоза и јерсинија инфекција.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Почеста е кај жените за 3-4 пати.
- Појавата на болеста е асоцирана со одредени расни карактеристики и се јавува во одредени географски региони.
- Најчесто се јавува во адолесцентниот период.
- Повеќето случаи се јавуваат во зима и во пролет.

ЕТИОЛОГИЈА

- Инфективни болести:
 - стрептококен тонзилит (7-14 дена пред да се појави),
 - инфекција со *Chlamydia pneumoniae*,
 - *Yersinia*, салмонела,
 - примарна инфекција од туберкулоза.
- Саркоидоза
- Реакција на лекови:
 - Сулфонамиди,
 - хормонални причини: контрацептивни пилули, хормонални третмани.
- Етиологијата често останува непозната.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Солитарно црвено, нежно, елевирани нодули на предната страна на нозете (слика 86, 101), ретко на другите делови од телото.
- Замор, треска и артралгија, ретко може да се јави артрит.
- Забрзана седиментација на еритроцити.

ИСПИТУВАЊЕ

- Има за цел да се откријат другите болести кои се асоцирани со еритема нодозум за да бидат специфично третирани.
- Прашајте дали има симптоми кај други членови од семејството.

Основни испитувања

- Стрептококна култура од грлото.
- Рендгенграфија на белите дробови (саркоидоза, туберкулоза).
- Забрзана седиментација на еритроцитите, CRP.
- Испитување на крвта и на урината.

Испитувања според индивидуалната процена

- Антистрептолизински тест (промена на титарот или висока температура може да наведат на стрептококна инфекција).
- Антитела спрема *Yersinia*.
- Антитела спрема *Chlamydia pneumoniae* ако пациентот има респираторни симптоми.

ТРЕТМАН

- Одмор
- Третман на асоцираните болести
- НСАИЛ, ладни компреси

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Article ID: ebm00290 (013.075), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 11.1.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 11.1.2007 година

ЕРИТЕМОСКВАМОЗНИ
И ЛИХЕНОИДНИ
ДЕРМАТОЗИ

ПСОРИЈАЗА

- Дефиниција и преваленца
- Клинички карактеристики
- Чести клинички форми на псоријаза
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Фототерапија
- Системска терапија
- Упатување до специјалист
- Поврзани докази
- Референци
- Слики 102-108

ДЕФИНИЦИЈА И ПРЕВАЛЕНЦА

- Псоријазата е хронична дерматоза, која се карактеризира со добро дефинирани плаки покриени со сребренести сквами.
- Во Скандинавија и во Западна Европа преваленцата на псоријаза е приближно 2%. Ретко се јавува на возраст под 5 години. Постојат два лимита на јавување: помеѓу 16 и 22-годишна возраст кај тип 1 псоријаза и помеѓу 57 и 60-годишна возраст кај тип 2 псоријаза.
- Генетиката на овие два типа псоријаза се разликува.
- Генетичката предиспозиција на псоријазата е мултифакторијална. Најчесто е идентификуван седмиот генски локус. Најзначајниот локус (PSORS 1) лежи на хромозомот бр. 21.3. Само 10% од носителите на генот ќе манифестираат болест (гените за псоријаза се слабо пенетрантни).
- Псоријазата ја карактеризира абнормална регулација на интеракцијата помеѓу Т-клетките и кератиноцитите. Цитокините ослободени од Т-клетките кај пациентите со псоријаза одговараат на цитокините кои се ослободуваат од Th-1 40.
- Надворешните фактори (инфекциите, особено стрептококни, трауми на кожата, одредени лекови) честопати го тригерираат јавувањето на псоријазата. Стресот, пушењето и прекумерното консумирање алкохол може, исто така, да биде поврзано со јавување на псоријаза.

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Карактеристичните кутани лезии ја олеснуваат дијагнозата.
- Плаките се јасно ограничени, лесно елевирани и покриени со сребренести сквами (слика 102, 103).
- По енергичното гребење на сквамите се регистрира точкесто капиларно крвање (Auspitz-ов знак).
- Лактите, колената (слика 104), нозете, сакралната регија, скалпот (слика 07, 105) и гланс penis (слика 22) се предилекциони места.

- Зафаќањето на ноктите е често:
 - појава на точкести вдлабнувања;
 - одвојување на дисталната нокотна плоча од лежиштето на нокотот (onycholysis);
 - жолти флеки на нокотната плоча (масни макули) (слика 106);
 - субунгвална хиперкератоза;
 - Acrodermatitis continua Hallopeau е болна, локализирана пустулозна форма на псориаза која често води до деформирање на ноктите (слика 107).

ЧЕСТИ МАНИФЕСТАЦИИ НА ПСОРИЈАЗАТА

- Најчест тип е плакарна псориаза, која е стационарна форма на болеста со лезии често покриени со дебели сребрени сквами.
- Гутатната псориаза е често тригерирана од тонзилит. Таа е генерализирана по целото тело.
- Флексуралната псориаза е локализирана на интертригинозните регии (кожни набори, генитокруралната регија, аксилите, субмамарната регија, папокот).
- Еритродермичната псориаза (слика 108) е генерализирана форма на болеста и често резистентна на терапија. Може да се јави и пустулозна форма (пустулозна псориаза).
- Псориазата може да ги зафати зглобовите кај 5-10% од случаите.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира на клиничката слика.
- Биопсијата може да исклучи некои други кожни болести кои потсетуваат на псориаза.
- Може да помогне фамилијарната анамнеза за псориаза: повеќе од 50% од пациентите известуваат за присуство на болест кај членовите на фамилијата.

Скалп

- Кај себороичниот дерматитис (слика 5, 6) сквамите се ситни, тенки, масни и подобро реагираат на терапија. Себороичниот дерматитис тешко се разликува од псориазата кога нема зафаќање на другите регии на кожата.
- Габичната инфекција на скалпот ретко се јавува кај населението во Западна Европа. Главно се јавува кај деца. Оваа дијагноза може да биде исклучена со негативен нативен препарат и негативна култура за габички.
- Невродермитот на вратот (lichen simplex chronicus) го карактеризира изолирана, пруритична плака покриена со тенки сквами.

Прегибни регии

- **Себороичниот дерматит** може да потсетува на флексурална псориаза. Не секогаш е неопходно да се направи разлика помеѓу овие две состојби, поради тоа што третманот е ист.
- **Габична инфекција** (тинеја) може да потсетува на псориаза; меѓутоа, таа обично заздравува во центарот, а се шири периферно. За поставување на дијагнозата треба да се направи KOH и култура за габички.
- **Кандидијазата** не се сретнува често кај млади или кај пациенти на средна возраст.

Таа се манифестира како еритемна влажна промена и мацерација со околна сателитска ерупција.

- **Erythrasma** претставува макулозно кафено обоено поле со неколку симптоми, најчесто се сретнува на ципите. Таа е предизвикана од прекумерно растење на дифтероида на нормална кожна флора. Овие полиња флуоресцираат корално црвено под долги бранови на ултравиолетова радијација (Wood-ова ламба).
- **Дланки, стапала**
 - Хиперкератотичната егзема на дланките и палмоплантарната пустилоза тешко се разликуваат од псориајазата.
 - Габичната инфекција може лесно да се дијагностицира со микроскопско иследување и култура.

ТЕРАПИЈА

- Терпискиот избор зависи од типот на псориајазата и нејзината распространетост, тежината и местото на јавување на лезиите и донекаде од желбата на пациентот. Терпискиот избор зависи од возраста на пациентот, што имаме на располагање од терапија, чинењето на терапијата, како и од анамнезата на пациентот за претходните тераписки реакции.
- Треба да бидат земени предвид и други придружни болести (заболување на црниот дроб, висок крвен притисок, консумирање алкохол, HIV), како и постојна или планирана бременост.
- Има случаи кога псориајазата не треба да биде третирана (минорна псориајаза на лакти и колена), односно не влијае на квалитетот на животот на пациентот.

Локална терапија

- За лекарот од општа практика главна форма на терапија е употреба на разни масти и кремове.
- Локалната терапија може, исто така, да го зголеми ефектот на другите тераписки форми.
- Терапијата за блага до умерена плакарна псориајаза може да се состои од витамин Д деривати (calcipotriol и calcitriol)³⁰ или ретиноидни деривати (tazarotene)³¹. Овие се погодни за долготрајна употреба. Локалните кортикостероиди се, исто така, погодни, но нивната употреба треба да биде интермитентна.
 - **Емолиентите** може да се користат како општа терапија во неактивната фаза на болеста. Тие, исто така, можат да се користат за омекнување и отстранување на лушпи од скалпот (емолиентот навлегува во скалпот со триење навечер и се мие наутро).
 - Скалпот не треба се гребе за да се отстранат сквамите, оти тоа може да доведе до влошување на симптомите (Kobneg-ов феномен).
 - Емолиентска подлога со 5% салицилна киселина го зголемува ексфолијативниот ефект.
 - **Локални кортикостероиди (ннд-А)** мастите се обично поефикасни од кремвите.
 - На лицето и флексорните регии треба да се употребуваат благи до умерено потентни локални кортикостероиди.

30 Недостапно во Р. Македонија

31 Недостапно во Р. Македонија

- На другите регии на телото терапевски резултати се постигнуваат само со потентни до многу потентни масти.
- Локалните кортикостероиди може да се користат и за скалпот.
- Времетраењето на терапијата со кортикостероидните масти може да биде од 1 до 4 недели, во зависност од возраста на пациентот, од регијата која се третира и од потентноста на препаратот. По овој период третманот треба да се прекине. Потоа, треба да се користат емолиенти или други погодни терапевски режими.
- Кортикостероидите не се погодни за терапија на големи кожни површини.
- Терапијата на псоријаза кај деца обично се препишува само по консултација со дерматолог.
- Системски кортикостероиди не смеат да се користат за терапија на псоријазата, поради тоа што е можна прогресија на болеста во екстензивна форма на пустулозна псоријаза.
- Препаратите од **дрвен катран**³² се погодни за терапија на екстензивната гутатна псоријаза или за терапија на другите форми на псоријаза. Денес овие препарати не се користат толку често поради нивниот мирис.
- **Dithranol (anthralin)**³³ се користи како краткотраен контактен-режим.
 - Формулација со 1-3% dithranol се аплицира и се остава да стои 20-30 минути. Потоа мора да се измие.
 - Препаратот може да ги обои алиштата и трајно да ги обои кадата и мијалникот.
 - Дитранолот е погоден за терапија на псоријазата на скалпот.
- **Calcipotriol** е аналог на витамин Д. Го има на располагање во форма на маст, крем и раствор за скалп. Неговата ефикасност е слична на онаа на потентните локални кортикостероиди. Дозволена максимална неделна доза е 100 gr. од 50µg/g маст, крем или раствор.
- **Комбинацијата на calcipotriol со потентен локален кортикостероид**³⁴ е по-ефикасна од двете компоненти кога се користат поединачно (**ннд-А**).
 - Комбинацијата е погодна за иницијален третман на плакарна псоријаза кај возрасни.
 - Доволно е еднаш дневно дозирање, а терапијата може да трае повеќе од 4 недели.
 - Пациентот мора постојано да се контролира поради евентуалната појава на кожна атрофија предизвикана од кортикостероидите (истанчување на кожата, дилатирани капилари, еритем).
- **Calcitriol**³⁵ (**ннд-А**) е активна форма на витамин Д и е на располагање во форма на маст.
 - Неговата ефикасност е слична на она на потентните локални кортикостероиди.
 - Површината што се третира не смее да биде над 35% од целата површина на телото.
 - Максималната дневна доза е 30 gr од маста (3µg/g) или 210 g неделно. Маста треба да се аплицира двапати дневно.
 - Таа може да се користи заедно со локални кортикостероиди.

32 Ограничено достапен во Р. Македонија

33 Ограничено достапен во Р. Македонија

34 Недостапно во Р. Македонија

35 Недостапно во Р. Македонија

- **Tazarotene**³⁶ е локален ретиноид во форма на гел и се користи еднаш дневно (**ннд-В**).
 - Неговата ефикасност е слична на онаа на потентните кортикостероиди.
 - Кај некои пациенти може да се види иритација.
 - Додавањето потентни локални кортикостероиди го зголемува терапискиот успех.

Фототерапија

- Фототерапијата се користи за екстензивни форми на псоријаза (>20% од површината на телото) (**ннд-А**). Фототерапијата треба ба диде препишана врз основа на строги критериуми. Лекарот што ја препишува терапијата мора да биде верзиран во препишувањето на формите на фототерапија и дозите кои се неопходни посебно за секој тип кожа.
- Индикациите, соодветна доза и честотата на применетата фототерапија, како и придружната друга системска и/или локална терапија, бараат искусен и за таа област посебно обучен дерматолог. ПУВА (ултравиолетово А зрачење со псорален)³⁷ и ретиноиди може да биде препишано само од дерматолог.
- За да се редуцира кумулативната УВА доза и со намера да се редуцираат долготрајните несакани ефекти од фототерапијата се препорачуваат и различни комбинирани режими (т.е. ретиноиди).
- Климатотерапија (хелиотерапија).
 - Кожата мора да толерира изложување на сонце, т.е. кожата треба да потемне и не треба лесно да гори.
 - Сончањето започнува со мали УВА дози.
 - Времетраењето на сончањето зависи од фототипот на кожата и степенот на потемнување.
 - На времето потребно за сончање имаат големо влијание и географската локација, годишното време, периодот на денот, надморска височина и другите фактори, како што е загадувањето.
 - Не смеат да се даваат однапред подготвени шеми.
 - За плакарната псоријаза, обично три пати во неделата е сосема доволно за добри резултати.
- Контраиндикации се:
 - консумирање алкохол,
 - тешки ментални проблеми,
 - фотосензитивни медикаменти (amiodarone, piroxicam и doxycycline),
 - слаба општа состојба.
- Хелиотерапијата е ефикасен, но релативно скап тераписки начин, поради губење работни денови.
- Ултравиолетовата Б (УВБ) радијација е особено корисна кај гутатната псоријаза. УВБ-терапијата е поделена на конвенционална со широк спектар (ТЛ 12), УВБ-терапија (бранова должина 385 до 400 nm) и со тесен спектар (ТЛ 01)³⁸, УВБ-терапијата (бранова должина 309-313 nm) ТЛ 01 сега е прифатена во многу клиници како терапија од прв избор во областа на фототерапијата.
- Ефикасноста на УВБ-терапија со тесен спектар е најмалку компарабилна со онаа

36 Недостапно во Р. Македонија

37 Недостапно во Р. Македонија

38 Недостапно во Р. Македонија

на ПУВА- терапија. Долготрајните несакани ефекти на оваа УВБ- терапија сè уште не се познати.

- Ефикасноста на УВБ-терапијата може да биде зголемена со додавање системски ретиноиди (РеУВБ³⁹) и разни локални агенси компатибилни со фототерапија кои може да ја редуцираат кумулативната УВ- доза.
- ПУВА-терапијата е ефикасна и многу потребна форма на фототерапија. За време на РеПУВА- терапија пациентот прима истовремено системски ретиноиди (Acitretin).
- ПУВА-терапијата носи голем ризик од кожен рак. И покрај асоцираниот ризик, таа сè уште е најдобар тераписки избор за некои пациенти.

Системска терапија

- На пациенти со тешка псоријаза дерматологот може да препишува и Acitretin⁴⁰, methotrexate (**ннд-С**), hydroxyurea (**ннд-С**), циклоспорин (**ннд-А**), и сулфасалазин (**ннд-В**). Давањето на оваа терапија бара специјализирано искуство и регуларно следење. Во рандомизирана контролна студија е покажано дека methotrexate и ciclosporin обезбедуваат еднаква ефикасност за умерена до тешка плакарна форма на псоријаза.
- Во последно време во терапијата на тешка псоријаза се воведени и биолошките агенси, како што е alefacept⁴¹, efalizumab⁴², etanercept⁴³ и infliximab⁴⁴. Alefacept и efalizumab ја инхибираат Т-клеточна активација. TNF – alfa антагонистите, infliximab и etanercept се, исто така, ефикасни кај псоријатичниот артрит. Посебен ризик асоциран со примената на антагонистите на TNF alfa е активација на латентни инфекции (туберкулоза).

УПАТУВАЊЕ ДО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Децата и возрасните кои страдаат од псоријаза бараат комбинирани тераписки режими, или оние што страдаат од псоријаза и не реагираат на вообичаените тераписки модалитети, треба да бидат испратени кај дерматолог.
- Искусен дерматолог може да биде покорисен во дијагнозата на проблематичната псоријаза.
- Во случај на прекумерна употреба на кортикостероиди, пациентот треба да биде испратен кај дерматолог.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Не постои доказ кој ја поддржува антистрептококната терапија кај псоријазата (**ннд-С**).
- Комбинирани режими на локален calcipotriene со acitretin, cyclosporine и псорален-УВА изгледа не го зголемуваат терапискиот ефект кај хроничната плакарна псоријаза, но тие можат да го намалат долготрајниот ризик од токсични ефекти (**ннд-В**).

39 Недостапно во Р. Македонија

40 Недостапно во Р. Македонија

41 Недостапно во Р. Македонија

42 Недостапно во Р. Македонија

43 Недостапно во Р. Македонија

44 Недостапно во Р. Македонија

РЕФЕРЕНЦИ

1. Henseler T. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130:216-224
2. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Wahlström J. A population genetic study of psoriasis. *Br J Dermatol* 1994;131:32-39
3. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-456
4. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol* 1997;137:939-942
5. Jacobson C, Cornell RC, Savin RC. A comparison of clobetasol propionate 0,05 percent ointment and an optimized bethamethasone dipropionate 0,05 percent ointment in the treatment of psoriasis. *Cutis* 1986;37:213-220
6. Olsen EA, Cram DL, Ellis CN et al. A double-blind, vehicle-controlled study of clobetasol propionate 0,05% (Temovate) scalp application in the treatment of moderate to severe scalp psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:443-447
7. Tham SN, Lun KC, Cheong Wk. A comparative study of calcipotriol ointment and tar in chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1994;131:673-677
8. Runne U, Kunze J. Short-duration ("minutes") therapy with dithranol for psoriasis: a new out-patient regimen. *Br J Dermatol* 1982;106:135-139
9. Kragballe K, Beck HI, Sogaard H. Improvement of psoriasis by a topical vitamin D3 analogue (MC 903) in a double-blind study. *Br J Derm* 1988;119:223-230
10. Kragballe K. Treatment of psoriasis by the topical application of the novel cholecalciferol analogue calcipotriol (MC 903). *Arch Dermatol* 1989;125:1647-1652
11. Dubertret L, Wallach D, Souteyrand P et al. Efficacy and safety of calcipotriol (MC 903) ointment in psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:983-988
12. Highton A, Quell J and the Calcipotriene Study Group. Calcipotriene ointment 0,005% for psoriasis: A safety and efficacy study. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:67-72
13. Lebwohl M, Siskin SB, Epinette W et al. A multicenter trial of calcipotriene ointment and halobetasol ointment compared with either agent alone for the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:268-269
14. Lebwohl MG, Breneman DL, Goffe BS, Grossman JR, Ling MR, Milbauer J, Pincus SH et al. Tazarotene 0.1% gel plus corticosteroid cream in the treatment of plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:590-596
15. Gollnick H, Menter A. Combination therapy with tazarotene plus topical corticosteroid for the treatment of plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;140(suppl 54):18-23
16. Kragballe K, Gjertsen BT, De Hoop D et al. Double-blind, right/left comparison of calcipotriol and betamethasone valerate in treatment of psoriasis vulgaris. *Lancet* 1991;337:193-196
17. Cunliffe WJ, Berth-Jones J, Claudy A et al. Comparative study of calcipotriol (MC 903) ointment and betamethasone 17-valerate ointment in patients with psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:736-743
18. Molin L, Cutler TP, Helander I et al. Comparative efficacy of calcipotriol (MC903) cream and betamethasone 17-valerate cream in the treatment of chronic plaque psoriasis. A randomized, double-blind, parallel group multicentre study. *Br J Derm* 1997;136:89-93
19. Bruce S, Epinette WW, Funicella T et al. Comparative study of calcipotriene (MC 903) ointment and fluocinonide ointment in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:755-759
20. Lebwohl M, Ast E, Callen JP, Cullen SI, et al. Once-daily tazarotene gel versus twice-

- daily fluocinonide cream in the treatment of plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:705-11
21. Meffert H, Metz D, Sönnichsen N. Selektierte ultraviolett-phototherapie (SUP) mit fluoreszenzbrennern bei psoriasis vulgaris. I. Behandlungsergebnisse. *Dermatol Monatsschr* 1981; 167:210-216
 22. Pinzer B, Kadner H, Kleine-Natrop HE. Selektive ultraviolett-phototherapie (SUP) bei psoriasis. *Dermatol Monatsschr* 1981;167:293-297
 23. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PMM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Derm* 1997;137:943-949
 24. Lowe NJ, Prystowsky JH, Bourget T et al. Acitretin plus UVB therapy for psoriasis. Comparison with placebo plus UVB and acitretin alone. *J Am Acad Dermatol* 1991;23:591-594
 25. Green C, Lakshmiopathi T, Johnson BE, Ferguson J. A comparison of the efficacy and relapse rates of narrowband UVB (TL-01) monotherapy vs etretinate (re-TL-01) vs etretinate-PUVA (re-PUVA) in the treatment of psoriasis patients. *Br J Dermatol* 1992;127:5-9
 26. Hannuksela M, Karvonen J. Trioxsalen bath plus UVA effective and safe in the treatment of psoriasis. *Br J Dermatol* 1978;99:703-707
 27. Salo OP, Lassus A, Taskinen J. Trioxsalen bath plus UVA treatment of psoriasis. *Acta Dermatovener (Stockholm)* 1981;61:551-554
 28. Saurat J-H, Geiger J-M, Amblard P et al. Randomized double-blind multicenter study comparing acitretin-PUVA, etretinate-PUVA and placebo-PUVA in the treatment of severe psoriasis. *Dermatologica* 1988;177:218-224
 29. Griffiths CEM, Clark CM, Chalmers RJG, Li Wan Po A, Williams HC. A systematic review of treatments for severe psoriasis. *Health Technol Assess* 2000;4(40)
 30. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol* 1997;137:943-949
 31. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980690. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
 32. Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2002;146:351-64.
 33. Ashcroft DM, Li Wan Po A, Williams HC, Griffith CE. Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis. *BMJ* 2000;320:963-967
 34. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-20008265. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software
 35. Weinstein GD, Krueger GG, Lowe JL et al. Tazarotene gel, a new retinoid, for topical therapy of psoriasis: Vehicle-controlled study of safety, efficacy and duration of therapeutic effect. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:85-92
 36. Owen CM, Chalmers RJG, O'Sullivan T, Griffiths CEM. Antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD001976. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
 37. Asumalahti K, Ameen M, Suomela S ym. Genetic analysis of PSORS1 distinguishes guttate psoriasis and palmoplantar psoriasis. *J Invest Dermatol* 2003;120:267-632
 38. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T et al. Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. *Br J Dermatol* 1997;137:939-942
 39. Elder JT, Nair RP, Guo S-W, Henseler T, Christophers E. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130:216-224

40. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003; 361: 1197-1204
41. Lebwohl M, Suad A. Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:487-98.
42. Douglas WS, Poulin Y, Decroix J, Ortonne JP, Mrowietz U, Gulliver W, Krogstad AL, Larsen FG, Iglesias L, Buckley C, Bibby AJ. A new calcipotriol/betamethasone formulation with rapid onset of action was superior to monotherapy with betamethasone dipropionate or calcipotriol in psoriasis vulgaris. *Acta Derm Venereol* 2002;82:131-5
43. Guenther L, Cambazard F, van de Kerkhof PCM ym. Efficacy and safety of a new combination of calcipotriol and betamethasone dipropionate (once or twice daily) compared to calcipotriol (twice daily) in the treatment of psoriasis vulgaris: a randomised, double-blind, vehicle-controlled trial. *Br J Dermatol* 2002;147:316-323
44. Ortonne JP, Humbert P, Nicolas JF, Tsankow N, Tonew SD, Janin A, Czerniewski J, Lahfa M, Dubertret L. Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 3 microg g(-1) ointment and calcipotriol 50 microg g (-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol* 2003; 148:326-33.
45. Kowalczik L. Clinical experience with topical calcitriol (1,25-dihydroxyvitamin-D3) in psoriasis. *Br J Dermatol* 2001;144 (Suppl.58):21-25.
46. Langner A, Stapór W, Ambroziak M. Efficacy and tolerance of topical calcitriol 3 µg g-1 in psoriasis treatment: a review of our experience in Poland. *Br J Dermatol* 2001;144(Suppl 58):11-16.
47. Hönigsmann H. Phototherapy for psoriasis. *Clinical Exp Dermatol* 2001;26:343-350.
48. Lebwohl M, Darake L, Menter A, Koo J, Gottlieb AB, Zanolli M, Young M, McClelland P. Consensus conference: Acitretin in combination with UVB or PUVA in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:544-53.
49. Snellman E, Lauharanta J, Reunanen A, Jansen CT, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Kallio M, Luoma J, Aromaa A, Waal J. Effect of heliotherapy 6-month follow-up study. *Br J Dermatol* 1993;128:172-177.
50. Snellman E, Aromaa A, Jansen CT, Lauharanta J, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J, Waal J. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. *Acta Derm Venereol* 1993;73:388-392.
51. Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;138:288-292.
52. Green C, Ferguson J, Lakshmi pathi T, Johnson BE. 311 nm UVB phototherapy – an effective treatment for psoriasis. *Br J Dermatol* 1988;119:691-696.
53. Karvonen J, Kokkonen E-L, Ruotsalainen E. 311 nm UVB lamps in the treatment of psoriasis with the Ingram regimen. *Acta Derm Venereol* 1989;69:82-85.
54. Gordon PM, Diffey BL, Matthews JNS, Farr PM. A randomised comparison of narrow-band TL-01 phototherapy and PUVA photochemotherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:728-32.
55. Markham T, Rogers S, Collins P. Narrowband UV-B (TL-01) phototherapy vs oral 8-methoxypsoralen psoralen-UV-A for the treatment of chronic plaque psoriasis. *Arch Dermatol* 2003;139:325-328.
56. Voss A, Leverkus M, Bröcker E-B, Goebler M. Topical psoralen photochemotherapy with lethal outcome. *Arch Dermatol* 2001;137:383.
57. Garnstein RD. New treatments for psoriasis. *New Engl J Med* 2001;345:284-286
58. Heydendael VM, Spuls PI, Opmeer BC, de Borgie CA, Reitsma JB, Goldschmidt WF, Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. *N Engl J Med*. 2003 Aug 14;349(7):658-65.

59. Krueger G, Callis K. Potential of tumor necrosis factor inhibitors in psoriasis and psoriatic arthritis. Arch Dermatol 2004;140:218-225.

60. Erna Snellman, Article ID: ebm00288 (013.071), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 18.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година

ПСОРИЈАТИЧНА АРТРОПАТИЈА

- ▶ Основни правила
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Дијагноза
- ▶ Терапија
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Хроничниот артритис кај пациентите со псоријаза може да биде псоријатична артропатија ако клиничката слика јасно не сугерира друго заболување.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- 5-7% од пациентите со псоријаза имаат артритис. Кај тешка псоријаза, повеќе од 40% од пациентите имаат артритис.
- Склоноста кон заболувањето е детерминирана од генетички фактори. HLA-B27 позитивните пациенти често имаат сакроилеит или спондилит. Псоријатичната артропатија не е толку асоцирана со HLA-B27.

ДИЈАГНОЗА

- Артритисот може да претходи на псоријатичните кожни промени. Кај случаите со фамилијарна анамнеза за болеста и зафаќање на ноктите, лесно може да се постави дијагнозата.
- Карактеристиките на псоријатичната артропатија вклучуваат:
 - псоријатични нокти,
 - негативен ревматоиден фактор,
 - зафаќање на ДИФ-зглобови (често ДИФ+ПИФ),
 - дактилитис (колбасичести прсти или прстите на нозете),
 - инсерционитис или ентезопатија (воспаление на припоите на тетивите),
 - сакроилеитис или спондилитис,
 - ерозии на зглобовите на екстремитетите без придружна остеопороза,
 - асиметричен олигоартритис.

ТЕРАПИЈА

- Истите лекови во истите дози се аплицираат како за третман на ревматоидниот артритис:
 - НСАИЛ.
 - Метотрексат и сулфасалазин се најефикасните лекови (**ннд-В**). Метотрексатот е, исто така, ефикасен за псоријатичните кожни промени.
 - Системски стероиди и антималярици можат да ги влошат кожните промени.
 - Парентерално дадени соли на злато се поефикасни од орално дадени соли на злато.
 - Исто така, азатиоприн ја ублажува псоријатичната артропатија.
 - Циклоспоринот е ефикасен за кожните симптоми и го контролира артритисот.
 - Интраартикуларни стероиди се ефикасни.
- Прогнозата е често подобра отколку кај ревматоидниот артритис, но сепак постојат и тешки форми на заболувањето.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Jones G, Crotty M, Brooks P. Interventions for psoriatic arthritis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000212. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
1. **EBM Guidelines, 24.6.2004**, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно да се ажурира до јуни 2006 година

PITYRIASIS ROSEA

- › Етиологија
- › Симптоми
- › Диференцијална дијагноза
- › Терапија
- › Референци
- › Слика 109, 110

ЕТИОЛОГИЈА

- Претставува самолимитирачка болест. Може да биде предизвикана од некој вирус.

СИМПТОМИ

- Иницијално примарната лезија (примарен медалјон) се појавува на тропот. Лезијата е овална, розеникава по боја и со дијаметар до 3 cm (слика 109, 110). Подоцна се појавува лесна десквамација околу лезијата.
- По неколку дена се развиваат неколку помали (0,5-3 cm) лезии најчесто на гради-

те. Нивната долга оска се совпаѓа со ребрата.

- Некои пациенти се жалат на лесен јадеж.
- Болеста не е контагиозна. Највообичаена е во пролет и есен.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Пациентите со гутатна псоријаза често имаат фамилијарна анамнеза за псоријаза и десквамацијата е поназначена.
- Pityriasis versicolor се карактеризира со лезии кои се развиваат побавно. Бојата на лезиите обично не е розова и нема примарен медалјон.
- Секундарен сифилис е многу редок. Ако пациентот е сексуално активен и анамнезата е суспектна, може да биде индициран кардиолипински или сличен тест.

ТЕРАПИЈА

- Болеста е самолимитирачка и лезиите обично исчезнуваат за 6-8 недели. Лезиите не се појавуваат повторно.
- Пациентот треба да се увери дека прогнозата е добра и дека лезиите не се опасни. Обично не е потребна друга терапија.
- Јадежот може да се третира со благи кортикостероидни лосиони или перорални антихистаминици.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Drago F et al, Human herpesvirus 7 in pityriasis rosea. Lancet 1997;349:1367-1368
2. Eero Lehmuskallio, Article ID: ebm00283 (013.072), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 10.7.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до јули 2007 година

LICHEN PLANUS

- ▶ Етиологија
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слики 111-114

ЕТИОЛОГИЈА

- Напозната етиологија.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Еритемо-ливидни, рамни, сјајни, полигонални папули со бледо-мрежеста површина (Wickham-ови стрии) (слики 111 и 112).
- Некои папули можат да имаат були (Lichen bullosus).
- Лезиите на нозете можат да бидат хипертрофични (Lichen hypertrophicus).
- Во усната шуплина има појава на беличести мрежести промени (слика 113) кои можат да улцерираат.
- Кебнеровиот феномен: на местото на механичката дразба (гребнување) се јавуваат папули.
- Предилекциски места се рачниот зглоб, флексорната страна на рацете и глуждот (слика 114). Исто така, се јавуваат и на проксималните страни на дланките, табаните, долната усна и гланс пенис. Папули се гледаат и на трупот, посебно на сакралната регија.
- Лезиите се прследени со јадеж.

ДИЈАГНОЗА

- Клиничката слика е доволна за дијагноза.
- Кожна биопсија.

ТРЕТМАН

- Се чека на спонтанa ремисија. Нема точно време на настанување на спонтаното здравување. Најди сè во кожата на пациентот кога треба да се решиш за третман.
- Потентните кортикостероидни препарати (**ннд-С**) најчесто доведуваат до регресија на промените во текот на неколку недели.
- Не користете потентни стероиди додека не се контролира конечниот исход.
- Lichen planus на оралната мукоза е тежок за третман. Кортикостероиди, ретиноиди⁴⁵, cyclosporine (**ннд-С**), а понекогаш и криотерапија можат да бидат од корист (**ннд-С**). Можната иритација од амалгамите треба да се земе предвид.
- Не третирајте ги резидуланите хиперпигментации од lichen-папулите. Тие спонтано со текот на време ја добиваат нормалната боја.
- Ако лезиите на lichen planus генерализирани не можат да се лекуваат со локални терапевиски режими и тогаш треба да се ординира acitretin (**ннд-С**), griseofulvin (**ннд-С**), cyclosporine или ПУВА (**ннд-С**).
- Болеста рецидивира кај најмалку 50% од пациентите, често по неколку години.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Chan ES-Y, Thornhill M, Zakrzewska J. Interventions for treating oral lichen planus. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001168. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Buajeeb W, Kraivaphan P, Pobruksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83:21-5
3. Harpenau LA, Plemons JM, Rees TD. Effectiveness of a low dose of cyclosporin in the

management of patients with oral erosive lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;80:161-7

4. Lundquist G, Forsgren H, Gajecki M, Emtestam L. Photochemotherapy of oral lichen planus. A controlled study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;79:554-8
5. Cribier B, Frances C, Chosidow O. Treatment of lichen planus: an evidence-based medicine analysis of efficacy. Archives of Dermatology 1998;134:1521-30.
6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-990129. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
7. Pekka Autio, Article ID: ebm00289 (013.073), © 2004 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 30.12.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
- 3. Предвидено следно ажурирање до декември 2006 година**

БОЛЕСТИ НА ЛОЈНИТЕ ЖЛЕЗДИ

АКНИ

- Класификација на акните
- Терапија
- Цикатрикси од акни
- Индикации за специјалистичка консултација
- Докази релевантни за акни
- Референци
- Алгоритам 3
- Слики 115, 116

КЛАСИФИКАЦИЈА НА АКНИ

- Комедонални акни (*A. comedonicus*) (слика 115).
 - Голем број отворени или затворени комедони, но без инфламација.
- Вообичаени акни (*A. vulgaris*) или пустулозни акни (слики 116).
 - Пустули и комедони.
- Цистични акни (*A. cystica*).
 - Цистични фокуси на инфекција кои резултираат со цикатрикси.
- *Acne conglobata*.
 - Мултилобуларни инфламаторни цисти кои содржат гној.
 - Резистентни на терапија и со тенденција за формирање цикатрикси.
- *Acne fulminans*.
 - Невообичаена варијанта на акни кај млади мажи која е асоцирана со системски симптоми (треска, артралгија, инфламаторни жаришта на коските).
 - Терапија на избор се системските кортикостероиди, а не антибиотици.
 - Да се испрати пациентот со суспектни *acne fulminans* кај дерматолог без одложување. За оваа болест не се знае многу и често се остава без третман долг период.

ТЕРАПИЈА

Локална терапија

- Локална терапија е обично доволна за комедоналните акни и лесните форми на акни.
- Чистење на кожата со сапун или антибактериски детергенти.
- Комедоналните акни може да се третираат со:
 - кремове или раствори на ретиноична киселина,
 - гел *adapalen*⁴⁶,
 - *benzoyl peroxide* (3-10%),
 - Сите овие медикаменти на почетокот од терапијата може да дејствуваат иритативно. Затоа, треба да се користи ниска концентрација на активниот медикамент и да се советува пациентот да го измие по неколку часа. Толеранцијата на кожата се зголемува со текот на време.

46 Недостапно во Р. Македонија

- Вообичаените акни може да се третираат со:
 - локални антибиотици (раствор на Clindamycin),
 - ултравиолетова светлинска терапија (како курс од 15 третмани во комбинација со друга терапија) за раширена болест.
 - Ако ефектите од локалната терапија се незадоволувачки 2-3 месеци од нејзиниот почеток, треба да се започне со системска терапија.

Системска терапија

- Антибиотици
 - Tetracycline (**ннд-В**) и Erythromycin се еднакво ефикасни. Вообичаена доза е 250-500 mg/ден во текот на неколку месеци. Терапијата со tetracycline во текот на шест месеци или erythromycin 1 gr/ден е поефикасна од терапијата со пониски дози во пократок временски период. Забранета е употребата на тетрациклини кај деца под 12-годишна возраст.
 - Локалната терапија и светлосната терапија може да се користат симултано со системската терапија.
 - Локалната терапија не е доволна кај acne cystica и acne conglobata. Се ординираат системски антибиотици или се упатува пациентот на дерматолог. Цистите што содржат гној може да се дренираат со инцизија со игла со голем калибар или со скалпел.
- Хормонална терапија кај жени
 - Cyproterone acetate (антиандроген) + oestrogen во текот на 6 месеци ја редуцира екскрецијата на себацеалните жлезди и ги ублажува акните.

ЛУЗНИ ОД АКНИ

- Да се спроведе терапија со абразија на кожата или примена на ласерска терапија (**ннд- D**) само кога активноста на болеста комплетно ќе се намали.
- Цикатриксите може да се третираат само од страна на дерматолог или пластичен хирург.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Тешки форми на акни (Acne cystica, conglobata, fulminans).
- Ако вообичаената терапија не дава успех, дерматологот може да размислува за isotretinoin⁴⁷. Сепак, тој е со значителна тератогеност.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Нема доволно докази за процена на ефикасноста на spironolactone во терапијата на хирзутизмот и акните (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Garner SE, Eady EA, Popescu C, Newton J, LiWan Po A. Minocycline for acne vulgaris. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002086. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software

2. Jordan R, Cummins C, Burls A. Laser resurfacing of the skin for improvement of facial acne scarring. West Midlands: Department of Public Health and Epidemiolog. West Midlands Development and Evaluation Service. 11. 1998. 1-51.
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-999269. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
4. Jordan R, Cummins C, Burls A. Laser resurfacing of the skin for the improvement of facial acne scarring. Birmingham: Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham. West Midlands Development and Evaluation Service, Department of Public Health and Epidemiology (DPHE). DPHE Report No. 11. 1998. pp51.
5. The Health Technology Assessment Database, Database no.: HTA-998502. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
6. Lee O, Farquhar C, Toomath R, Jepson R. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000194. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
7. Jorma Lauharanta, Article ID: ebm00285 (013.060), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 13.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години

3. Предвидено следно ажурирање до 13.8.2006 година

УЛКУСИ

КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН НА УЛКУСИ НА ПОТКОЛЕНИЦА

- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Намалување на едемот кај венски улкус
- ▶ Општи препораки
- ▶ Локален третман
- ▶ Што треба да се запамти за локалниот третман
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Околу 90% од улкусите на потколеница се предизвикани од васкуларни болести:
 - венски
 - венски и артериски
 - артериски
 - дијабетични
 - васкулитични
 - хипертензивни.
- Треба да се направи процена на венската и артериската циркулација на долните екстремитети: доколку пулсот на a.tibialis posterior и a.dorsalis pedis не може да се палпира, треба да се пресмета скокално-брахијалниот (АБИ) индекс.
 - АБИ- индекс нормално е 1 или повеќе.
 - АБИ помалку од 0,8 означува сигнификантна патолошка вредност.
 - АБИ може да биде и необично висок, особено кај дијабетичари, поради артериската склероза.
- Постојат и многубројни ретки причини за улцери. На пример, не треба да се забораваат малигните кожни тумори.
- Компресивната терапија е најважен третман на венските улцери (**ннд-А**).
- Улкусите кои се резултат на артериска инсуфициенција треба да бидат испратени на консултација кај васкуларен хирург.

РЕДУКЦИЈА НА ЕДЕМОТ КАЈ ВЕНСКИТЕ УЛКУСИ

- Подигнување на ногата.
- Компресивни завои и чорапи (**ннд-А**).
- Малку еластични (short-stretch)⁴⁸ завои може да се употребуваат 24 часа дневно, се вадат само при пресоблекување.
- Компресивни чорапи (компресија класа Интермитентна пневматична компресија). Во случај постојната венска болест да не може да се коригира, по заздравување на улкусот, треба перманентно да се користи компресија со еластичен чорап (**ннд-С**)

ОПШТИ ПРЕПОРАКИ

- Корекција на анемијата.
- Соодветен третман на дијабетесот.
- Соодветен третман на срцева инсуфициенција.
- Подобрување на периферната циркулација (пентоксифилинот може да е ефикасен (ннд-В)).
- Длабоки инфекции и улкуси инфицирани со бета-хемолитичен стрептокок треба да се третираат со системски антибиотици.

ЛОКАЛЕН ТРЕТМАН

- Целта е да се отстрани некротичното ткиво и пурулентниот ексудат за да се создадат оптимални услови за заздравување на улкусот.

Улкуси со некроза

- Облоги за омекнување на некрозата.
- Хируршки дебридман (ннд-Д).
- Локална ензимска терапија (ннд-Д).
 - Стрептокиназа/стрептодорна⁴⁹ за раствор или гел.
 - Клостридиопептида⁵⁰ за маст.
 - Гелови за омекнување.

Улкуси со влажнење (секреција)

- Облози-купки за омекнување на секретот.
- Механичко чистење (ннд-Д).
- Хидроколоидни преврски.
- Локална ензимска терапија.
- Гелови за омекнување.

Улкуси кои се инфицирани и гнојат

- Антисептички бањи.
- Механичко чистење(ннд-Д).
- Влажни облоги: физиолошки раствор, раствори на сребро нитрат од 0,01 до 0,1% раствор, раствори на цинк сулфат од 0,25%.
- Полисахаридни средства кои содржат јод.
- Преврски со активен јаглен.
- Алгинати.

ДА СЕ ЗАПАМЕТИ ПРИ ЛОКАЛНИОТ ТРЕТМАН

- Да се користат препарати со низок потенцијал за сензибилизација, бидејќи развојот на алергиски контактен дерматит е чест кај пациенти со венски улкуси.
- Пред механичко чистење на улкусите, болните улцерации треба да бидат анестезирани со лидокаин гел или лидокаин/прилокаин крем (ннд-В).

49 Недостапно во Р. Македонија

50 Недостапно во Р. Македонија

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Во третман на симптомите на постфлебитичен синдром интермитентната компресија со голем притисок е поефикасна од компресијата со мал притисок (**ннд-С**).
- Нема докази дека употребата на меките ласери го подобрува заздравувањето на улкусите (**ннд-С**).
- Нема сигурни докази за ефикасноста на терапискиот ултразвук кај венските улкуси (**ннд-С**).
- Оралната употреба на цинк сулфат нема за цел заздравување на улкусот, но може да биде корисна кај пациенти со венски улкуси кои имаат ниско ниво на цинк во серум (**ннд-Д**).
- Малубројните тераписки обиди даваат слаби докази дека аплицирање на локален негативен притисок е супериорен во однос на влажни облоги со раствори кај излекувањето на венските улкуси (**ннд-С**).
- Нема доволно за да се препорача кој било вид облоги/купки во третманот на хроничните улкуси така што изборот треба да се базира на искуството (**ннд-Д**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Cullum N, Fletcher AW, Nelson EA, Sheldon TA. Compression bandages and stockings in the treatment of venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000265. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Update frequently.
2. Palfreyman SJ, Lochiel R, Michaels JA. A systematic review of compression therapy for venous leg ulcers. *Vascular Medicine* 1998;3:301-313.
3. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database No :DARE-993749. In The Cochrane Library ,Issue 1,2001. Oxford:Update Software.
4. Peters J. A review of the factors influencing nonrecurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurs* 1998;7:3-9
5. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-985381. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software
6. Nelson EA, Bell-Syer SEM, Cullum NA. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002303. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
7. Jull AB, Waters J, Arroll B. Oral pentoxifylline for treatment of venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001733. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
8. Bradley M, Cullum N, Sheldon T. The debridement of chronic wounds: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1999;3:1-78
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-999770. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software
10. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001177. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
11. Flemming K, Cullum N. Laser therapy for the treatment of venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001182. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
12. Flemming K, Cullum N. Therapeutic ultrasound for venous leg ulcers. The Cochra-

- ne Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001180. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
13. Johanssen F, Gam AN, Karlsmark T. Ultrasound therapy in chronic leg ulceration: a meta-analysis. *Wound repair Regeneration* 1998;6:121-126
14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-985505. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
15. Wilkinson EAJ, Hawke CI. Oral zinc for chronic leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001273. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
16. Evans D, Land L. Topical negative pressure for treating chronic wounds. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001898. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
17. Author: Ken Malanin, Article ID: ebm00104 (005.050), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 11.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 11.6.2006 година

ПРЕВЕНЦИЈА И ТРЕТМАН НА РАНИ ОД ПРИТИСОК (ДЕКУБИТУС)

- ▶ Фази на настанување на рани од притисок
- ▶ Класификација
- ▶ Првична процена
- ▶ Превенција
- ▶ Терапија
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритми 4 - 9
- ▶ Слика 117

ФАЗИ НА НАСТАНУВАЊЕ РАНИ ОД ПРИТИСОК

- Прв знак за настанување на рана од притисок е хиперемија. Следува одлепување на епидермисот, були и крусти, улкус и евентуално инфизиран улкус (слика 117).

КЛАСИФИКАЦИЈА

- Декубитусите се класифицирани во четири групи во зависност од екстензитетот на оштетување на ткивото:
 - непоблудувачки еритем на интактна кожа;
 - кожен дефект ограничен на епидермис или демрис;

- оштетување на цел дермис и супкутис со демаркација до фасција;
- кожен дефект со ткивна деструкција или некроза кој пенетрира до мускулот, коската или до сврзливото ткиво.

ПРВИЧНА ПРОЦЕНА

- Одреди го степенот и големината на раната.
- Забележи фисури, кавитети, некрози, гранулации и епителизација.
- Дијабетес, нарушена периферна циркулација, имунодефициенција, болест на сврзливото ткиво, психоза и депресија се ризик-фактори за неуспешно заздравување.
- Испитувањето на серумски албумен е корисно за проценување на нутриционит статус.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Позицијата на пациентот се менува повремено (на интервали од околу 2 часа).
- Забележи хиперемии на кожата секој пат кога се менува позицијата.
- Сакралната регија е највулнерабилна. Лежење на страна, исто така, не е дозволено поради притисок на трохантерот.
- Не е дозволена екцесивна елевација на главата или горниот дел на трупот за подолг период.
- Декомпресивен душек се користи кај пациенти со висок ризик за декубитус, особено ако веќе имаат декубитус (**ннд-А**). Душеците за декомпресија се класифицираат како статични и динамични.
- Статичниот декомпресивен душек (водата или воздухот не се движи) е задволувачки за пациенти кои можат да си ја менуваат сами позицијата. Лесниот воден душек е најдобар статичен душек и се приближува по својата ефикасност кон динамичките кревети.
- Провери ја ефикасноста на душекот, ставајќи ја раката под пациентот и процени ја збиеноста на душекот на местото каде што притисокот е најголем (збиеноста треба да биде најмалку 2-3 cm).
- Може да се користат овчо крзно или мека влошка на лакотот или на петицата (не прстени кои го пренесуваат притисокот од едно на друго место) или перници.
- Динамичен душек (кај кој воздухот или водата се пумпа од една преграда во друга) е индициран кај луѓе кои не можат сами да си ја менуваат позицијата или кај кои раните не покажуваат знаци за заздравување.
- Душеци со мало губење воздух или со воздух флуидизиран душек (**ннд-А**) е индициран кај случаи со рани од голем степен 3 или 4.
- Оптимална хидрација и чистење на кожата.
- Користи емулзии, хидрантни кремове или нежен лосион за кожа.
- Кожата може да се чисти со нежен сапун.
- Кај пациенти со инконтиненција се препорачува уринарен катетар.

ТРЕТМАН

Хиперемии или суперфицијално одлепување на кожа

- Минимизирај го притисокот.

- Адхезивни хидроколоидни преврски (на пример дуодерм⁵¹)
- Да се избегнува фриkcијата.
- Воздушна бања.
- Була или круста.
 - Не ја раскинувај булата.
 - Ако ткивото под крустата е безболно и не е инфицирано и ако нема флукуација или исцедок од раната или еритемот од околната кожа, остави ја крустата интактна и покриј ја со чиста преврска. На овој начин треба да се третираат крустите на петиците.
 - Минимизирај го притисокот.

Чист улцер

- Минимизирај го притисокот.
- Исчисти ја површината на улцерот со антисептично средство (на пример 10% повидон јод), но има малку докази за ефикасноста од чистењето (**ннд-D**).
- Аплицирај 1% р-р на сребрен нитрат (**ннд-D**).
- Покриј го улцерот со масни преврски или со хидроколоидни.
- Размислувај за хируршки третман (трансплантација на кожа).

Некротичен улцер

Отстрани го некротичното ткиво на почетокот на третманот и при секое менување на преврските.

- Механички дебридман со скалпер е најбрз метод. Се препорачува ако има многу некротично ткиво и ако е присутна инфекција (целулит, сепса) .
- Наизменични суви и влажни преврски (не на гранулирана површина).
- Користи ензимски дебридман кај пациенти кои не можат да толерираат механички и ако улцерот е неинфициран. Кај инфицирани улцери ензимскиот дебридман е премногу бавен.

Инфициран улцер

- Измиј го со вода, се преферира употреба на туш.
- Аплицирај hydrogen peroxide на улцер кој мириса при менувањето на преврска, промиј го.
- Компреси со 0,1% сребро нитрат ќе се задржат влажни со додавање по потреба на раствор сребро нитрат.
- Користи топични третмани кои чистат (апсорбирачки гел или адсорбирачки преврски покриени со пластичен филм).
- Користи системски антибиотик ако постои инфекција во околно ткиво (еризипел!).

Обезбеди адекватна нутриција (**ннд-C**)

- Одржувањето позитивен нитрогенски баланс бара 30-35 kcal/kg/ден и 1.25-1.5 g протеини/kg/ден.

РЕЛЕВАНТНИ ДОКАЗИ

- Терапевтскиот ултразвук не е ефикасен кај декубитусите (**ннд-C**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE ym. Treatment of pressure ulcers. Clinical practice guideline, No. 15. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication No. 95-0652. December 1994
 2. Cullum M, Deeks J, Sheldon TA, Song F, Fletcher AW. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001735. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
 3. Margolis DJ, Lewis VL. A literature assessment of the use of miscellaneous topical agents, growth factors, and skin equivalents for the treatment of pressure ulcers
 4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950955. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 5. Flemming K, Cullum N. Therapeutic ultrasound for pressure sores. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001275. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
 6. Editors, Article ID: ebm00292 (013.083), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 21.10.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до октомври 2007 година**

БОЛЕСТИ НА КОСАТА И НА НОКТИТЕ

ОПАЃАЊЕ НА КОСАТА

- ▶ **Alopecia areata**
- ▶ **Машки тип ќелавост**
- ▶ **Референци**
- ▶ **Слика 118**

ALOPECIA AREATA

- Жаришно губење на косата (слика 118).
- Малите жаришта спонтано се пополнуваат во текот на неколку месеци.
- Прогнозата за опаѓањето на косата е лоша, особено ако се афицирани и трепките, веѓите и брадата.
- Причина, исто така, може да биде дискоиден лупус еритематозус.

Третман

- Примената на различни третмани не е одлучувачка за прогнозата, но може да го подобри порастот на косата до одреден степен.
- Топични кортикостероидни масти.
- ПУВА-третманот обично доведува до привремено подобрување.
- Стероидни инјекции аплицирани од страна на дерматолог се делумно ефикасни.
- Перики.
- Експерименталното лекување водено од страна на дерматолог вклучува сензибилизациони третмани засновани на контактна алергија.

МАШКИ ТИП ЌЕЛАВОСТ

- Обично ги зафаќа повозрасните мажи, но може да се јави и кај помлади лица во некои семејства.
- Нема убедливи податоци од ефектите на миноксидил. Ако лекот даде ефекти, тие се губат по престанок на неговата апликација.
- Миноксидилот⁵² се употребува за андрогенетска алопеција кај жените.
- Перорален третман со 1 mg/дневно финастерид⁵³ има сличен ефект како топичниот миноксидил на машкиот тип ќелавост во рана фаза.
- Пред почетокот на третманот, пациентот би требало да биде информиран дека, за да биде ефективен третманот со миноксидил или финастерид, би требало да се користи континуирано во текот на животот и дека тоа е скапо. Престанокот на третманот доведува до губење на постигнатите ефекти во текот на следните 3 - 12 месеци. Повторен третман не ја враќа состојбата што потоела пред престанокот.
- Трансплантацијата на коса и другите пластично-хируршки техники може да резултираат со прифатлив исход.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Eero Lehmuskallio, Article ID: ebm00291 (013.003) 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 13.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2007 година

СРАСНАТ НОКОТ НА ПРСТИТЕ НА НОЗЕТЕ: ОДЛЕПУВАЊЕ НА НОКОТОТ И ФЕНОЛИЗАЦИЈА

- ▶ Основни правила
- ▶ Техники
- ▶ Лекување на паронихија
- ▶ Референци
- ▶ Слика 119

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Доколку купките на прстот и носењето широки чевли не резултира со заздравување, најдобриот третман е сечење и едноставна авулзија на крајот од нокотот комбинирана со фенолизација. Овој метод е поефикасен (**ннд-А**) и побезболен од хируршката ексцизија.

ТЕХНИКИ

- Четирите нерви на прстите се блокираат со 1% лидокаин.
- Исечете со ножици парче од 3-5mm. од латералниот раб на нокотот. Продолжете со инцизијата на проксималниот раб. Одлепете го парчето од подлогата и извадете го со клешти. Целиот проксимален "корен" треба да се отстрани.
- Исушете ја добиената дупка и ставете тенок слој вата потопена во 80% фенол. Заменете ја со нова 2-3 пати и држете ја секоја од ватите приближно 45 сек. Внимавајте да не се разлее фенолот на околната кожа. Исчистете ја околината и отстранете го вишокот фенол со апликатор натопен во физиолошки раствор или инјектирајте физиолошки во раната со шприц без игла.
- Покријте го прстот со завој.
- Кажете му на пациентот да го промива прстот од наредниот ден 10-15 мин. два пати дневно сè додека има секрет од раната.
- Акутна инфекција околу работ на нокотот не е контраиндикација за оваа процедура.
- Види слика 119

ЛЕКУВАЊЕ ПЕРИОНИКСИС

- Ексцизија и фенолизација на враснатиот нокот е често непотребна.
- Кај симптоматичен апцес треба да се направи инцизија и да се промива со хиперманганов раствор кој е ефикасен антисептик (растворен 0,5 g. во 5 L. вода). Кај по-

тешки инфекции се даваат цефалоспорини од прва генерација или клоксацелин.

- Избегнете повторно влажнење на рацете додека работите. За токсична егзема е корисен кортикостероиден крем или комбинација на кортикостероид со антифунгално средство особено кај прстите на нозете.
- Советувајте го пациентот да носи широки чевли и суви чорапи.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Rounding C, Hulm S. Surgical treatments for ingrowing toenails. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001541. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
2. Editors, Article ID: ebm00294 (013.080), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.1.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јануари 2008 година**

ПЕДИЈАТРИСКА
ДЕРМАТОЛОГИЈА

АЛЕРГИСКИ БОЛЕСТИ ВО ПЕДИЈАТРИСКАТА АМБУЛАНТА

- ▶ Индикации за понатамошни испитувања и консултации со специјалист
- ▶ Респираторни симптоми и ринитис
- ▶ Референци

За atopски дерматитис, алергија од кравјо млеко, дијагностички природ за atopија, дијагностички природ за алергија од храна, види на друго место.

ИНДИКАЦИИ ЗА ПОНАТМОШНИ ИСПИТУВАЊА И КОНСУЛТАЦИЈА СО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Дерматитис
- Детето има екстензивен дерматитис кој не реагира на топична терапија.
- Постои сомневање за сензибилизација на главните прехранбени продукти (млеко од крава, вообичаени cereалии).

РЕСПИРАТОРНИ СИМПТОМИ И РИНИТИС

Алергиски ринитис кој не реагира на благи лекови

- Алергискиот ринитис за кој е можна хипоензибилизација (НБ локални тераписки упатства за хипоензибилизација: возраст барем 5 години, IgE-посредувана алергија).
- Сомневање за астма:
 - рекурентен опструктивен бронхитис (повеќе од 2-3 епизоди),
 - прв случај на опструктивен бронхитис ако член од прва линија на семејството има астма или ако кај детето е докажана IgE-посредувана алергија на храна или atopски дерматит,
 - пролонгирана кашлица истовремено со алергискиот ринитис во текот на поленската сезона,
 - пролонгирана кашлица (која трае подолго од 6-8 недели), особено ако фамилијарната анамнеза е позитивна,
 - пролонгирана ноќна кашлица секоја ноќ,
 - детето е невообичаено уморно и има недостаток од воздух при играње, особено ако се наслушне свиреж при дишењето,
 - болка во градите при физичка активност.

РЕФЕРЕНЦИ

- Ilkka Kunnamo, Article ID: ebm00587 (028.017), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 14.5.2001, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до мај 2006 година

АТОПИСКИ ДЕРМАТИТИС КАЈ ДЕЦА: КЛИНИЧКА СЛИКА И ДИЈАГНОЗА

- ▶ Клиничка слика
- ▶ Клиничко испитување
- ▶ Терапија на atopски дерматитис кај деца
- ▶ Референци
- ▶ Слики 120, 121

КЛИНИЧКА СЛИКА

Доенчиња (под 1 година)

Атописки дерматитис = доенечка егзема.

- **Себориичен тип доенечка егзема** се јавува во вид на красти на скалпот дури во првите неколку недели на животот. Исто така, се јавува во вид на дерматитис на кожните набори и може да се развие во еритродермија.
- **Нумуларен тип доенечка егзема** започнува во вид на печати, често како крусто-зен дерматитис на образите (слика 120), задникот и/или екстремитетите обично на возраст од 2-6 месеци. Овој тип дерматитис, исто така, може да се развие во еритродермија.

Предучилишни деца

Доенечкиот егзем исчезнува кај околу 50% деца пред 2-годишна возраст. Кај другите дерматитисот продолжува, но има тенденција да се јавува во кожните набори.

Училишни деца

- Во училишната возраст, дерматитисот преодминантно се наоѓа во кожните набори. Посебните форми на дерматитис ги зафаќаат воларните страни на дланките и плантарните површини на стапалата (јувенилни палмарни и плантарни дерматози) (слика 121). Симптомите од страна на дланките и стапалата се најизразени за време на влажно и студено време, и дури можат и да исчезнат во текот на сончеви лета.
- Кога се дијагностицираат дерматози на стапалата, треба да се запамти дека дерматофитозата е многу ретка кај децата. Да се внимава да не се постави погрешна дијагноза и да се дава непотребна терапија.
- Атопискиот дерматитис на задникот и на внатрешните страни на натколениците обично започнува на 1-2 години пред училишната возраст и обично завршува во адолесцентниот период.

КЛИНИЧКО ИСПИТУВАЊЕ

- Клиничката слика е обично доволна за поставување на дијагнозата.
- **Кожен prick-тест** е индициран ако:

- детето има умерен до тежок дерматитис,
- дерматитисот зафаќа голема површина во која било возраст (еритродермичен или прееритродермичен),
- се јавуваат акутни епизоди на дерматитис,
- дерматитисот е лоциран на очните капаци, усните и периоралната област,
- покрај дерматитис, пациентот има истовремено и респираторни или гастроинтестинални симптоми,
- пациентот е алергичен на полени.
- Кожните рick-тестови ги вклучуваат алергените од храна и респираторните алергени. Тестовите ги прави специјалист.
- РАСТ е алтернативен метод за детекција на респираторни алергии, но во многу случаи на алергија на храна, кожните рick-тестови даваат посигурен резултат.
- Резултатите од кожните тестови и РАСТ се посигурни кај помали деца.
- Се изведува patch-тестирање за храна. Мислењето за сигурноста на овие тестови не е униформно.
- Обично се неопходни елиминациона диета и перорални провокациони тестови со храна, со цел да се потврди дијагнозата на алергија на храна, особено спрема цереалии и млеко.
- Треба да се има на ум дека и мајчиното млеко може да биде алергено.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sakari Reitamo. Article ID: ebm00646 (032.042). © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до август 2006 година

ИСПИТУВАЊА КАЈ АТОПИЈА

- ▶ Избор и време на испитувањата
- ▶ Кожен рick-тест
- ▶ Референци
- ▶ Слика 122

ИЗБОР И ВРЕМЕ НА ИСПИТУВАЊАТА

- Анамнезата е најдобар избор за иследување на алергијата.
- Третман на пациентот без резултати од тестовите.

Кожен рick-тест е базичен метод за сите возрасти

- Одредувањето на нивото на тоталниот IgE во крвта е несензитивен тест и обично не е од голема важност. Нормалното ниво не исклучува алергија, а високото ниво сугерира atopiska конституција. Сепак, не го детектира алергенот.
- Тенденцијата кон atopија може да се испита со тестирање на **IgE антителата кон вообичаените инхалаторни антигени**. Позитивните резултати укажуваат на хи-

персензитивност и можат да ги насочат испитувањата кон специфичните алергени.

- Хиперсензитивноста кон храната не треба да се испитува.
- Алергија = доказ за имунолошка сензитивност + клинички симптоми.

Ринитис

- Кај јасен сезонски ринитис (вклучувајќи воздушни полени) алерголошките испитувања не се задолжителни.
- Кај перзистентен ринитис треба да се направат тестови за елиминирање на специфичниот алерген.
- Ако треба да се даде специфична терапија, мора да се верификува сензибилизацијата посредувана со IgE.

Астма

- Анамнезата за постоење алергии е есенцијална. Кожните тестови со релевантните инхалативни аларгени во повеќето случаи се суфициентни.
- Претераното елиминирање на алергенот е ретко од бенифит. На пример, исфрлање од употреба на душекот и перницата од пердуви ја подобрува состојбата.
- Инструкции како да се избегнат алергените и давање индивидуални препораки како да се препознаат аларегените.

Егзема

- Екстензивен atopиски егзема, егзема околу устата, очите или аналниот отвор, посебно кај пациенти кои имаат гастроинтестинални симптоми сугерираат алергија кај децата. Екстензивни тестирања (кожни prick- тестови) би требало да се избегнуваат (слика 4).
- Таканаречено "зимско-стапало" обично не е асоцирано со аларегии (слика 122).
- Екстензивниот atopиски дерматитис кај возрасни е индикација за испитувања.
- Заздравување на егземата за време на летниот одмор покажува алергија од нутритивна природа.
- Испитување за алергија на храна: види на друго место.
- Индикација за кожни prick-тестови кај дерматолошките болести и лекување со антихистамински лекови: види 2.

КОЖЕН PRICK-ТЕСТ

- Да се процени непосредната (IgE посредувана) алергија.
- Следи ги инструкциите од производителот.

Стандардните серии на кожните prick-тестови

- Опфаќаат, на пример:
 - Бреза (*Betula sp.*)
 - Попино прасе (*Phleum pratense*)
 - Тенколисна трева (*Festuca pratensis*)
 - Растенија од родот *Artemisia vulgaris*
 - Мувли - *Cladosporrium herbarum*
 - Куче
 - Мачка

- Коњ
- Домашна прашина
- Природна гума (Latex)

Интерпретација на кожните prick-тестови

- Хистамински раствор се користи како позитивна контрола, а стандарден раствор од алергенски екстракт како негативна контрола.
- Позитивната реакција се карактеризира со појава на јадеж и на папула опкружена со еритем. Реакцијата обично се јавува 15 мин. по тестирањето.
- Долна граница за позитивна реакција е еритем од 3 mm во дијаметар. Треба да се забележи дијаметарот (тоа е средна вредност од најголемиот и најмалиот дијаметар: $(D+d)/2$). Големината на реакцијата би требало да биде најмалку половина од реакцијата која е предизвикана од хистаминот за да биде сигнификантна.
- Во исто време негативната контрола би требало да биде навистина негативна, т.е. без појава на папула.
- Претходниот третман на пациентот е одлучувачки фактор за валидноста на тестот.
- Сензибилизацијата на храна треба особено критички да се евалуира во однос на симптомите.
- Некои луѓе имаат дермографизам, во вакви случаи инјектирањето во кожа секогаш предизвикува појава на мала папула. Оваа реакција не треба да се замени со алергија.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Minna Kaila, Article ID; ebm00295(014.0020,©2005 Duodecim Medical Publications Ltd.
1. EBM Guidelines, 12.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурурање до август 2007 година

ТЕРАПИЈА НА АТОПИСКИОТ ДЕРМАТИТИС КАЈ ДЕЦА

- Диета
- Редукција на тригер-фактори
- Топична терапија
- Други третмани
- Поврзани докази
- Референци

ДИЕТА

- Долунаведената храна доведува до појава на симптоми кај 80% деца со atopски дерматитис и затоа треба да се избегнува:
 - јужно овошје (свежо или во вид на сок),

- чоколадо и какао,
- свежи јаготки.
- Односот спрема друг вид храна треба да се базира на алерголошкото тестирање. Треба да се запомни дека алергиите на храна кај децата вообичаено исчезнуваат во подоцнежната возраст. Ниедно дете не смее да се постави на доживотна диета на избегнување одредена храна.

РЕДУКЦИЈА НА ТРИГЕР-ФАКТОРИ

- Неопходни се мерки за намалување на домашната прашина само во случај кога детето има и респираторни симптоми или ако алергијата на домашна прашина со дерматофагоидес била верифицирана со РАСТ, кожни prick-тестови или patch-тестови. Можат да бидат од корист душеци и постелнина отпорни на прашина.
- Животинските влакна може да го влошат atopскиот дерматитис. Во овие случаи алергијата се докажува со РАСТ и кожните prick-тестови. Семејството, за секој случај, не треба да се откажува од домашни миленичиња.

ТОПИЧНА ТЕРАПИЈА

- Во примарната терапија се вклучени кортикостероидни кремови и масти.
- Емолиентите треба да се променат кога препаратот ќе започне да ја иритира кожата. Тие не ја намалуваат инфламацијата кај atopскиот дерматитис, туку само ја редуцираат евапорацијата на влагата од кожата.
- Умереното миење, односно туширање на кожата со млека вода 2-7 пати неделно, не предизвикува оштетување на кожата. Сапуни и купки се индицирани во терапијата на дерматитис со секундарна инфекција и крусти.
- Потењето може да доведе до влошување на јадежот.

Деца до 2 години

- 1% hydrocortisone крем во текот на 1-3 неделен временски период.
- Емолиенти најмалку 10 дена помеѓу курсевите со кортикостероиди.
- Туширање или бањање еднаш дневно.

Деца од 2 до 6 години

- Благ кортикостероиден крем во текот на 1-3 неделен временски период.
- Умерено потентен кортикостероиден крем во текот на 1-2 недели.
- Емолиенти се употребуваат најмалку 10 дена меѓу курсевите на кортикостероидната терапија.
- Ако не се постигне задоволителен одговор со кортикостероидните кремови, како алтернативи може да се користат pimecrolimus⁵⁴ или tacrolimus 0,03%⁵⁵ кремови. И двата крема може да се користат како континуирана терапија со интермитентна администрација.
- Pimecrolimus е лиценциран за терапија на умерен, а tacrolimus за умерен до тежок atopичен дерматитис.
- Кремот се аплицира иницијално два пати на ден во текот на две недели, а потоа се редуцира на еднаш дневно до моментот на регресија.
- Во текот на терапијата, треба да се минимизира експозицијата на сончева светлина

⁵⁴ Недостапно во Р. Македонија

⁵⁵ Недостапно во Р. Македонија

на со избегнување на предолг престој на сонце, со користење заштитни кремови и носење заштитна облека.

- Терапијата на атопискиот дерматитис со имуномодулаторни агенси треба да ја започне дерматолог или доктор со големо искуство.

Школски деца

- Благ до умерено потентен кортикостероиден крем во текот на 1-3 неделен временски период.
- Потентен кортикостероиден крем само под инструкции на дерматолог.
- Кожата на капелициумот ги толерира топичните кортикостероиди подобро од другите места на телото.
- Ако не се постигне задоволителен одговор со конвенционалната терапија, може да се користат pimecrolimus или tacrolimus 0,03%.
- Се администрираат интермитентно до моментот на регресија на симптомите.

Други терапевски режими

- Кај пациентите со генерализиран дерматитис и слаб одговор на конвенционалната топична кортикостероидна терапија се користат фототерапии. Може да се третираат дури и многу мали деца. За деца на која било возраст може да се користи селективна ултравиолетова фототерапија (СУП)⁵⁶. Некои деца имаат корист од УВА-терапија. За адолесценти и постари пациенти се користи обично УВБ-фототерапија.
- Нема докази дека антихистаминиците го намалуваат јадежот на друг начин освен преку нивниот седативен ефект.
- Нема доказ за ефикасноста на гамалинолеичната киселина, витамините или елементите во траги и тие не треба да се ординираат како "терапија" за деца.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Кинеската хербална микстура Zephyrhyte може да биде ефикасна за атописки дерматитис, но повеќе не се произведува.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Sakari Reitamo, Article ID: ebm00647 (032.043), © 2005 Duodecim Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 31.3.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурура еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурување до март 2006 година

ЈАДЕЖ ВО ДЕТСКАТА ВОЗРАСТ

- ▶ Клиничка слика и диференцијална дијагноза
- ▶ Третман на шуга
- ▶ Третман на атопискиот дерматитис
- ▶ Референци

КЛИНИЧКА СЛИКА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Лезиите кај **шугата** се папули и папуловезикули. Често се среќаваат ексоријации на дланките и стапалата. Лезиите често преминуваат во крусти. Големи булозни лезии сугерираат секундарна бактериска инфекција.
- **Атопискиот дерматитис** се манифестира во вид на сува и лушпеста кожа. Се регистрира добар одговор на применетите локални кортикостероиди и кремове за заштита.
- **Варичела** се карактеризира со појава на везикули, температура и рапиден тек.
- **Уртикаријата**, посебно дермографизмот, настанува нагло. Дермографизмот станува видлив кога нежно ќе се изгребе кожата.
- Кај деца уртикаријата лесно се поттикнува од инфекциите, што треба да се има предвид при диференцирање од сипаници.
- **Хиперсензитивната реакција** може да се манифестира само со јадеж.
 - Познати причинители се: цитрусните овошја, свежите јаготки и какаото.
 - Во лето јадежот може да е симптом на хиперсензитивност од светлина.
- **Мастоцитоза** (urticaria pigmentosa) е ретка причина за јадеж.

ТРЕТМАН НА ШУГА

- Види на друго место.

ТРЕТМАН НА АТОПИСКИОТ ДЕРМАТИТИС

- Види на друго место.

РЕФЕРЕНЦИ

- Ginsburg C. Scabies. *Pediatr Infect Dis* 1984;3:133-134
- Reeves J. Head and face and scabies in children. *Pediatr Infect Dis* 1987;6:598-602
- Editors, Article ID:emb00649(032.041),©2004 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

ТРЕСКА И ИСИП КАЈ ДЕЦА

- ▶ Основни правила
- ▶ Етиологија, клиничка слика и типични симптоми
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Разграничување на петехии од други макулозни промени (менингококна сепса!).
- Препознавање на септични бактериски инфекции, М. Kawasaki и леукемија кои бараат хоспитализација веднаш.
- Се хоспитализираат пациентите со:
 - идиопатска тромбоцитопенична пурпура (ИТП),
 - пурпура Henoch-Schonlein со јасни симптоми,
 - Stevens-Johnson-ов синдром,
 - системски јувенилен ревматоиден артритис (М. Still).
- Препознавање на алергиски реакции (јадеж или уртикарија и серумска болест за да се избегне понатамошна експозиција на лекови).
- Непотребна дијагноза за алергија на лекови не би требало да се прави!

ЕТИОЛОГИЈА, КЛИНИЧКА СЛИКА И ТИПИЧНИ СИМПТОМИ

- Види табела 1.
- **Секогаш кога етиологијата не е очигледна од клиничката слика и кога детето не е препратено веднаш врз основа на лошата општа состојба треба да се испита серумскиот CRP.** Ако симптомите траат помалку од 12 часа, ниската вредност на концентрацијата на CRP не може да исклучи септична инфекција.

Табела 1. Треска и исип како јадро во детската дијагностика

Доминантен симптом, болест	Типични наоди	Лабораториски наоди
Со <u>подвлечени</u> букви = итна хоспитализација; * = може да се третира на ниво на ПЗЗ		
Петехии (мали, неанемизирчки макули)		
Менингококна сепса	Иритабилност, хипотонија, лоша општа состојба	CRP - покачени концентрации
Henoch-Schönlein purpura*	Петехии на дебелите меса и долните екстремитети, болка во зглобовите и во абдоменот	CRP - низок Нормален број тромбоцити
ИТП	Добра општа состојба, обично без треска	Намален број тромбоцити
Леукемија	Замор, бледило, понекогаш болка во коските	Намален број тромбоцити Абнормален број леукоцити Ниска концентрација на хемоглобин
Зголемени лимфни јазли, конјунктивален еритем, орални или фарингеални симптоми		
Болеста на Kawasaki	Иритабилност, други критериуми за болеста	CRP - покачени концентрации Леукоцитоза
Скарлатина*	Тонзилитис	Позитивна стрептококна култура

Мононуклеоза*	Често тонзилитис Понекогаш хепатоспленомегагија Исип е можен во текот на примена на амоксицилин	Често лимфоцитоза Брз тест за мононуклеоза позитивен кај деца над 4 години
<u>Ситен исип (< 3 mm)</u>		
<u>Exanthema subitum*</u>	Треската претходи на исипот околу 2 - 4 дена	CRP - низок
Други вирусни егзантеми *		CRP - низок
Рекација на лекови*	Претходни медикаменти (може да бидат прекинати неколку дена порано)	
<u>Болест на Kawasaki (види на друго место)</u>		
<u>Црвени макули на образите</u>		
Erythema infectiosum*	Лесна треска, фарингитис, главоболка, добра општа состојба	CRP - низок
<u>Везикули на кожата или мукозата</u>		
Morbili*	Обично може да се сети на скорешен инфективен контакт со заболен	
Болест на раце, стапала, уста	Везикули на рацете, стапалата и често на оралната мукоза	
Синдром на Stevens–Johnson	Симптоми од мукозата, erythema multiforme	
Примарна херпес инфекција*	Ако пациентот има стоматитис, зафатена е и оралната мукоза и кожата на усните	
<u>Чиста кашлица и ринитис</u>		
Аденовирус	2-8% од пациентите имаат исип	
<u>Уртикарија</u>		
Вирусни инфекции*	Други локални симптоми за инфекција	CRP - низок
Тип I медикаментозна реакција*	Претходно лекување со медикаменти	CRP - низок
Уртикарија со артритис * (серумска болест)	Оток на зглобовите и еритем, претходен третман со антибиотици (најчесто cefaclor или penicillin)	CRP - низок
<u>Осцилирачка треска, макуларен исип во текот на треската</u>		
<u>M. Kawasaki</u>		
Системски јувенилен ревматоиден артритис (Still-ова болест)	Исипот најчесто се јавува на горниот дел од телото	Покачени CRP концентрации и СЕ, Леукоцитоза

РЕФЕРЕНЦИ

1. Editors, Clanak ID: ebm 00596 (031003), 2004 Duodenum Medical Publications Ltd.

1. EBM Guidelines, 7.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години

3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

БОЛЕСТИ НА УСНАТА
СЛУЗОКОЖА, УСНИТЕ,
ЈАЗИКОТ И НА
НАДВОРЕШНОТО УВО

ГЛОСАЛГИЈА И ПЕЧЕЊЕ ВО УСТАТА

- Цел
- Епидемиологија
- Причини
- Испитувања кај пациенти со печење во устата
- Лабораториски тестови
- Следење
- Поврзани докази
- Референци

Види и вирусни болести на оралната слузница, орални манифестации на кожните болести.

ЦЕЛ

- Внимателна инспекција на оралната слузница, јазикот и забите за евалуација на локалниот статус.
- Системски болести кои можат да бидат третирани (вит.Б-дефицит, дијабетес).
- Сушење на устата (предизвикано од лекови, како што се антихолинергици, трициклически антидепресиви или Sjögren синдром).
- Печењето во устата често е од психијатриска природа и соодветно треба да се третира.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Печењето во устата обично потекнува од делови на слузницата кои се подвижни, како букалната мукоза и јазикот. Исто така, може да има и нарушувања на вкусот.
- Околу 3% од популацијата страда од печење во устата. Овие симптоми се пет пати почести кај жените во средната возраст.
- Печењето во устата обично се јавува асоцирано со клинички евидентни лезии. Стоматитис предизвикан од протези е најчестата промена која се регистрира на оралната слузница. Речиси секој втор пациент со протеза има орална инфламација. Речиси половина од пациентите кои бараат медицинска помош поради глосалгија или печење во устата имаат некакви лезии на јазикот.

ПРИЧИНИ ЗА ПЕЧЕЊЕ ВО УСТАТА

- Не секогаш може да се најде специфична причина. Може да се инволвирани и системски и локални фактори.

Локални причини

- Улкуси (на пример, афтозен стоматитис).
- Дентални калкулуси, кариозни заби.
- Инфламација предизвикана од протези или други фактори (квасници).

- Пушење, алкохол.
- Грешки во исхраната - жешка или зачинета храна.
- Често плакнење на устата со различни средства.
- Сува уста (дишење на уста, ксеростомија предизвикана од лекови, менопауза, бременост).
- Лошо затворање на устата.
- Тумори на устата.
- Лихеноидни орални лезии, леукоплакија, еритроплакија и специфични лезии на јазикот како фисуриран јазик, географски јазик и атрофија на филиформните папили.
- Алергија на стоматолошки материјали.
- Нарушувања на вилиците.

Системски причини

- Кожни и слузокожни болести (lichen planus, erythema multiforme, pemphigus).
- Пернициозна анемија.
- Феродефицитна анемија.
- Дијабетес.
- Акутна леукемија.
- Агранулоцитоза.
- Мултипла склероза.
- Sjögren синдром.

Психијатриски причини

- Печењето на устата или фаџијалната болка може да биде психијатриски симптом на различни ментални нарушувања, како депресија, анксиозност или почетна психоза.
- Испитувањето на пациентот со перзистентна фаџијална болка често открива некое психијатриско нарушување.
- Психијатриска консултација е препорачлива кај перзистентна, нејасна фаџијална болка.

ИСЛЕДУВАЊА НА ПАЦИЕНТ СО ПЕЧЕЊЕ ВО УСТАТА

Анамнеза и клинички преглед

- Анамнезата на пациентот е од голема важност.
 - **Пушење.** Клиничкиот наод се состои од мали зацрвенети дамки на палатумот, т.е. инфламација на малите саливарни жлезди. Некогаш може да има зацрвенети ареи со губење на филиформните папили по средината на јазикот (централна папиларна атрофија – ЦПА).
 - **Грешки во исхраната.** Жешка, зачинета храна може да биде причина за печење на устата и јазикот. Не се забележуваат клинички лезии.
 - **Средства за плакнење на устата** - нивната честа употреба може да ја иритира слузницата. Понекогаш може да се видат еритемни ареи. Тоа може да предизвика нарушување на вкусот.
 - **Сувата уста** може да биде причина за инфламација и иритација. Сушењето на оралната слузница може да биде резултат на дишење на уста, нарушување

на плунковните жлезди, или лекови кои предизвикуваат редукција на плунката. Менопаузалните симптоми можат да се влошат со промена на составот и лачењето на плунката. Намалувањето на секрецијата на плунката може да предизвика нарушувања во вкусот.

- **Кариозни заби**, тешка дентална калкулроза и широка дијастема можат да предизвикаат глосалгија, која често е лоцирана на врвот на јазикот.
- **Малоклузијата** на устата е асоцирана со болка на врвот на јазикот и на местото на инсерцијата на мастикаторните мускули. Пациентите имаат и главоболки.
- **Ангуларен хеилитис** асоциран со стоматитис сугерира на габична инфекција на устата. Клиничките симптоми опфаќаат зацрвенување, болка на слузницата под протезата. Во изразените случаи постои атрофија на филиформните папили на површината на јазикот. Редуцираната секреција на плунката, ја потенцира подложноста на габична инфекција, која треба да биде земена предвид при планирањето на терапијата. Во исто време со медикаментозната терапија, треба да се консултира стоматолог, за евентуална замена на стоматолошките помагала.
- **Болка на алвеоларен прстен** кај пациенти со протези генерално е резултат на ресорпција на коскената маса. Третманот подразбира нивно ремоделирање од страна на орален хирург.
- **Алергија на стоматолошки материјали** – алергијата е честа причина за болка. Контактната алергија се манифестира со лихеноидни лезии на оралната слузница на местото на контактот со стоматолошкиот материјал. Треба да се земе биопсија од лихеноидните лезии. Врз база на клиничкиот и хистолошкиот наод, пациентот може да се упати на алерголошки тестови.
- **Несакани ефекти од лекови** – лековите кои предизвикуваат намалување на лачењето плунка може да дадат од краткотраен дискомфорт, до силна иритација и инфламација. Разни медикаменти се обвинуваат дека можат да дадат лихеноидни промени на слузница. Бидејќи печењето на јазикот и устата може да е резултат на дејство на медикаменти, треба да се види дали пациентот прима такви лекови.
- **Чувството на печење во устата** може да е придружено од појава на еритем и ерозии. Тоа е апсолутна индикација да се провери крвната слика, за евентуално постоење на анемија.
- **Болката ограничена на едно место** треба сериозно да се разгледува. Особено болка на бочниот дел на јазикот може да е резултат на малиген тумор.
- **Невролошките нарушувања** (мултипла склероза, АЛС, булбарна парализа, дијабетична невропатија) и други невролошки нарушувања можат да бидат причина за такви сензации.

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Се прави анализа на крвната слика со диференцијална крвна слика и се одредува гликемијата.
- Секоја леукоплакија или туморозна промена треба да се биопсира.

СЛЕДЕЊЕ

- Лезиите на оралната слузница треба да бидат следени на 3 до 6 месеци.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Постојат слаби докази дека витаминската терапија и другите вообичаени третмани имаат некаков ефект во третманот на печење во устата.
- Нема сигурни докази кои би го поткрепувале тврдењето дека пастите за заби кои содржат калиум нитрат се ефикасни во третманот на хиперсензитивноста спрема протезите.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Basker RM, Sturdeen DW, Deverport JC. Patients with burning mouths: a clinical investigation of causative factors, including the climacteric and diabetes. Br J Dent 1987;145:9-15.
 2. Zav'yalov AV, Maslenicov GV. Relations between taste submodalities in healthy and patients with glossalgia. Hum Physiol 1979;5:520-9.
 3. Jonthell M, Haraldson T, Perssen A. An oral and psychosocial examination of patients with presumed oral galvanism. SweedDent J 1985;9:167-8.
 4. Bargdahl J, Anneroth G. Treatment of burning mouth syndrome.. The Cochrane Database of Systemic reviews, Cochrane Lybrary number: CD 002779. In The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford:
 5. Zakrewska JM, Glennly AM, Forssel H. Treatment of burning mouth syndrome Scand J Den Res 1994; 102:29-305.
 6. Poulsen S, Errboe M,. Pottasium nitrate toooothpaste for dentine hypersensitivity. The Cochrane Database of Systemic Reviews, Cochrane library number CD 001476. 2002.
 7. Author: Arja Kullaa, Article ID: ebm00156 (007.015), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. EBM Guidelines, 26.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
 3. Предвидено следно ажурирање до 26.8.2006 година

CHEILITIS

- ▶ Ангуларен хеилитис кај постари лица
- ▶ Ангуларен хеилитис кај деца
- ▶ Други форми на хеилитис
- ▶ Референци
- ▶ Слики 123

АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТИС КАЈ ПОВОЗРАСНИ ЛИЦА

- Често е асоциран со губење заби, лошо затворање на устата, што води до нагласување на кожните набори на аглите на устата (слика 123). Константното слевање плунка во кожните набори создава идеални услови за габични и бактериски инфекции.
- Кај 20% од случаите причинител е *Candida albicans*, кај 60% е комбинација на *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus*, а во 20% *Staphylococcus aureus* самостојно.
- Дефицитот на железо или Б-витамини предиспонира развој на хеилитис.

Третман

- Третман на предиспонирачките фактори (корекција на лошата дентална оклузија, корекција на дефицитот на железо или на Б-витамини).
- Комбинација на масти со hydrocortisone, natamycin и neomycin sulphate, комбинација на hydrocortisone и chlorhexidine, chlorhexidine гел.

АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТИС КАЈ ДЕЦА

- Обично е резултат на atopскиот дерматитис, поретко е предизвикан од габична инфекција (слика 28, 29).
- Хеилитисот може да стане перзистентен доколку кожата, која е инаку склона на алергии, постојано е во контакт со алергени од храна, на пример зеленчук и овошје. Се препорачува една до две недели да не се даваат слатки.

ДРУГИ ФОРМИ НА ХЕИЛИТИС

- Актиничен (соларен) хеилит е промена која е со зголемен ризик за појава на канцер на долната усна. Може да биде третиран со криотерапија со течен азот или со ласер⁵⁷.
- M.Chron и HIV- инфекцијата може да бидат асоцирани со хеилитис.
- Види и за периорален дерматитис.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tuula Salo, Maria Siponen, Article ID: ebm00154(007.011), c2005 Duodecim Medical Publication Ltd

1. EBM Guidelines, 13.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години
3. Предвидено следно ажурирање до 13.8.2006 година

КОЖНИ БОЛЕСТИ И УСТА

- ▶ Erythema multiforme
- ▶ Pemphigus vulgaris
- ▶ Pemphigoid
- ▶ Lichen ruber planus
- ▶ Лихеноидни реакции
- ▶ Дискоиден лупус еритематозус
- ▶ Stomatitis aphthosa recurrens (улцери)
- ▶ Леукоплакија и еритроплакија
- ▶ Пигментации на орална мукоза
- ▶ Венска петелка
- ▶ Референци
- ▶ Слики 124-127

Табела 1. Листи на можните клинички наоди на оралната мукоза и нивните можни причинители

Клиничка слика	Можна причина
Светла пребоеност (белузлави наслојки)	
Може да се отстранат	Candidiasa, фибрински улцери (хемиска /термичка траума), лупење на мукозата предизвикано од паста за заби
Не може да се отстранат	Иритативна хиперплазија, лихеноидни реакции, реакции на лекови, Lichen planus, хиперпластична кандидијаза, леукоплакија, Leukoedema, white sponge nevus, херeditарна бенигна интраепителијална дискератоза, M. Darier, промени предизвикани од тутун за цвакање, никотин стоматитис, соларен хеилитис, влакнеста леукоплакија, влакнест глоситис, географски јазик, субмукозна фиброза, Fordyce-ови папули, ектопично лимфатично ткиво, гингивални цисти, гингивален апсцес, липом.
Еритематозни	Candidiasis atrophica, lichen planus, реакции на лекови, контактна алергија, pemphigoid, дефицит на железо или витамин Б, морбили (Копликови дамки), хемангиом, granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, ромбоиден медијален глосит, erythroplakia, Kaposi-ев сарком, географски јазик, псориаза, скарлатина, гингивитис на плазма-клетки, петехии и модринки (траума и хематолошки заболувања)
Улцерозни	Траума, афти, сифилис гонореја, ТБЦ, лепра, актиномикоза, нома, микотични заболувања, M. Behçet, Reiter-ов синдром, lichen planus, erythema multiforme, lupus erythematosus, реакции на лекови, контактна алергија, Wegener –ова грануломатоза, “средиштен” гранулом, хронична грануломатозна болест (granulomatosis disciformis chronica et progressiva), циклична неутропенија, епидермоиден карцином, карцином на синус максиларис.
Булозни	Херпес симплекс, варичела, херпес зостер, ентеровирус, херпангина, пемфигоид, пемфигус, дерматитис херпетиформис, epidermolysis bullosa, реакции на лекови, контактна алергија

Верукозни	Палатинална папиломатоза, papilloma squamosa, condylomata accuminata, condylomata lata, verruca vulgaris oris, фокална епителиална хиперплазија, keratoacanthoma, leukoplakia verrucosa, carcinoma verrucosus, pyostomatitis vegetans, xantoma verrucosa
Хипер-пигментации	Амалгамска тетоважа, меланотична макула, физиолошка пигментација, тутун, инфламации, лекови, тешки метали, M.Addison, S. Peutz Jeghers, S. Laugier-Hunziker, невуси, меланом, невроектодермален тумор на детска возраст
Субмукозни отоци	
Гингиви	Granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, периферен фибром, гингивален апсцес, exostosis, гингивална циста, еруптивна циста, epulis congenitalis на новородени, генерализирана гингивална хиперплазија
Фетор	Ранула, дермоидна циста, лимфоепителијална циста, тумор на саливарни жлезди, мезенхимални тумори
Букална и ла-бијална мукоза	Тумори на саливарни жлезди, мукокела, fibroma traumatica, мезенхимален тумор
Јазик	Fibroma traumatica, granuloma pyogenicum, тумор на грануларни клетки, неврофибром, мукозен невром, тумор на саливарни жлезди, лингвален тироид
Непце	Мукокела, тумор на саливарни жлезди, дентален апсцес, лимфом, торус, тумори на горната вилица или максиларен синус

ERYTHEMA MULTIFORME

- Erythema multiforme е акутно инфламаторно, булозно заболување кое предизвикува ексудативни лезии на оралната мукоза и на усните. Промените на кожата се јавуваат вообичаено на екстремитетите; тие се еритемни, прилично добро ограничени во концентрични кругови (таргетни лезии).
- Болеста е самоограничувачка, но може да се повтори повеќе пати.
- Етилогијата е непозната, но во 50% случаи може да се идентификува провокативниот фактор. Во такви фактори се вклучуваат: инфекции (особено HSV или Мусорлазта), лекови, бременост, хемикалии, храна, малигни заболувања, системски болести, стрес или радијација.
- Во генерализираните форми на заболувањето (S. Stevens-Johnson) тешки ексфолијативни лезии се јавуваат и на кожата и на најмалку две мукозни површини. Најтешката форма на болеста е Lyell-ов синдром (токсична епидермална некролиза) каде што е зафатена над 30% од површината на кожата.

Дијагноза

- Вообичаено се базира на клиничката слика и анамнезата со цел да се идентификуваат можните провокациски фактори. Таа може да биде верифицирана со провокациски тестови.

Терапија

- Се состои од елиминација на причината, доволна хидратација и антихистаминици кога се неопходни.
- Топичните кортикостероиди се обично ефикасни во намалувањето на симптомите

предизвикани од оралните лезии.

- Chlorhexidine (2mg/ml) за плакнење на устата 2 до 3 пати на ден обично ги превенира компликациите и е добар за оралната хигиена.
- Ако болеста е предизвикана од HSV, потребен е ацикловир. Тешките форми на болеста бараат хоспитализација и системски кортикостероиди.

PEMPHIGUS VULGARIS

- Ретко, хронично автоимунно булозно заболување.
- Кај околу 75% од случаите болеста прво се манифестира со појава на були на оралната мукоза. Булите лесно руптурираат предизвикувајќи болни ерозии. Интактните були ретко се среќаваат во оралната празнина. Типични места за лезиите се палатумот, букалната мукоза и долната усна. Притисокот на неинволвираната мукоза, околу булата, со тап инструмент, по 1 минута, ќе предизвика булозна формација или одлепување на епителот од подолните слоеви (позитивен Nikolsky тест).
- Кожните лезии што се појавуваат претставуваат були со тенок флакциден покрив и се исполнети со бистра течност. Промените се задржуваат на едно место неколку месеци, а потоа се јавуваат и на други регии од кожата.

Дијагноза

- Се базира на клиничката слика, хистопатологијата (интраепидермална була) и тестовите на директна и индиректна имунофлуоресценција (ИФ).
- Примерокот за директната ИФ треба да биде земен од незасегнатата мукозна мембрана или кожа блиску до лезијата.
- Примерокот мора да биде испратен до лабораторијата додека е свеж (или веднаш, завиткан во газа натопена во физиолошки солени раствор или во специјален медиум даден од лабораторијата кој ќе ја одржува свежината на примерокот во рок од три дена.

Терапија

- Се состои од системски кортикостероиди, сами или во комбинација со methotrexate, azathioprine, cyclophosphamid или злато. Во топичната терапија се употребуваат кортикостероидни кремови.

PEMPHIGOID

- Хронично, автоимунно булозно заболување. Двете основни форми се pemphigoid bullosus и цикатрициелен пемфигоид на слузокожа. Кај pemphigoid bullosus, оралните симптоми се појавуваат кај 15-30% од случаите. Кај цикатрициелен пемфигоид на слузокожа, секогаш се присутни оралните симптоми и во 95% од случаите примарните лезии се во оралната празнина.
- Булите во устата се исполнети со бистра течност или крв и руптурираат лесно. Мукозната мембрана околу булите е еритемна. Откако ќе руптурираат булите, површината на раната бавно зараснува и може да остави лузна. Честа клиничка манифестација кај цикатрициелниот пемфигоид во устата е гингивален еритем и улцерации т.н. десквамативен гингивитис. Лезиите се обично лоцирани на палатумот, букалната мукоза и јазикот.

Дијагноза

- Возраст (обично 60 – 70 години)
- Клиничка слика
- Хистопатологија (субепидермална була)
- ИФ- методи
- Позитивен Nikolsky тест (види Pemphigus vulgaris).

Терапија

- Терапијата на лезиите на оралната мукоза се топичните кортикостероиди.
- Потешките случаи се третираат со системски кортикостероиди и/или со имunosупресиви.
- Пациентот мора да биде советуван да избегнува какви било трауми на кожата и мукозите кои би предизвикале булозни формации (на пример, тврда храна).

LICHEN PLANUS (LICHEN RUBER PLANUS)

- Етиологијата е непозната, клеточно-посредуван имун одговор на надворешен или алогеничен антиген.
- Честа појава кај 2% од популацијата.
- Околу 2/3 од пациентите се жени, инциденцата е највисока во средната возраст.
- Лихен планус кој ја зафаќа оралната мукоза е поделен во следниве форми според клиничките манифестации:
 - папуларна,
 - ретикуларна,
 - плакарна форма,
 - атрофична,
 - ерозивна и
 - булозна форма.
- Ретикуларната форма, со бели Wickham-ови стрии на мукозната мембрана е најчеста форма на заболувањето (слика 113, 124).
- Може да коегзистираат промени од најразлични форми.
- Лезиите од лихен планус обично се симетрично распоредени на букалната мукоза, јазикот и/или на гингивите.
- Околу 30-40% од пациентите со орален лихен планус манифестираат и кожни лезии. Од друга страна, 70% од пациентите со кожни лезии имаат и коегзистирачки орални промени.
- Кожните промени се интермитентни по карактер, додека оралните лезии се перзистентни.
- Болеста е често (во околу 50% од пациенти) придружена со секундарна габична орална инфекција.

Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и на хистопатологијата.

Терапија

- Потребна е елиминација на можни агравирачки фактори (забен камен, остар раб на пломби, протеза).

- Добра орална хигиена.
- Третман на габичната инфекција (да се потврди со култура).
- Секоја симптоматична и/или еритемна лезија да се третира локално со кортикостероидни препарати:
 - Triamcinolon acetonid маст или назален спреј, betamethazon 0,1% маст, clobetazol propionat⁵⁸ 0,1% маст.
 - Дobar метод за апликација на хидрокортизонски крем (betamethazon 0,1% крем) за лезии лоцирани претежно на гингиви е употребата на специјални медицински апликатори.
 - Кај тешките случаи може да се инјектира директно кортикостероид во лезијата.
- Добри прелиминарни резултати се постигнати со употреба на топичен такролимус⁵⁹ во третман на лихен планус на орална мукоза, неговата употреба ја одредува соодветен специјалист.

Забелешка

- Околу 1% од лезиите од лихен планус стануваат малигни. Следењето е важно, а се потребни повторувани биопсии.

ЛИХЕНОИДНИ РЕАКЦИИ

- Лихеноидните реакции ги немаат сите критериуми на лихен планус, ниту клинички, ниту хистолошки.
- Често е поединечна, локализирана лезија (спореди со лихен планус).
- Лихеноидните реакции може да бидат провоцирани од:
 - Лекови (АКЕ инхибитори, алопуринол, бета-блокатори карбамазепин, хлорпромазин, хлороквин, цитостатици, фурсемид, златни соли, кетоконазол, литиум, левомепромазин, метилдопа, НСАИП, пенициламин, пеницилин, фенотијазини, квинидин, салазопирин, сулфонилуреа, тетрациклини, талидомид, тијазиди, зидовудин).
 - Автоимуни болести (myasthenia gravis, SLE, colitis ulcerosa, alopecia areata, витилиго, хепатални дисфункции).
 - Материјал за полнење заби.
- Етиолошкиот фактор не може секогаш да биде идентификуван.

LUPUS ERYTHEMATODES DISCOIDES (ДЛЕ)

- Хронична, инфламаторна, фотосензитивна автоимуна болест, се јавува на кожата и оралната мукоза, со непозната етиологија. Системскиот лупус еритематозус (СЛЕ) е системска манифестација на истата состојба.
- Најголем број од пациентите се жени.
- ДЛЕ се карактеризира со јасно ограничени еритемни лезии на кожата. Како заздравуваат лезиите, тие стануваат лушпести во центарот, по што настанува атрофија и формирање на лузна како и нарушена пигментација.
- Лезиите во устата се тралезни, недефинирани, еритемни ареи, ограничени со радијален бел раб и можат да асоцираат на бели точки. Тие најчесто се лоцирани на

58 Недостапно во Р. Македонија

59 Недостапно во Р. Македонија

букалната слузница, палатумот и долната усна.

- Лезиите во устата се обично безболни.

Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и хистолошкиот наод од биопсијата.
- Ако е суспектен ДЛЕ, треба да се земе биопсија од лезијата и половината од примерокот да се испрати за ИФ- иследување (да се оддржи свежина на ткивото).
- Системската форма на болеста може да биде дијагностицирана со земање биопсија од неафицирана кожа.
- Помалку од 5% од пациентите со ДЛЕ ќе развијат СЛЕ.

Терапија

- Се применуваат топични кортикостероиди и антиревматици.
- Се препорачуваат средства со заштитен фактор.
- Се смета дека ДЛЕ лезиите, особено тие на усните, носат зголемен ризик за карцином.

РЕКУРЕНТЕН STOMATITIS APHTOSA

- Рекурентниот афтозен стоматитис е честа состојба која се јавува кај 20-60% од популацијата (слика 125).
- Етиологијата е непозната; сепак, понекогаш е јасна асоцијација со стрес, механичка иритација, одредена храна, хематолошки абнормалности (дефицит на железо, фолна киселина, витамин Б и цинк) и хормонски нарушувања.
- Според клиничката слика се класифицира како:
 - минорен,
 - мајорен,
 - херпетиформен стоматитис.
- Улцераците обично се јавуваат на лабијалната и букалната мукоза, многу ретко на јазикот и на гингивите. Тие се вообичаено болни и заздравуваат за една до шест недели, што зависи од големината на улцерацијата.

Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и на анамнезата.

Терапија

- Ако е потребно, може да се проба со кортикостероидни препарати (оромукални таблети или орална паста) исто како и со плакнења со chlorhexidine.
- Рекурентните големи улцери можат да се третираат со плакнења со тетрациклини.
- Дел од пациентите реферираат подобрување со употреба на растителни и на витамински продукти.
- Се препорачува употреба на паста за заби без sodium lauryl sulphate.

LEUCOPLAKIA И ERYTHROPLAKIA

- Леукоплакија е клинички израз кој означува бела, добро ограничена дамка или ареа на оралната мукоза која не може да се отстрани со гребнење и не може да

биде дијагностицирана како кое било друго специфично заболување.

- Еритроплакијата означува еритемна лезија на мукозната мембрана која не може да се дијагностицира како кое било друго специфично заболување.
- Леукоплакијата може да се класифицира според етиологијата како идиопатска или индуцирана од употреба на тутун или на алкохол.
- Леукоплакијата клинички се презентира како хомогена или нехомогена (нодуларна, верукозна, пролиферативно верукозна леукоплакија или еритроплакија). Општиот ризик од малигнитет е околу 4% кај хомогената леукоплакија, но сигурно е повисок кај нехомогената леукоплакија. Особено пролиферативната верукозна леукоплакија секогаш прогресира во карцином.
- Статистички најопасна регија е дното на устата и долната страна од јазикот (50% стануваат малигни).
- Еритроплакијата секогаш е асоцирана со дисплазија и во 90% од случаите се развива во карцином, што зависи од локализацијата на промената.

Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и на хистологијата.

Терапија

- Терапијата е хируршка.
- Ако биопсијата покаже умерена, до изразена дисплазија, потребно е клиничко следење на шестмесечни интервали.
- Забележано е дека отстранувањето или неотстранувањето на леукоплакијата не корелира со прогнозата на лезијата. Следењето е многу важно.

ПИГМЕНТАЦИИ НА ОРАЛНАТА МУКОЗА

- Физиолошката пигментација на гингивите е обично симетрична. Воспалителните заболувања, како лихен планус, можат да предизвикаат пигментации на мукозите.
- Меланозата предизвикана од пушење обично се појавува на гингивите во предниот дел од устата.
- Честа пигментна лезија на оралната мукоза е амалгамската (слика 126). Причинета е од партиклите на амалгам, кои навлегуваат во мукозата. Амалгамската тетоважа е обично во форма на темносиви дамки на гингивата блиску до пломбираниот заб.
- Во некои случаи пигментацијата се должи на лекови (на пример, антималярици, цитостатици, зидовудин).
- Многубројни и/или екстензивни пигментации можат да се должат на системски болести како што се M. Addison, S. Peutz-Jeghers, S. Albright или неврофиброматоза. Ако кај пациентот е присутна дифузна пигментација на оралната мукоза и усните без системска болест, можно е дека станува збор за S. Laugier-Hunziker.
- Меланотичните макули се локализирани пигментни лезии. Може да бидат идиопатски или да се должат на горенаведените фактори.
- Невусите и меланомот се ретки, но се среќаваат на оралната мукоза.
- Без сомнение, дијагнозата мора да се потврди со биопсија.

БЕНСКА ПЕТЕЛКА

- Венската петелка е задебелено проширување на вена кое може да се третира со течен азот (127).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Chan ES-Y, Thornhill M, Zakrzewska J. Interventions for treating oral lichen planus. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001168. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
 2. Lodi G, Sardella A, Bez C, Demarosi F, Carassi A. Interventions for treating oral leukoplakia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001829. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
 3. Saenz A, Ausejo M, Shea B, Wells G, Welch V, Tugwell P. Pharmacotherapy for Behcet's syndrome. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001084. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
 4. Tuula Salo and Maria Siponen, Article ID: ebm00153 (007.023), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 25.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

OTITIS EXTERNA

- Основни правила
- Предиспонирачки фактори
- Дијагноза
- Третман
- Индикации за специјалистичка консултација
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Употреби локална терапија.
- Информирај го пациентот за причината или егзацербацијата на состојбата.
- Причини за пролонгирана инфламација диференцијално дијагностички може да бидат малигнитети или малигна форма на отитис екстерна.

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Заостанување вода во ушниот канал (Acc.diffuse external otitis е чест во летниот период).
- Топла и влажна клима.
- Атопија и други алергии, себороична егзема, како и други кожни заболувања, сис-

темски заболувања (дијабетес), психолошки состојби.

- Хроничен, понекогаш и акутен отитис медија.
- Otitis externa може да биде асоциран со други кожни инфекции, како еризипел и херпес зостер.

ДИЈАГНОЗА

Анамнеза

- Траење и податок за поранешна манифестација на симптоми.
- Манипулацијата во ушниот канал од страна на пациентот, другите повреди и присуството на вода во ушниот канал ја провоцираат појавата на симптомите.
- Податок за постоење на алергии, други кожни заболувања, како и системски заболувања.
- Медицински и козметички препарати во ушниот канал или во неговата околина може да бидат причина за воспалението на надворешниот ушен канал.

Клинички истражувања

- Кај акутниот otitis externa кожата во ушниот канал е црвена, влажна, отечена и многу тенка. Понекогаш се забележува присуство на мал апсцес во надворешниот дел на ушниот канал. На физикален преглед ушното тапанче може воопшто да не биде визуелно достапно поради присуство на силно изразен едем на кожата од ушниот канал.
- Кај хроничните инфламации кожата на ушниот канал не е осетлива, а наместо тоа, јадежот е доминантен симптом. Кожата е задебелена и се лупи (десквамира).

Клинички испитувања

- Потребно е прочистување на ушниот канал. Може да има туѓи тела, десквамација и секрет, кои треба механички да се остратат.
- Потребно е плакнење на ушниот канал со физиолошки раствор (контраиндикација е перфорација на мембрана tympani), потоа треба да се исуши со вата.
- Инспекцијата на ушниот канал е неопходна со цел да се исклучи можноста за постоење акутен или хроничен отитис.

Лабораториски и радиолошки иследувања

- Диференцијацијата понекогаш може да биде тешка помеѓу акутниот и фулминантен otitis externa и мастоидитис.
- При акутна инфекција вообичаено доминираат грам-позитивни коки. Кај хроничните инфекции може да се открие присуство на грам-негативни соеви или габички.
- Во случај на габична етиологија на отитис екстерна, ушниот канал може да изгледа како мувла и да биде покриен со сива мембрана. Бактериска или габична култура е индицирана само при пролонгирани хронични случаи.

ТРЕТМАН

- Темелно и често плакнење на ушниот канал (плакнење со физиолошки раствор, како и сушење по плакнењето), е најважната постапка во лекувањето на otitis externa.

- Солуција етанол-вода (30/70) може да се употреби за плакнење на ушниот канал кај себореата.
- При присуство на изразен едем во ушниот канал се поставува тампон во ушниот канал натопен во раствор од антибиотик-стероиди или 3% Acidi borici.
- Доколку не е потребно аплицирање на тампон, се препишуваат топични капки за уши.
- Апсцес во ушниот канал се третира со инцизија, со тимпаноцентетична ланцета со претходна апликација на анестетик лидокаин/прилокаин.

Локална терапија

- Локалната терапија треба да биде соодветна на дерматолошките принципи на лекување, влажно на акутна инфламација, масно за хронична инфламација. Се препорачува маст со ниска pH вредност.
- Употребата на препаратите треба да биде наједноставна, со цел да се избегне можноста за појава на контактна алергија. Посебно да се избегнува употреба на neomicin и bacitracin.
- Само доколку се докаже дека инфекцијата е предизвикана од габички, индицирана е употреба на антимикотични препарати.
- Најдобар локален третман за јадежот и едемот се кортикостероидните препарати.

Системски лекови

- НСАИЛ може да се користат кај акутна инфламација.
- Системски антибиотици вообичаено не се индицирани.

Повторувачко или хронично воспаление на надворешното уво

- Да се советува пациентот да избегнува манипулации со ушниот канал.
- Прескрипција на кортикостероидни масти или масла за да се олесни јадежот.
- Водата треба да се избегнува (туширање или пливање без заштита на ушниот канал). Пациентите со често повторување на воспалението на надворешниот ушен канал би требало секогаш да избегнуваат вода во ушниот канал.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Хронични или повторувачки воспаленија на надворешното уво и покрај микробиолошките истражувања и тераписките режими.
- Гранулационото ткиво во ушниот канал може да биде знак за малигнитет.
- Едностран надворешен отитис кај повозрасни луѓе може да биде знак за малигнен тумор. Пратете го пациентот на специјалист ако одговорот на третманот е слаб.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hirsch BE. Infection of the external ear. Am J Otolaryngol 1992; 13: 145-55
2. Jukka Luotonen, Article ID: ebm00852 (038.037), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.5.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до мај 2007 година**

БОЛЕСТИ ВО ГЕНИТАЛНАТА РЕГИЈА

БАЛАНИТИС, БАЛАНОПОСТИТИС И ПАРАФИМОЗА КАЈ ВОЗРАСНИ

- ▶ Основни правила
- ▶ Дефиниции
- ▶ Етиологија
- ▶ Испитувања
- ▶ Терапија
- ▶ Референци
- ▶ Слики 128-130

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Етиологијата се одредува критички (да се избегнува прекумерно дијагностицирање на кандидијаза).
- Најчесто терапијата е симптоматска и понекогаш насочена кон причинителот.
- Парафимозата мора да се третира без одложување со цел да се избегне ризикот од некроза на глансот.
- Да се направи циркумцизија во тешки случаи.

ДЕФИНИЦИИ

- Баланитис може да опфати поширока дефиниција во која се вклучуваат сите инфламаторни дерматози на глансот. Во овој напис се користи следната класификација:
 - Баланитис претставува инфламација на епителот на глансот.
 - Баланопоститис претставува инфламација на глансот и внатрешната површина на препуциумот.
 - Парафимозата ("Spanish collar", шпанска јака) (Слика 128) се јавува кога превртениот препуциум е стегнат во коронарниот сулкус при што настанува стаза и едем на глансот.

ЕТИОЛОГИЈА

- Баланитисот може да биде предизвикан од:
 - иританси, лоша хигиена, затегнат препуциум, иритација со смегма;
 - себороичен дерматитис на капилициумот, на кожата зад ушите, и на кожните набори (слика 21);
 - *Candida*; позитивната култура не значи и причинска поврзаност, кандидијазата пречесто се дијагностицира.
 - Контактна алергија:
 - латекс и адитиви кои се користат во производство на гуми.
 - конституенти на средства за нега на кожата (користени од страна на пациентот и партнерот).

- Balanitis xerotica obliterans (BXO, lichen sclerosus et atrophicus) (слики 129, 130).
- Balanitis circinata дали има други знаци на Reiter-ова болест?
- Balanitis plasmacellularis Zoon (ретко).
- На истата локализација како баланитисот може да се јават:
 - Lichen rubber planus – на гланс се јавува почесто отколку што се мисли (слика 22).
 - Psoriasis – проверете ги другите типични локализации за псоријаза.
 - Erythema fixum - особено предизвикана од тетрациклини.
 - Erythroplasia Queyrat (варијанта на M. Bowen на глансот), состојба која е carcinoma in situ.

ИСПИТУВАЊА

- Микробиолошки испитувања (бактерии и кандиди) треба да се прават доколку има основано сомнение за инфекција. Наодите треба критично да се интерпретираат.
 - Patch-тестови (во случаи кога има сомневање за алергија): упатете го пациентот кај дерматолог.
 - Биопсија (доколку се сомневате за малигнитет) – испратете го пациентот кај дерматолог или уролог.

ТЕРАПИЈА

- Соодветен етиолошки третман (бактерија, кандида).
- Калиум хиперманган (1:10 000) секогаш е корисен.
- Лезии сомнителни за неоплазија треба да се испратат кај уролог или дерматолог.
- Фимозата се третира со циркумизија. Доколку кај возрасен маж по баланитис надворешната кожа не може да биде повлечена во sulcus coronarius, потребна е циркумизија.
- Парафимозата треба да се третира со итна репозиција. Употребете лидокаин гел и притиснете го врвот на глансот доволно долго за да се намали отокот, по што надворешната кожа може да биде ослободена.
- Доколку репозицијата не е успешна, потребна е инцизија на надворешната кожа.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Autio. Article ID: ebm00252 (011.020), © 2004 Duodecim Medical Publication Ltd

1. EBM Guidelines, 18.6.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2006 година

ИНГВИНАЛЕН ДЕРМАТИТИС

- ▶ Основни правила
- ▶ Дијагноза
- ▶ Лекување
- ▶ Индикации за упатување кај специјалист
- ▶ Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Лекувајте симптоматски, но намалете го ризикот или третирајте етиолошки при позната причина.
- Не третирајте пред да ја поставите дијагноза.
- Доколку се сомневате на дерматофитна инфекција, третманот може да се започне емпириски додека се чекаат резултатите од габична култура која секогаш треба да се направи. Нативната микроскопија е брз начин за поставување на конечната дијагноза.
- Избегнете го предиагностицирањето на *Candida* инфекции.

ДИЈАГНОЗА

Деца

- Најчеста состојба е дерматитис од пелени. Вообичаено се јавува еритем и папули, а кај потешките случаи може да се јават кружни ерозии.
- Ако откриеме *Candida albicans* на кожата не значи дека е причинител. Кај вистинската кандидијаза обично има појава на сателитски промени околу поголема лезија.
- Вообичаено атопискиот дерматитис не се јавува на регијата каде што се става пелената (уреа/ карбамидот дејствуваат тераписки на егземата).
- За време на првите месеци од животот себороичната егзема може да даде тешка клиничка слика во регијата на ставањето пелени.
- Дерматофитоза во ингвиналната регија кај децата е речиси секогаш погрешна дијагноза (земете примерок за култура!).

Возрасни

- Ингвиналната тинеја е почеста кај мажи (слика 19), а поретка кај жени. Доколку се појави во ингвиналната регија може да се најде и помеѓу прстите на нозете и секогаш прегледајте ги нив. Тинејата вообичаено се презентира со изразен раб, понекогаш фоликулитис и пустули. Земете примерок за габична култура, бидејќи и најискусните клиничари донесуваат погрешни клинички дијагнози.
- **Егзема** (себореична) (слика 18) е најчест во ингвинална регија. Прегледајте ги другите типични места за себореична егзема, може да има издигнат раб и да личи на тинеја.
- **Псоријазата** (слика 20) често ги зафаќа ингвиналните набори. Се презентира со ограничен и често влажен еритем. Прегледајте го папокот, пазувите, колената, лактите, ноктите и скалпот.
- **Erythrasma** на ингвинална регија не е честа. Вообичаено изгледа неинфламирано

и нема елевиран раб. Во културата не се детектираат габи.

- **Инфекција со Candida** во ингвиналните набори кај возрасни е обично асоцирана со дијабетес. Поважно е испитување на гликоза во крвта отколку култура за Candida.
- **Tinea incognito** е јатрогена состојба каде што ингвиналната тинеја била третирана со кортикостероиди. Клинички има присуство на стрии и атрофија. Состојбата е предизвикана од омнипотентни клиничари “на кои не им е потешна габична култура”.
- Јадежот во пределот на косматиот дел во пубичната регија може да индицира **пубична вошливост** (Phithriasis pubis). Употребете лупа (или стереомикроскоп) за детектирање на јајцата, а понекогаш и на вошката. Прегледајте ги и трепките за присуство на јајцата.
- Папули на пенисот и скротумот се типични за **скабиес**. Прегледајте ги зглобовите и наборите меѓу прстите.

ЛЕКУВАЊЕ

Деца

- Дерматитисот од пелени треба да се третира со избегнување на иритантниот ефект на урината и фецесот. Основа на лекувањето е честа промена на пелените, избегнување на контакт на кожата со оклузивни матерјали, користење на заштитни масти (кои содржат цинк) и отстранување на пелените секогаш кога е тоа возможно. Ерозивната форма може да е резистентна на терапија.
- Комбинирани препарати (антимикотици и кортико) се најсоодветни за инфекција со Candida, но не користете ги кортикостероидите подолг период и внимавајте на несаканите ефекти.
- Терапија од избор кај егземата е хидрокортизон (0.5-1%). Се употребува лимтиран временски период, имајќи ги на ум сите несакани дејства од оваа терапија. Редовно да се следи клиничкиот одговор.

Возрасни

- Ингвиналната тинеја успешно се лекува со топични антимикотици. Не заборавајте да ја третирате тинејата на друга локација (помеѓу прстите на нозете).
- Егземата може да се третира со благ или средно потентен кортикостероид. Посилни кортикостероиди не треба да се употребуваат и дури употребата на средно потентни стероиди треба да се ограничи на одредени периоди. Слаб одговор на лекувањето значи погрешна дијагноза.
- Псоријазата во ингвиналната регија релативно лесно се лекува. Третманот е идентичен како за егема. Може да се користи и calcipotriol⁶⁰. Еритразмата е бактериско заболување кое се лекува со имидазолски препарати во траење од 2-3 недели.
- Candida е значаен патоген само кај дијабетичарите. Се лекува со антимикотици.
- За пубичната вошливост се корисни шампони перметрин и мелатион.
- Шуга: целата фамилија се третира со перметрин и малатион.

ИНДИКАЦИИ ЗА УПАТУВАЊЕ КАЈ СПЕЦИЈАЛИСТ

- Тешкотиите во дијагностицирањето и лекувањето се индикации за посета на специјалист.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Pekka Autio, Article ID: ebm00261 (013.011), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 20.9.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до септември 2007 година**

PRURITUS ANI

- Основни правила
- Симптоми
- Терапија
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Исклучи ја ректалната причина за која треба третман (проктоскопијата е често индицирана).
- Немој да ги мешаш површните кожни ексоријации со анални фисури.
- Кај најголем број (60%) од пациентите не може да се идентификува причината за аналниот јадеж. Претерано миеење, хемороиди (кои ја влажнат перианалната регија), како и локалните реакции од топично применетите медикаменти може да се причина за перианален дерматитис.

СИМПТОМИ

- Јадежот е главен симптом, но многу пациенти се жалат и на болка при палпација.
- Може да биде зафатена и околината на заболената перианална кожа.

ТЕРАПИЈА

- Основна е хигиената во аналната регија (туширање и миеење по дефекација со сушење на регијата) и одржување на регијата сува.
- Мазите со цинк може да се користат локално. Кај силен јадеж, како локална терапија се користи 1% hydrocortison крем или антимикотици (во комбинација со hydrocortison).
- Кај случаи кога јадежот перзистира, индицирана е кожна биопсија од зафатената кожа.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Kari-Matti Hiltunen, Article ID: ebm00204 (008.061), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 9.11.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до ноември 2007 година**

СЕКСУАЛНО
ПРЕНОСЛИВИ
ИНФЕКЦИИ

СИФИЛИС

- ▶ Цели
- ▶ Етиологија и начин на пренесување
- ▶ Клиничка слика
- ▶ Диференцијална дијагноза
- ▶ Дијагноза
- ▶ Третман
- ▶ Следење на текот на болеста и идентификација на партнерите
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци
- ▶ Слики 131

ЦЕЛИ

- Сомневањето за сифилис треба да се потврди со соодветни клинички и серолошки тестови, а пациентите треба да се третираат со најефикасните антибиотици.
- Сифилисот е опасна инфекција која треба ефективно да се превенира и да се третира.

ЕТИОЛОГИЈА И НАЧИН НА ПРЕНЕСУВАЊЕ

- Предизвикувач на сифилисот е спирохетата *Treponema palladium*.
- Лесно се пренесува преку сексуален однос и од мајката на фетусот.
- Контагиозноста е највисока (30-60%) во примарниот и секундарниот стадиум на болеста. По период од 2 години, пациентот заболел од сифилис престанува да ја пренесува болеста.

КЛИНИЧКА СЛИКА

- Асимптоматскиот инкубационен период трае 3-4 недели по кој една третина од пациентите (не сите) добиваат видливи симптоми на болеста.
- Примарни симптоми (локална инфекција)
 - На гениталната, а понекогаш на ананалната или оралната регија се појавува улкус, "примарна лезија" (слика 131), кој се карактеризира со чисто и цврсто дно.
 - Се јавува регионална лимфаденопатија која е безболна.
- Секундарниот стадиум (стадиум на генерализирана инфекција) настанува 6-8 недели по експозицијата на патогенот.
- Општи симптоми се:
 - општа лоша состојба,
 - треска,
 - зголемени лимфни јазли.
- *Roseola syphilitica* личи на генерализиран вирусен егзантем или на медикаментозна ерупција (егзантем).

- Сифилидите се папулозни ефлоресценции локализирани на дланките и на стапалата или по целото тело, генерализиран егзантем. Кога се локализирани перинално, тие се поголеми и личат на карфиол (*condylomata latum*). Кај пациентите со ослабен имунитет (на пример HIV) може да се јави централна некроза.
- *Aloracia syphilitica*, карактеристична алопеција со мали жаришта „коса како изеде-на од молци“ се јавува кај одреден број пациенти.
- Доцните симптоми се појавуваат кај околу една третина од нелекуваните пациенти за период од 10 до 30 години. Најважни се невролошките (атипична психоза, паралична деменција) и васкуларните симптоми (аневризма на аортата и валвуларна регургитација).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Примарен сифилис

- Генитален херпес: инкубациониот период кај примарната инфекција е краток, промените се јавуваат во групи и се болни. Лимфаденопатијата е помалку изразена, а зголемените лимфни јазли се болни.
- *Ulcus molle* (мек шанкр).
- Инфекција на местата на траума при коитусот или други трауми.

Секундарен сифилис

- Розеолата може да личи на *pityriasis rosea*, медикаментозен егзантем, сипаници (рубеола), германски сипаници (*rubella*) или скарлетна треска (скарлатина).
- Сифилидите личат на папулозната форма на *lichen ruber planus*, на *psoriasis*, на *scabies* или на инфективен дерматитис на стапалата (на пример, тинеја), *Condyloma latum* може да личи на *condyloma acuminata*.

ДИЈАГНОЗА

- Анамнестички податоци за експозиција (податоци за секс без заштита) и/или клиничката слика.
- Нативен препарат. На микроскоп со темно поле, наодот на спирохети во секретот од промените, ја потврдува дијагнозата.
- Серологија.
 - Кардиолипинскиот тест станува позитивен 3-4 недели по инфекцијата. Ова е првиот тест што се користи за скрининг на сифилисот. Високите титри (> 16) речиси секогаш се специфични. Ниските титри во повеќето случаи означуваат лажен позитивен резултат (бременост, болести на сврзливото ткиво, инфекција) или претставуваат серолошка резидуа на претходно лекувана инфекција или на латентен сифилис.
 - TRNA (*treponema pallidum* хаемаглутинационен тест) е тест на избор за поставувањето дијагноза на сифилис. Резултатот од овој тест станува позитивен подоцна споредено со позитивниот резултат од кардиолипинскиот тест, но се одликува со висока специфичност (речиси 100%) и е погоден за следење на терапискиот ефект.
 - FTA-abs (флуоресцентен тест) е специфичен тест за сифилис кој се користи во специјални случаи (невросифилис, и сомневање за неонатален сифилис),

бидејќи со него се детектираат и IgM антителата.

- Во последно време за скрининг се употребуваат генските амплификациски методи⁶¹.

ТЕРАПИЈА

- Procaine penicillin 1.2 мил IU 1 x дневно, и.м во текот на 10 дена (за третман на примарниот и секундарниот сифилис, а кај латентниот сифилис, третманот е 3 недели). Невросифилисот се лекува со интравенски пеницилин.
- За пациенти алергични на пеницилин, алтернативен третман е doxycycline (200 mg дневно - 15 дена) или ceftriaxone инјекции во доза од 1 g/дневно.

СЛЕДЕЊЕ НА БОЛЕСТА И ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА ПАРТНЕРИТЕ

- По спроведената антибиотската терапија, на секои 3 месеци, 6 месеци и 1 година се изведува кардиолипинскиот тест и ТРНА-тестот. Кај примарниот сифилис тестовите во повеќето случаи се негативизираат ако применетиот третман е успешен. Во случај на скорашна инфекција, титарот паѓа за најмалку два дилуциони титри.
- Кај сите сексуални партнери кои биле изложени на инфекцијата треба да се направат кардиолипински тест. Ако резултатот е негативен, тестот треба да се повтори по 3 месеци.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Соработката со пациентите при нивното испраќање на специјалист може да го зголеми пријавувањето на нивните партнери со сексуално преносливи болести (**ннд-С**).
- Пеницилинот е ефикасен во третманот на сифилисот кај трудниците и во превенцијата на конгениталниот сифилис (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hernandez-Aguado I, Bolumar F, Moreno R, Pardo FJ, Torres N, Belda J, Espacio A. False-positive tests for syphilis associated with human immunodeficiency virus and hepatitis B virus infection among intravenous drug abusers. Valencian Study Group on HIV Epidemiology. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17: 784-787
2. Morse SA, Trees DL, Htun Y ym. Comparison of clinical diagnosis and standard laboratory and molecular methods for the diagnosis of genital ulcer disease in Lesotho. J Infect Dis 1997; 175: 583-589
3. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH, Berkley SF, Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. Sex Transm Infect 1998; 74 Suppl 1: S12-16
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-945071. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
5. Walker GJA. Antibiotics for syphilis during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001143. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
6. Oxman AD, Scott EA, Sellors JW, Clarke JH, Millson ME, Rasooly I, Frank JW, Naus M, Goldblatt D. Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the

evidence. Can J Publ Health 1994;85(suppl 1):41-47

7. Timo Reunala, Article ID: ebm00255 (012.003), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

ГОНОРЕЈА

- ▶ Етиологија
- ▶ Епидемиологија
- ▶ Време на инкубација и симптоми
- ▶ Компликации
- ▶ Лабораториски испитувања
- ▶ Терапија
- ▶ Следење
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци

ЕТИОЛОГИЈА

- Предизвикувач е бактеријата *Neisseria gonorrhoeae* (gonococcus), грам-негативен диплокок.
- Се пренесува само со сексуален контакт и се размножува во цилиндричниот епител на мукозните мембрани.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Инциденцата на гонореја се разликува во различни земји, а исто така и резистенцијата на медикаменти.
- Фарингеалната гонореја и *ophthalmia neonatorum* денес многу ретко се среќаваат во развиените земји, како и асоцираната хламидијална инфекција кај пациентите со гонореја.

ИНКУБАЦИЈА И СИМПТОМИ

- Кај мажи, 2-5 дена по експозицијата.
- Кај жени, 1-2 недели по експозицијата.
- Симптомите се вообичаено благи или комплетно отсутни. Јасно видливи симптоми се појавуваат кај околу 60% од мажите и 30% од жените.
- Кај мажите симптомите се уретритис и жолтеникав уретрален секрет, а кај жените вагинален секрет, болка во текот на уринирање и болки во долниот дел на абдоменот.

КОМПЛИКАЦИИ

- Кај жените најсериозна компликација е пелвичната инфламаторна болест, а кај мажите гонорејата може да предизвика епидидимитис.
- Ретки компликации на нетретирана гонореја се пустулозен дерматитис и артритис.
- При анален сексуален контакт може да се јави проктитис и проктоколитис.

ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА

- Наодот на бројни леукоцити и интрацелуларни диплококи во размаската од гноен секрет на предметно стакло (боена со метиленско сино или по Грам) ја сугерира дијагнозата на гонореја.
- Културата претставува базичен метод за поставување на дијагнозата и за одредување на антибиотската резистенција.
 - Примерокот се зема со дакронски брис од уретрата и цервиксот, а кога е неопходно и од фарингсот и ректумот. Примерокот се чува на 4° степени, ако чувањето е неопходно.
 - Се прави култура на специјална подлога.
 - Негативен резултат се добива по неколку дена.
 - Конечниот позитивен резултат и испитувањето на чувствителноста на гонококите на ципрофлоксацин се добиваат за еден до три дена.
- Тест на амплификација на нуклеинските киселини на гонококите.
 - Овој чувствителен тест се прави во специјални лаборатории и ја заменува културата. Неговата употреба станува сè почеста.
 - Првиот млаз на урината или примерок земен со брис се испитува со тестот на амплификација на нуклеинските киселини⁶² (**ннд-А**). Резултатот се добива уште истиот ден. Истиот тест може да се користи за тестирање и на инфекции предизвикани со гонореја и хламидија.
 - Со овој метод не е можно испитување на антибиотска резистенција.

ТЕРАПИЈА

- Чувствителноста на *Neisseria gonorrhoeae* спрема антибиотиците се разликува во светот. Резистенцијата спрема кинолоните се зголемува, посебно во Југоисточна Азија каде што околу 20% од соевите се резистентни.
- Кога постои сомневање за антибиотска резистенција, неопходно е засејување култура.

Неkomplицирана акутна инфекција

- Ciprofloxacin 500 mg x 1 е основната терапија.
- За резистентни соеви се користи ceftriaxon 250 mg x 1 и.м. или spectinomycin 2 g x 1 и.м. (**ннд-С**).
- Во текот на бременоста и надоењето инфекцијата се третира со spectinomycin⁶³ 2 g x1 и.м. (**ннд-С**).

Комплицирана инфекција

- Ciprofloxacin 500 mg x во текот на 5-7 дена per os.

62 Недостапно во Р. Македонија

63 Недостапно во Р. Македонија

СЛЕДЕЊЕ ПО ПРИМЕНЕТА ТЕРАПИЈА

- За да се потврди комплетното излекување се зема контролен примерок.
- Контролниот примерок се зема една недела по спроведената терапија, а за изведување на тестот за амплификација на нуклеинските киселини по 3 недели.
- Резултатот од спроведената терапија се контролира најмалку два пати ако соевите се резистентни на ciprofloxacin, а посебно внимание се обрнува на идентификацијата на партнерите.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Соработката на пациентот во обезбедување и обработката на податоците би можеле да ја зголемат информираноста на партнерот за сексуално преносливите инфекции (СПИ).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Edwards S, Carne C. Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 1998; 74: 95-100
2. Ng PP, Chan RK, Ling AE. Gonorrhoea treatment failure and ciprofloxacin resistance. *Int J STD AIDS* 1998; 9: 323-325
3. Dosen LK, Moi H. Gonore forarsaket av fluorokinolonresistente gonokokker. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998; 118: 2783-2785
4. Edwards S, Carne C. Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 1998; 74: 95-100
5. Ng PP, Chan RK, Ling AE. Gonorrhoea treatment failure and ciprofloxacin resistance. *Int J STD AIDS* 1998; 9: 323-325
6. Brocklehurst P. Antibiotics for gonorrhoea in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cochrane Library number: CD000098. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
7. Koumans EH, Johnson RE, Knapp JS, St Louis ME. Laboratory testing for neisseria gonorrhoeae by recently introduced nonculture tests: a performance review with clinical and public health considerations. *Clinical Infectious Diseases* 1998;27:1171-1180
8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-982037. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
9. Oxman AD, Scott EA, Sellors JW, Clarke JH, Millson ME, Rasooly I, Frank JW, Naus M, Goldblatt D. Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the evidence. *Can J Publ Health* 1994;85(suppl 1):41-47
10. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-945071. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
11. Timo Reunala, Article ID: ebm00254 (012.002), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 19.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година**

ГЕНИТАЛЕН ХЕРПЕС

- Основни правила
- Етиологија
- Епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Терапија
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Клиничката слика на гениталниот херпес е често типична и лесна за дијагноза. Проблемите се појавуваат во случај кога манифестациите се атипични, како на пример интермитентно чешање во гениталната регија, фисури и еритем. Со цел да се обезбеди адекватна терапија и да се превенира ширењето на болеста од страна на пациентот, од есенцијално значење е препознавањето на овие симптоми како херпес.

ЕТИОЛОГИЈА

- Во повеќето случаи гениталниот херпес е хронична сексуално пренослива инфекција предизвикана од Herpes simplex virus 2 (HSV-2). Сепак, 20% од инфекциите денеска се предизвикани од HSV-1. По инфекцијата, вирусот секогаш останува латентен во телото.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Вирусот е особено контагиозен во симптоматската фаза. Сепак, можно е и асимптоматско расејување на вирусот. Партнерите кои не се свесни дека се носители на вирусот го пренесуваат вирусот во околу 50% од случаите. Кај жените ризикот од инфекција е поголем отколку кај мажите.
- HSV-1 се повторува поретко и со полесна симптоматологија од HSV-2.
- Лезиите на гениталниот херпес го зголемуваат ризикот од HIV-инфекција.

СИМПТОМИ

Примарен херпес

- Симптомите се јавуваат 4-14 дена по инфекцијата.
- Општи симптоми се:
 - треска;
 - главоболка;
 - мијалгии.
- Гениталните симптоми се:
 - везикули;

- бодежи;
- дизурија;
- ингвинална лимфаденопатија.

Улцерирачки цервицитис

- **Лезиите се билатерални.**
- Симптомите перзистираат 2-3 недели.
- Примарната херпес-инфекција може, исто така, да биде асимптоматска.
- Секрецијата на вирусот продолжува во текот на 2 недели.
- Во текот на бременоста ризикот од фетална инфекција е 50% кај примарниот херпес, а помалку од 5% при рекурентен херпес.

ДИЈАГНОЗА

- Херпес симплекс вирусот може да се изолира од лезијата или со култура на вирусот или со методи на детекција на антигенот. Примерокот за култура мора да се однесе во лабораторија во текот на 24 часа, додека примероците за детекција на антигенот подобро толерираат транспорт и чување.
- Примерокот се зема од лезијата со брис или со стругање.
- Тестовите за антитела детектираат HSV-1 и HSV-2 серопозитивност, т.е. статус на носителство, но не и на локацијата на болеста.
- PCR⁶⁴ е особено применлива за дијагноза на неонатален херпес од ликвор.

ТЕРАПИЈА

- Кај **примарниот херпес** оралната терапија го скратува излучувањето на вирусот од 12 на 9 дена. Единствено клиничкото сомневање е причина за започнување на терапијата: асусclovir 200 mg x 5, valacyclovir⁶⁵ 500 mg x 2 или famcyclovir⁶⁶ 250 mg x 3, сите 3 лекови се даваат во текот на 5-10 дена.

Индикации за интравенозна администрација

- Тешки клинички манифестации.
- Менингеална иритација која предизвикува главоболка.
- Неонатален херпес.
- При **рекурентен херпес** орален асусclovir 200 mg x 5 x 5 дена или valacyclovir 500 mg x 2 x 5 дена ги подобрува симптомите и го скратува траењето на симптоматската фаза.
- Локално аплицирана маст асусclovir не е ефикасна кај рекурентен генитален херпес симплекс како што е кај лабијалниот херпес.
- Краткотрајна профилакса може да се користи целно, на пример во текот на одмор.
- При чести и тешки рецидиви, се вклучува долготрајна профилактичка терапија (6 месеци): асусclovir 400 mg x 2, valacyclovir 500 mg x 1 или famcyclovir 250 mg x 2.
- Профилактичката терапија може значајно да ја редуцира секрецијата на вирусот. Сепак, трансмисијата сè уште е можна.
- Во денешно време не постои лек за ерадикација на вирусот од невралните сен-

64 Ограничено достапно во Р. Македонија

65 Недостапно во Р. Македонија

66 Недостапно во Р. Македонија

зорни ганглиони.

- За идентификација на раните симптоми и со тоа редукција на ризикот од трансмисија, на пациентот му е неопходна информација за природниот тек на инфекцијата и на инфективноста.
- Неопходноста за медицинска нега е во зависност од животните ситуации на пациентот.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Diaz-Mitoma F, Sibbald RG, Shafran SD, Boon R, Saltzman RL. Oral famciclovir for the suppression of recurrent genital herpes: a randomized controlled trial. Collaborative Famciclovir Genital Herpes Research Group. JAMA 1998; 280: 887-892
2. Faro S. A review of famciclovir in the management of genital herpes. Infect Dis Obstet Gynecol 1998; 6: 38-43
3. Taylor S, Drake SM, Dedicoat M, Wood MJ. Genital ulcers associated with acute Epstein-Barr virus infection. Sex Transm Infect 1998; 74: 296-297
4. Pereira FA. Herpes simplex: evolving concepts. J Am Acad Dermatol 1996; 35: 503-520
5. Eija Hiltunen-Back, Article ID: ebm00258 (012.005), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 21.6.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>

2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години

3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година

ХЛАМИДИЈА УРЕТРИТИС И ЦЕРВИЦИТИС

- Цели
- Епидемиологија
- Рани симптоми
- Доцни симптоми и компликации
- Дијагностицирање
- Третман на хламидијалните инфекции
- Следење по третманот и скрининг
- Скрининг за асимптоматски инфекции
- Поврзани докази
- Референци

ЦЕЛИ

- Навреме да се дијагностицира и лекува болеста за да се избегнат сериозните компликации од пролонгираната и повторувачка инфекција (пелвична инфламаторна

болест, инфертилитет, ектопична бременост).

- Да се прегледа и лекува лицето кое е извор на инфекцијата и сите други кои можеби биле инфицирани, сè со намера да се превенира ширењето на хламидијалната инфекција.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Младите луѓе со многу сексуални контакти се со посебен ризик и употребата на оралните контрацептиви ја зголемува веројатноста за ширење на болеста.
- Асимптоматските инфекции го помагаат ширењето на болеста. Времето поминато од инфицирањето до дијагностирањето е во просек 4 недели, но може да биде и повеќе месеци.
- Во моментот на дијагностицирање околу 25% од пациентите веќе имаат нов сексуален контакт, што претставува можност за ширење на инфекцијата.
- Врз база на големи испитувања е утврдено дека мажите најчесто (60%) се инфицираат од повремени сексуални партнерки, а жените од постојаниот партнер. Проститутките и странците не претставуваат значаен извор на инфекција во повеќе земји.

РАНИ СИМПТОМИ

- Инкубациониот период од почетокот на хламидија инфекцијата до појавата на симптомите трае од една до три недели - подолг од инкубациониот кај гонореја. Искуствата на околу 25% мажи и повеќето жени, главно, укажуваат на незабележителни рани симптоми на хламидија инфекција и многу од нив стануваат асимптоматски носители на хламидија.
- Кај мажите, уретритисот се манифестира со миризлив, во почетокот воденикав, а подоцна мукозен исцедок од уретрата. Може да се јави печење, болка и дизурија.
- Кај жените се манифестира со дизурија, полакизурија и умерена леукореја. Често се јавува и цервицитис кој се манифестира со мукопурулентен исцедок и едем или тенденција за крвавење од орифициумот на уретрата или утерусот.

ДОЦНИ СИМПТОМИ И КОМПЛИКАЦИИ

- Кај жените пролонгираната хламидијална инфекција често резултира со **ендометритис и салпингитис**. Овие состојби не се секогаш асоцирани со изразени симптоми - пациентката може да има само лесна температура или слаба болка во долниот абдомен. Ендометритисот може да доведе и до ирегуларни крвавења од утерусот.
- **Пелвична инфламаторна болест (ПИБ)** е важна доцна компликација на хламидија инфекцијата и генерално бара болнички третман.
- Перихепатитисот е ретка компликација на хламидија инфекција.
- Доцните компликации од силни и посебно повторувачки хламидија инфекции вклучуваат оштетување на тубите и појава на **стерилитет и ектопична бременост**.
- Кај мажите хламидијалната инфекција е важна зашто доведува до **епидидимитис**, додека етиолошката важност на хламидијата простатитис е мала.
- Хламидија инфекцијата може да тригерира развој на **реактивен артритис** (уроартритис, Reiter – ова болест) и кај мажите и кај жените.

ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ

- **Клинички симптоми и знаци.** Клиничките симптоми може само да побудат сомневање за хламидијална инфекција, но тие не се доволни за дијагноза. Симптомите на печење и мукозниот исцедок од уретрата се чести симптоми кај мажите по незащитен сексуален однос со повремена партнерка. Иако размаската од брисот боена по Грам или метиленско синило е обично богата со бели крвни клетки, хламидија е пронајдена само кај 50% од пациентите. Затоа, за да се потврди дијагнозата на хламидија инфекција кај мажите и кај жените е возможна само со микробиолошки испитувања.
- **Методот со генска амплификација** ги замени претходните техники, така што методот со прва утринска мочка зазема водечка позиција во дијагностицирањето на хламидија и кај мажите и кај жените.
- Методот на генска амплификација, каков што е polymerase chain reaction (PCR) и ligase chain reaction (LCR)⁶⁷, се базираат на мултипликација на хламидијалните нуклеински киселини со специфични проби. Главните особини на овие методи се нивната висока сензитивност и фактот што тие, за разлика од другите методи со култури, покажуваат позитивен резултат и тогаш кога нема жива хламидија во примерокот. Споредени со традиционалните методи со култури, методите на генска амплификација откриваат 5 до 7% повеќе случаи на хламидија инфекција и практично лажан позитивитет не постои. Цената на овие тестови падна до подносливо ниво. Денес е возможно хламидија и гонореја да бидат докажани на ист примерок, ако е потребно.
- **Примерок на прв млаз мочка** се применува за дијагностицирање на хламидија кај мажи и кај жени. Примерокот се зема најмалку 5 до 7 дена по суспектната инфекција. Пациентот мора да се воздржи од мокрење 2 часа пред земањето на примерокот на урина. Примерокот (10 ml) се испраќа во лабораторија по нормален пат. Ако треба, примерокот може да се замрзне за еден или до два дена.
- Амоксицилин и еритромицин се еднакво ефикасни при антенатален хламидијален цервицитис (**ннд-В**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H ym. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sex Transm Dis* 2001;28;252-8
2. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE ym. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydia infections. *N Engl J Med* 1996;334:1362-6
3. Egger M, Low N, Smith G ym. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county of Sweden. *BMJ* 1998;16;1776-80
4. Pasternack R, Vuorinen P, Miettinen A. Evaluation of Gen-Probe Chlamydia trachomatis transcription-mediated amplification assay with urine specimens from women. *J Clin Microbiol* 1997;35;676-8
5. Puolakkainen M, Hiltunen-Back E, Reunala T ym. Comparison of performances of two commercially available tests, a PCR assay and a ligase chain reaction test, in detection of urogenital Chlamydia trachomatis infection. *J Clin Microbiol* 1998;36;1489-93
6. Östergaard L, Anderssen B, Olesen F ym. Efficacy of home sampling for screening of Chlamydia trachomatis: a randomized study. *BMJ* 1998;317;26-7

7. Pimenta J, Cacthpole M, Cray M ym. Screening for genital chlamydial infection. Evidence based health policy report. *BMJ* 2000;629-31
8. Paavonen J, Puolakkainen M, Paukku M ym. Cost-benefit analysis of first-void urine *Chlamydia trachomatis* screening programme. *Obstet Gynecol* 1998;92:292-8
9. Koskela P, Antti T, Bjorge T ym. *Chlamydia trachomatis* infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *Int J Cancer* 200;85;35-9
10. Anttila T, Saikku P, Koskela P ym. Serotypes of *Chlamydia trachomatis* and risk for development of servical cancer. *Jama* 2001;285;57-51
11. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital *chlamydia trachomatis* infection in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD000054. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
12. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A, Schmid G. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD002843. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently
13. Oxman AD, Scott EA, Sellors JW, Clarke JH, Millson ME, Rasooly I, Frank JW, Naus M, Goldblatt D. Partner notification for sexually transmitted diseases: an overview of the evidence. *Can J Publ Health* 1994;85(suppl 1):41-47
14. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-945071. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
15. Turrentine MA, Newton ER. Amoxicillin or erythromycin for the treatment of antenatal *chlamydial* infection: a meta-analysis. *Obst Gynecol* 1995;86:1021-1025
16. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-960039. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
17. Timo Reunala, Article ID: ebm00253 (012.001), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.3.2005, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2008 година**

ГЕНИТАЛНИ БРАДАВИЦИ - ИНФЕКЦИЈА СО ХУМАН ПАПИЛОМА ВИРУС (HPV) - КОНДИЛОМИ

- › Основни правила
- › Епидемиологија
- › Симптоми
- › Дијагноза
- › Диференцијална дијагноза
- › Менаџмент на кондиломи
- › Третман на супклинички ХПВ-инфекции
- › Резултати
- › Поврзани докази
- › Референци
- › Слика 132

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Condyloma acuminatum (генитални брадавици) претставува вообичаена вирусна инфекција преодоминантно на гениталните мукозни мембрани.
- Кај женската популација состојбата може да биде многу резистентна на третман.
- Терапевтските алтернативи се podophyllotoxin⁶⁸, различни методи на каутеризација, криотерапија и најнова терапија со imiquimod⁶⁹.
- Видливите кондиломи треба да се третираат.
- Преканцерозни промени предизвикани од ХПВ треба да се третираат.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се пренесуваат главно преку сексуален контакт, а предизвикувачот е хуман папилома вирусот (ХПВ).
- Тешко е да се детерминира времето на трансмисија (од 1 до 8 месеци и може да биде латентна инфекција подолг период)
- Клиничката слика се карактеризира со класични карфиоласти брадавици, condyloma acuminatum, но во најголем број случаи се присутни рамни супклинички лезии кои се откриваат кај жените со ПАП-тест.
- Чести се при состојби на имуносупресија (HIV, јатрогена).

СИМПТОМИ

- ХПВ-инфекцијата може да биде комплетно асимптоматска, а кондиломите да се откријат случајно.

68 Ограничено достапно во Р. Македонија

69 Недостапно во Р. Македонија

- Интензивен пруритус и улцерации може да се појават повремено во регијата на вулвата, анусот и препуциумот.
- Уретралните брадавици може да предизвикаат печење при уринирање и хематурија.
- Некои од симптомите може да бидат предизвикани и од други конкурентни инфекции (Candida, Herpes, Chlamidia).

ДИЈАГНОЗА

- Класичните егзофитични брадавици обично се дијагностицираат со голо око (слика 132). Се препорачува, исто така, да се прегледа и анусот (проктоскопија) и дисталната уретра на пример со мал носен спекулум).
- Равни ХПВ-инфекции кај жени често се детектираат со ПАП-брис (коилоцитична атипичност). Пациентка со повторувачки абнормални наоди од ПАП-тестот (класа 2 или ASCUS) треба да се упати на колпоскопија.
- Апликацијата на ацетична киселина (3-5%) ги прави равните лезии видливи како светли флеку кај двата пола, но наодот е неспецифичен и тежок за интерпретација без колпоскоп. Хистолошката потврда е потребна за поставување дијагноза. Во последно време не се препорачува како клиничка рутина, бидејќи поголем број од здрави адулти го носат вирусот без присуство на болест.
- Биопсија се препорачува доколку постојат:
 - лезии кои личат на невус, посебно ако се пигментирани,
 - брадавици резистентни на терапија,
 - хронични симптоми (интензивен јадеж, улцерации),
 - повторувачки лесни абнормалности на ПАП-тест (класа 2 или ASCUS).

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Реакција на ацетопобелување може да се види при случаи на неспецифични инфективни лезии и белези.
- Околу 30-40% од младите мажи имаат папули околу глансот, овие не се асоцирани со ХПВ.
- Кандида (чешање и фисури), херпес (плитки улцерации).
- Некои кожни болести (на пример lichen sclerosus et atrophicus, lichen planus, psoriasis, алергиска егзема).

ТРЕТМАН НА КОНДИЛОМИ

- Кај жени е индициран ПАП-тест.
- Помисли и на други сексуално преносливи болести.

Алтернативи на терапија

Podophyllotoxin⁷⁰

- Може да биде самоаплициран од пациентот за брадавици кои се видливи, 2 пати дневно во тек на 3 последовни денови. Постапката може да се повтори по пауза од 1 недела.

⁷⁰ Ограничено достапно во Р. Македонија

- Најдобар е за мали солитарни кондиоми.
- Не се аплицира за време на бременост, не во вагина, или во вагиналниот дел на цервиксот.

Крем Imiquimod⁷¹

- Нов имуномодулятор.
- Се аплицира на интактна кожа секој втор ден (3 пати неделно) и се измива наутро (по 6-10 часа).
- Терапијата продолжува сè додека не исчезнат брадавиците, но не подолго од 16 недели.

Отстранување со ексцизија

- Ножици, конхотомија или обична (локална анестезија, на пример со лидокаин/прилокаин крем).
- Одговара за солитарни големи брадавици.

Криотерапија

- Најдобра за надворешни брадавици.

Електрокоагулација

- Тешко се контролира длабочината на оштетување на ткивото.

Вапоризација со ласер⁷²

- Најдобар метод за широко распространети или повторувачки лезии независно од локализацијата.
- Посебно се препорачува при брадавици во отворот на уретрата, во вагината или во анусот.

Терапија на супклиничка ХПВ-инфекција

- Терапијата зависи од наодот од колпоскопија (вулвоскопија, пенисоскопија)⁷³ и хистолошкиот наод.
- Цервикалните лезии се третираат врз база на нивната раширен со електрично отстранување со јамка или со ласер (конизација).
- Вагиналните лезии може да бидат отстранети со ласер (CO₂)⁷⁴ со помош на колпоскопија.
- Проблематичните рамни ХПВ-лезии во вулвата или во перинеумот или во аналната регија (чешање, печење, улцерации) можат, исто така, да се третираат со CO₂ ласер со помош на колпоскоп.

ТЕРАПИСКИ РЕЗУЛТАТИ

- Повторувањето е често по сите третмани.
- Скринингот и терапијата на безсимптомните мажи нема никакво значење во леку-

71 Недостапно во Р. Македонија

72 Недостапно во Р. Македонија

73 Недостапно во Р. Македонија

74 Недостапно во Р. Македонија

вањето на мукозните лезии кај нивните женски партнери.

- Постојат контроверзни резултати во однос на ефектот од употребата на кондомот врз трансмисијата на ХПВ или на оздравувањето.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Не постои доказ кој би ја поддржал употребата на тестирањето на HPV-DNK како примарна скрининг- метода за цервикален карцином или за тријажирање на жени- те со еквивалентни наоди на ПАП- тестот (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Jorma Paavonen, Article ID: ebm00257 (012.004), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

ДЕРМАТОЛОШКА ОНКОЛОГИЈА

КЕЛОИД

- Цел
- Дефиниција
- Дијагноза
- Типични карактеристики
- Индикации за третман
- Третман
- Референци

ЦЕЛ

- Да се превенира создавањето келоиди (претходната појава на келоиди е ризик за појава на нов).
- Третиран келоид кој предизвикува естетски или механички проблеми или симптоми. Новиот келоид е полесен за третман од стариот.

ДЕФИНИЦИЈА

- Келоидот е патолошка лузна која личи на тумор и се јавува на местото на хируршките рани, изгореници, дупки од обетки или како последица од акни на трупот.

ДИЈАГНОЗА

- Типичната промена лесно се препознава. Келоидот во почетокот е како гума, црвен - темноцрвен, солиден, обично е мек. Изграден е од нежно сврзливо ткиво покриено со тенка кожа.
- Големината може да варира од многу мал до големина на портокал.
- Бенигната хипертрофична лузна во рок од 6 месеци станува мека и се намалува, за разлика од келоидот кој ги нема тие својства.
- Може да постои фамилијарна предиспозиција.

ТИПИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Појавата на лузна се детектира во рок од 3-4 недели од повредата. Растењето продолжува неколку месеци до години.
- Со најголем ризик од појава на келоид се младите жени (од пубертет до 30).
- Инфекциите и напорот го зголемуваат ризикот за појава на келоиди.
- Предилекциони места се: усната шуплина, горниот дел на трупот (посебно над стернумот), рамењата, образите, вратот и лумбалниот дел. Ретко се зафатени дланките, стапалата и регијата на лицето.

ИНДИКАЦИИ ЗА ТРЕТМАН

- Естетски.
- Рестрикција во подвижноста на кожата, болна осетливост или силен јадеж.

ТРЕТМАН

- Ветувачки резултати има комбинацијата на криотерапија со течен азот и кортикостероидни инјекции. Келоидите се смрзнуваат со спреј со течен азот. По 5 минути во келоидот се инфилтрира methylprednisolon 40mg/ml (мал шприц и тенка игла). Третманот се повторува 1-2 пати во интервал од 6 недели.
- Третманот треба да го направи дерматолог.
- Терапијата со притисок може, исто така, да биде ефикасна, но третманот е мачен и долготраен.
- Во некои случаи треба да се консултира пластичен хирург. И најмала екскусија може да провоцира појава на нов келоид.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Layton AM, Yip, Cunliffe WJ. A comparison of intralesional triamcinolone and cryosurgery in the treatment of acne keloids. *British Journal of Dermatology* 1994;130:498-501
2. Pekka Autio, Article ID: emb00263*(o13.079), ©2005 Duodecim Medical publications Ltd

1. EBM Guidelines, 14.6.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до јуни 2007 година

СОЛАРНА КЕРАТОЗА

- ▶ Цел
- ▶ Дефиниција
- ▶ Дијагноза
- ▶ Типични карактеристики
- ▶ Индикации за третман
- ▶ Третман
- ▶ Референци
- ▶ Слики 133-135

ЦЕЛ

- Третирајте ја соларната кератоza за да се избегне ризикот од развој на карцином и за да се постигне естетскиот ефект.

ДЕФИНИЦИЈА

- Соларната кератоza е дегенеративно нарушување на епидермалното растење на клетките. Тоа е претканцерозна состојба која може да се развие во сквамозелуларен карцином, а која сè уште не се инфилтрирала низ базалната мембрана.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Се јавува често помеѓу тие со нежна кожа. Се појавува при изложување на сонце.
- Од болеста се зафатени лицето, капилицеумот, горните делови на ушите и рацете.

ДИЈАГНОЗИ

- Асимптоматска еритемна макула со површина покриена со сквамозни наслојки е првата манифестација (слика 133).
- Плускавецот расте во дијаметар од неколку см. и може да се стане хиперкератотична, дури и *cognu cutaneum* (слика 134).
- Во повеќето случаи се јавуваат повеќе лезии (слика 135).
- Потребно е да се изврши биопсија или да се испрати пациентот кај дерматолог.

ТРЕТМАН И И ПРОФИЛАКСА

- Пред третманот да се исклучи сквамозелуларен карцином.
- Криотерапијата со течен азот е ефективна, евтина постапка со добар естетски резултат.
- Може да се направи и едноставна ексцизија, но козметичкиот резултат не е добар како со криотерапијата.
- Терапијата со *Imiquimod*⁷⁵ и *photodynamic*⁷⁶ го зголемува терапискиот капацитет.
- Може да се користи крем со *tretinoin*⁷⁷ (0,05%) за третирање и профилакса на површни промени.
- Третманот трае 2-3 месеца.
- Заштитата од сонце го забавува развојот.

ПРОГНОЗА

- Ако не се лекува, соларната кератоза може да се развие во сквамозелуларен карцином.

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ КОНСУЛТАЦИИ

- Криотерапијата со течен азот се изведува од дерматолог.
- Ако за дијагнозата е корисна стереомикроскопија, дерматологот е најдобар дијагностичар.

1. EBM Guidelines, 19.2.2003, <http://www.ebm-guidelines.com>
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години
3. Предвидено следно ажурирање до февруари 2007 година

75 Недостапно во Р. Македонија

76 Недостапно во Р. Македонија

77 Недостапно во Р. Македонија

КОЖЕН КАРЦИНОМ

- ▶ Основни правила
- ▶ Невуси, малигнен меланом
- ▶ Басалиом (basalioma, carcinoma basocellulare)
- ▶ Спиналиом (с. epidermoides, с. spinocellulare, с. squamocellulare, спиналиома)
- ▶ Превенција на кожниот карцином
- ▶ Поврзани докази
- ▶ Референци
- ▶ Алгоритам 10
- ▶ Слики 136-155

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Најважната индикација за ексцизија на невусот е сомневањето за малигнитет. Во другите индикации се вклучуваат естетиката и локацијата на невусот на места експонирани на триење. Доколку невусот е отстранет заради козметички причини, секогаш мислете на можноста од појава на последици, како на пример неестетска лузна или склоност кон развивање келоиди.
- Лекар по општа медицина може да го отстрани невусот со локална анестезија⁷⁸. Пациентите со многу големи невуси и сомневање за меланом треба да се упатат кај специјалист.

НЕВУСИ, МАЛИГНЕН МЕЛАНОМ

- Инциденцата на меланомот е во пораст. Помислете на меланом ако невусот:
 - почне да расте;
 - ја промени бојата;
 - развие сателити;
 - крвари или
 - има секрет.
- Меланомот не може да се потврди или исклучи врз клиничка основа.
- Тој може да се развие на претходно здрава кожа.

Навидум обичен невус

- Потребата за ексцизија зависи од описот на пациентот на промените на невусот, на неговата естетска важност и непријатната локализација.
- Барањето за отстранување на солитарен невус генерално треба да биде одобрено дури и кога докторот смета дека промената е бенигна.
- Невусот се отстранува комплетно, но границата кон нормалната кожа треба да е мала.
- Бенигни промени кои можат да го загрижат пациентот се дерматофибром (слика

⁷⁸ Недостапно во Р. Македонија во рамките на ПЗЗ (нема доволно едуциран кадар)

136), fibroma molle (слика 137) и црешов (кавернозен) ангиом (слика 138).

- Лекарот по општа практика често гледа пациенти кои постојано инсистираат на отстранување на голем број невуси. Обично, разубедувачка конверзација и отстранување на неколку поголеми невуси може да го смират пациентот, освен ако пациентот страда од конверзивна невроза и се очекува проблемот подоцна повторно да се актуализира.

Лесно сомнителен невус

- **На пример, невус кој на изглед е бенигно, но има промени во бојата (потемнува), расте или крвави или има секрет, според исказите на пациентот (ннд-С).**
- Овие невуси треба секогаш да се отстранат, а граничната линија на ексцизија е одредена од локализацијата и изгледот на невусот.
- Granuloma pyogenicum е бенигна творба која обично се развива на местото на оштетена кожа (слика 139).
- Следниве лезии тешко се диференцираат од меланом:
 - син невус (слика 140),
 - лентиго (слика 141),
 - Naevus spilus (слика 142),
 - Spitz naevus (слика 143).

Многу сомнителен невус

Види слики 144, 145, 146

- **Упати го пациентот кај специјалист по пластична хирургија, хирургија или специјалист по оториноларингологија или офталмологија доколку невусот:**
 - видливо порасне или ја промени бојата;
 - стане необично голем;
 - развие сателити;
 - се појави на местото на претходно ексцидиран меланом.
- Провери дали пациентот закажал преглед и дали невусот е отстранет.

Третман и следење меланом

- Во случај на меланом пациентот треба да се упати на понатамошен хируршки третман, а докторот што го упатил треба да провери дали пациентот ќе биде третиран во најкус можен рок.
- Се прави широка ексцизија на кожата и поткожното ткиво. Степенот на ексцизија е детерминиран од локацијата, дебелината (класификација по Breslow) и длабочината на инфилтрацијата (класификација по Кларк) на туморот.
 - Суперфицијалните меланоми (Clark I-II, Breslow < 1mm) треба да се ексцидираат со 1 cm граничен раб во здраво ткиво.
 - Подлабоките меланоми треба да се отстранат со граничен раб од 2-5 cm.
 - Местото на ексцизија треба да се реконструира со кожна резенка или слободен графт.
 - Кај некои случаи на меланом се препорачува профилактичко отстранување на лимфните жлезди.

Следење на меланомот

- Пациентите со меланом се следат на секои 3 месеци во текот на 2 години од дијагностицирањето на меланомот. Потоа, следењето продолжува на секои 6 месеци до 5 години. Кој ќе биде одговорен за следењето (установа од примарна здравствена заштита или болница) се договара на локално ниво. Битно е истиот доктор да го следи пациентот.
- Ако пациентот има бројни невуси или синдром на херeditарен диспластичен невус, следењето на меланомот се одвива во дерматолошка амбуланта. Треба да се користи висококвалитетна фотодокументација при следењето. Овие пациенти се следат во текот на целиот живот.
- При посетите за следење на меланомот, се следи општата состојба и местото на ексцизија и се палпираат локалните лимфни нодуси. Сателитите на меланомот обично се палпираат како супкутани нодуси и можат да се видат под кожата како темни петна.
- Меланомот прво метастазира во регионалните лимфни жлезди и тие треба внимателно да се следат со палпација. Доколку клиничките испитувања сугерираат ширење на меланомот, треба да се направат: рендгенграфија на белите дробови, крвна слика, ултразвук и функционални тестови на црниот дроб.
- Доколку меланомот ги инфилтрирал регионалните лимфни жлезди, тие треба да се отстранат хируршки.
- Метастазиран меланом треба да биде третиран од онколог.
- Цитостатиците и интерферонот се умерено ефикасни во третманот на метастазираниот меланом.

BASILOMA (BASALIOMA, CARCINOMA BASOCELLULARE, BASAL CELL CARCINOMA, BCC)

Види слики 147,148,149,150

- Базалиомот или базоцелуларниот карцином е најчестиот малигнен тумор кај мажите. Тој е типично локализиран на лицето кај постарите луѓе. (слика 151, 152).
- Типичниот базалиом претставува светликов тумор со елевирани рабови. Често се развива улцерација во центарот. Таканаречениот морфоиден базалиом тешко се препознава и неговите граници тешко се одредуваат.
- Суперфицијалниот базалиом може да се појави и на трупот. Понекогаш тешко се диференцира од псориаза и егзема.

Третман и следење

- Докторот по општа пракика може да ексцидира (**ннд-С**) мал, типичен базалиом доколку ги знае оперативните техники ⁷⁹.
- Пациент со суспектен базалиом на очниот капак или во близина на ноздрите или во ушниот канал треба да се упати кај соодветен специјалист.
- Третман од избор е хируршкиот. Туморот се ексцидира под локална анестезија со 5 mm граница кон околното здраво ткиво и доколку е потребно се прави реконструкција со слободен графт. Пациентот со базалиом треба да се следи 5 години по операцијата. Пократко следење може да се спроведе во случај на солитарен, мал базалиом.

79 Недостапно во Р. Македонија во рамките на ПЗЗ (нема доволно едуциран кадар)

- Суперфицијалниот базалиом и некои други почести базалиоми, главно кај повозрасни, може да бидат третирани со криотерапија со течен азот во установи обучени за тоа (слика 153).
- Базалиомот ретко метастазира. Тој често се шири локално и затоа треба да се преземат посебни мерки во третманот и следењето на базалиоми во близина на очниот капак, ноздрите или ушниот канал.
- Мал базалиом, со неризична локализација, може да биде отстранет од страна на доктор по општа прака⁸⁰, кој исто така треба да биде одговорен и за следењето.
- Ако пациентот со базалиом е млад, треба да се испрати кај дерматолог. Базалиомот може да биде и манифестација на некои ретки наследни болести.

СПИНАЛИОМ (C. EPIDERMOIDES, C.SPINOCELLULARE, C. SQUAMOCELLULARE, SPINALIOMA)

- Сквемоцелуларниот карцином се разликува од базалиомот. Тој најчесто се јавува на лицето и на рацете во форма на улцерација или плака која се лупи.
- Епидермоидниот карцином треба да се третира со хируршка ексцизија со слободен раб од 1-2 cm, со подоцнежна реконструкција.
- Спиналиом на сончево експонирана кожа може да се третира со криокоагулација со течен азот од страна на искусен специјалист. Треба да се разликува од соларна актинична или сенилна кератоза
- Keratoacanthoma претставува рапидно растечки бенигно тумор.
- Bowen–овата болест претставува суперфицијален "инципиентен" (in situ) карцином (слика 154). Тој може да се отстрани хируршки или со криотерапија со течен азот од страна на хирург, пластичен хирург, отолог, офталмолог или дерматолог специјализиран за криотерапија.
- Пациентот со спиналиом треба да се следи на секои 6 месеци најмалку 5 години по третманот.

Карцином на усните

- Карциномот на усните (сквемоцелуларен карцином на усните) обично е локализиран на долната усна (слика 155). Прво се манифестира како ерозија или улцерација на која ѝ претходи леукоплакија.
- Овој карцином се третира хируршки со ексцизија на усната на местото на туморот со слободен раб и последовна реконструкција.
- Карциномот на усните брзо метастазира во лимфните жлезди под кожата и овие треба да се палпираат во периодот на следење.

ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЖНИОТ КАРЦИНОМ

- Има малку докази за методите кои се успешни во превенирањето на карциномот на кожата. Кремови со заштитен фактор се ефикасни во превенцијата на соларните кератози (ннд-С).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

80 Недостапно во Р. Македонија во рамките на ПЗЗ (нема доволно едуциран кадар)

- Дерматоскопијата има потенцијал да го подобри дијагностицирањето на малигниот меланом, но тоа мора да биде верифицирано со поквалитетни студии во примарната заштита (**ннд-D**).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Whited JD, Grichnik JM. Differential diagnosis of mole and melanoma. JAMA 1998;279:696-701
 2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-988293. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 3. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. Archives of Dermatology 1999;135:1177-1183
 4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-992074. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
 5. Prevention of skin cancer: a review of available strategies. University of Bristol Health Care Evaluation Unit 1995;31
 6. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-950349. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 7. Mayer J. Systematic review of the diagnostic accuracy of dermatoscopy in detecting malignant melanoma. Med J Aust 1997;167:206-210
 8. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978307. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
 9. Editors, Article ID: ebm00279 (013.077), © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
1. **EBM Guidelines, 18.8.2004, <http://www.ebm-guidelines.com>**
 2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години**
 3. **Предвидено следно ажурирање до август 2007 година**

НАДВОРЕШНИ ТУМОРИ НА НОСОТ

- ▶ Цели
- ▶ Бенигни тумори
- ▶ Малигни тумори
- ▶ Референци

ЦЕЛИ

- Ексцизија на мал суспектен базоцелуларен карцином (БЦК) вклучително и голем дел од здравото околно ткиво се испраќа за хистолошка анализа.
- Пациенти со големи базоцелуларни тумори близу до ноздрите (особено сквамозелуларни карциноми) или високосуспектни меланоми треба да се упатат до специјалист за надворешни тумори на нос или пластичен хирург, без земање биопсија во примарната здравствена заштита.

БЕНИГНИ ТУМОРИ

Невус

- Најчест надворешен тумор на носот.
- Се манифестира како издигната, дисколорирана лезија.
- Екскизија е индицирана ако невусот:
 - брзо расте,
 - улцерира или крвави.

Хемангиом

- Многу чест кај новородени и доенчиња.
- Се манифестира како конгенитална, испапчена, синкаста лезија која расте брзо во текот на првите неколку месеци од животот.
- Подоцна, кај некои случаи се намалува растот, бојата бледее и туморот ги намалува димензиите спонтано, а понекогаш спонтано сосема исчезнува.
- Терапија:
 - следење без интервенција во текот на првите неколку години од животот,
 - ласерска хирургија.

Други тумори (ретки)

- Фибром
- Липом
- Хондром
- Остеом
- Лимфангиом

МАЛИГНИ ТУМОРИ

- Инциденцата на малигни тумори е во пораст.
- Превенцијата и раната дијагноза се од особена важност, како и самопрегледот на кожата што го изведува самиот пациент.
- Примарниот третман обично вклучува хируршко решавање.

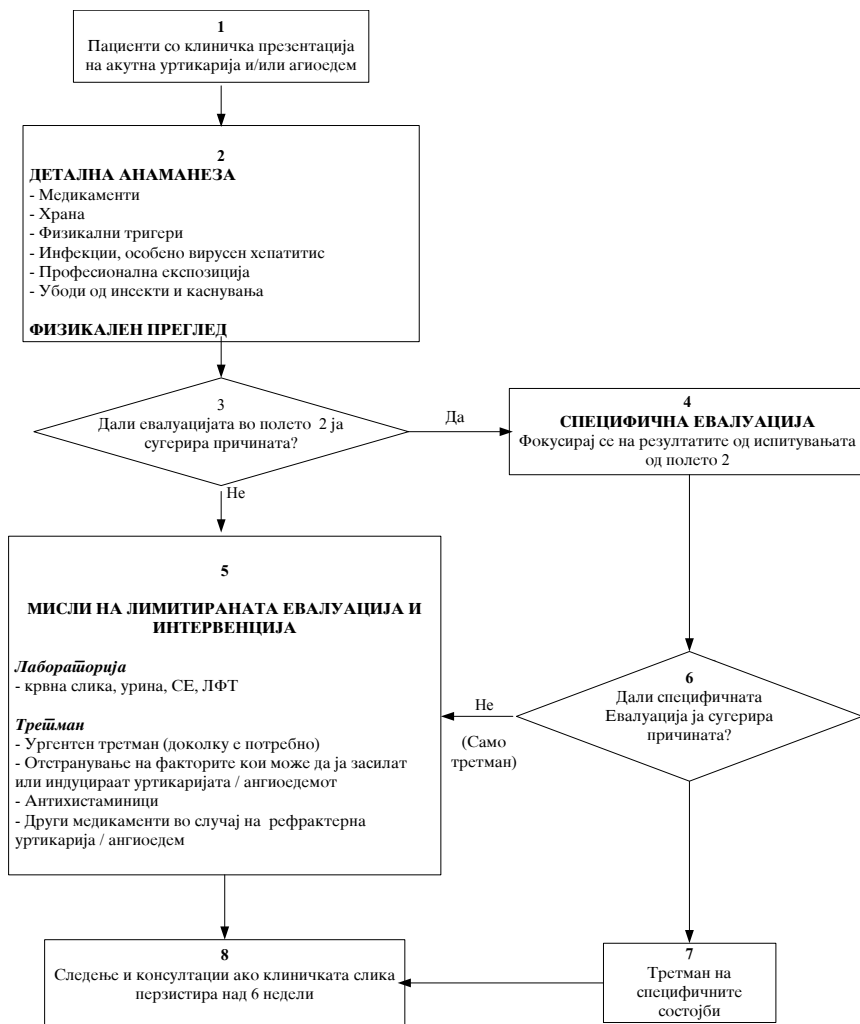
Базоцелуларен карцином (БЦК)

- Најчест надворешен малигнен тумор на носот.
 - Мал црвеникав нодул со бисерни перли на периферијата кој се јавува на носот.
 - Подоцна се јавува централна улцерација со формирање круста.
 - Се формира лезија со заоблен раб.
 - Лезијата изгледа како да останува за цело време со иста димензија, меѓутоа под лезијата продолжува деструкцијата на ткивото.
- Туморот секогаш е локализиран, меѓутоа во 20-30% од случаите има мултипли базоцелуларни карциноми на лицето и на главата.

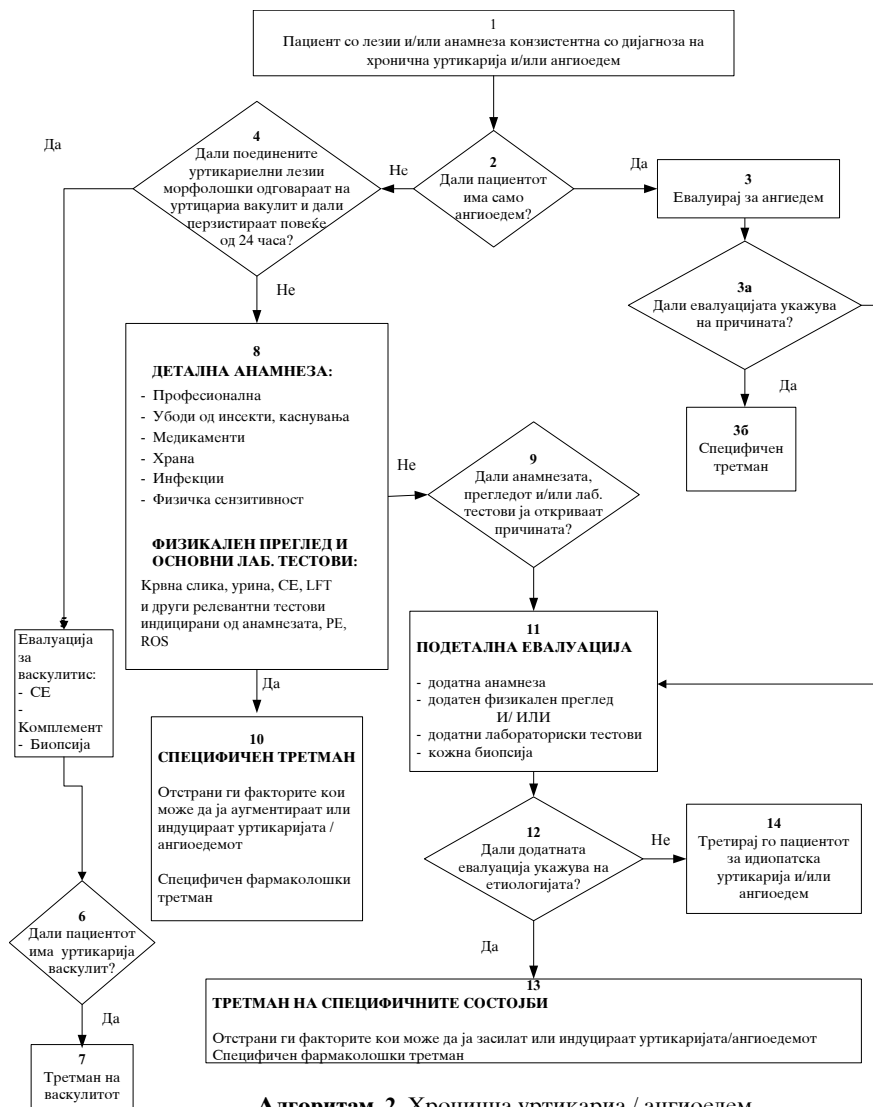
Терапија

- Сомнителниот мал базоцелуларен карцином треба да се извади со широк раб во здраво. Криотерапијата е алтернатива на хируршката екскизија, особено ако ги зафаќа очните капаци.
- Ако дијагнозата е несигурна или лезијата е голема, може да се земе биопсија од

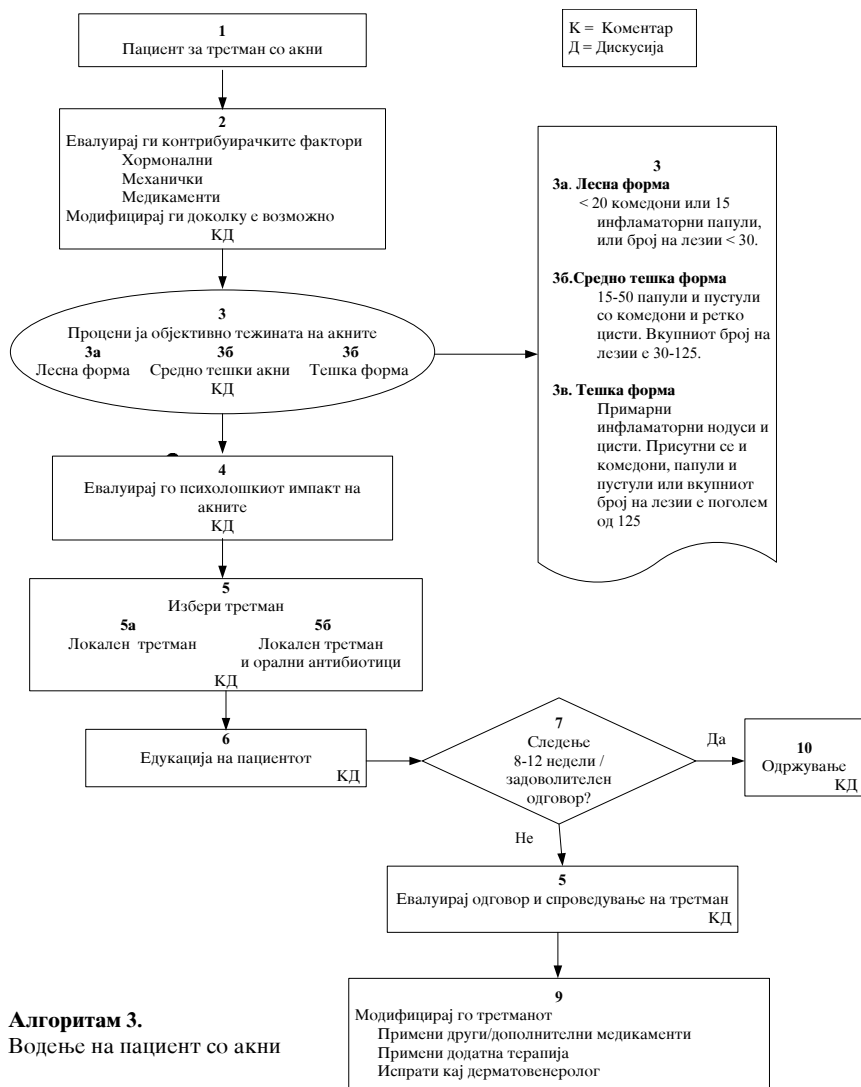
АЛГОРИТМИ
ДЕРМАТО-
ВЕНЕРОЛОГИЈА



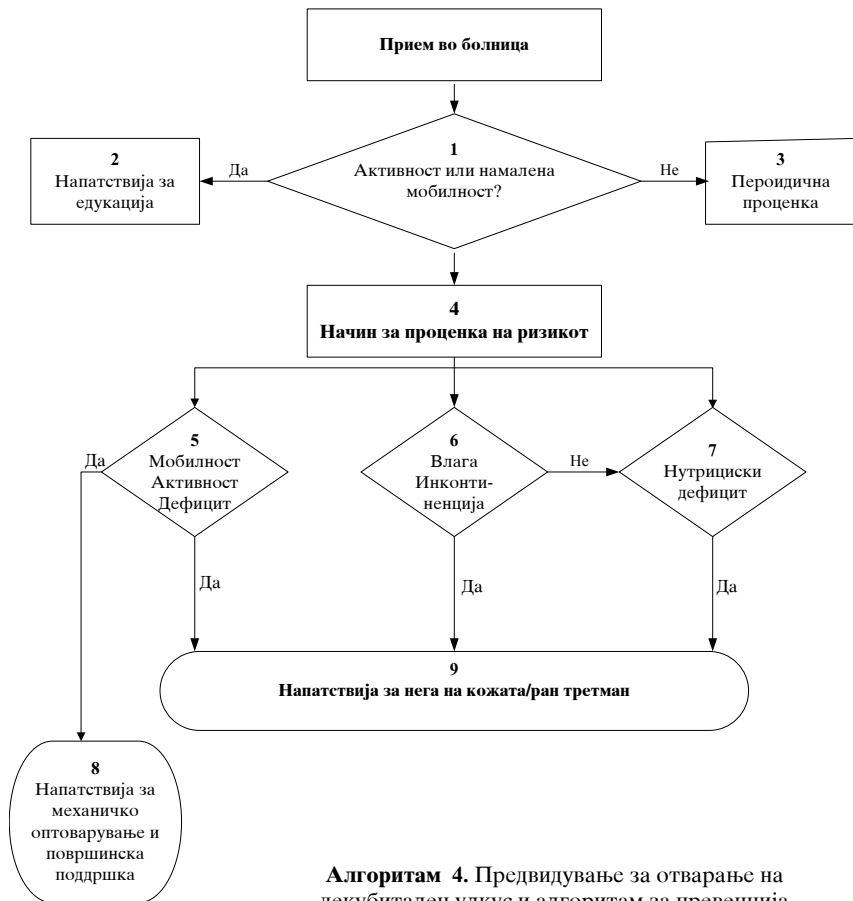
Алгоритам 1. Акутна уртикарија / ангиодем



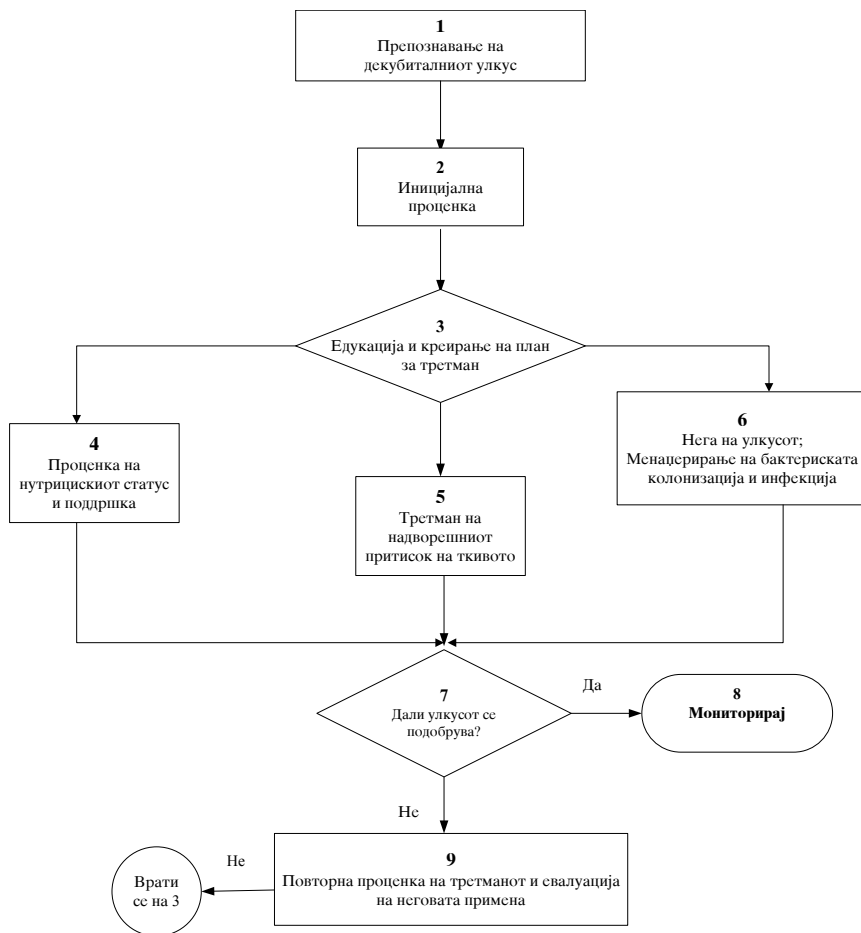
Алгоритам 2. Хронична уртикарија / ангиоедем



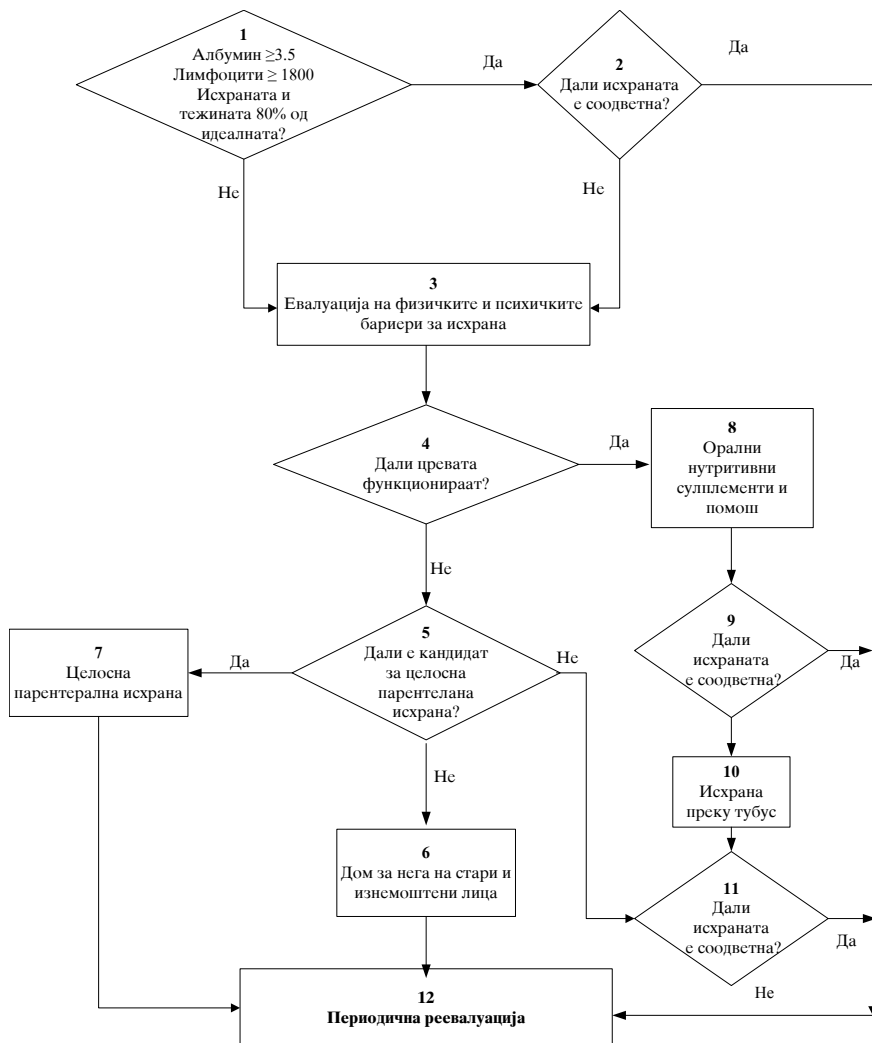
Алгоритмот кој следи е дизајниран како визуелен приказ на концептуалната организација, процедуралниот тек, точките на одлука и преферираните третман кој е дискутиран во упатствата. Започнува со приемот во болница за акутните случаи, центарот за рехабилитација, установата за нега на болните, програмата за домашна нега или други здравствени капацитети и програми. Бросвите во алгоритмот се однесуваат на коментарот кој следи.



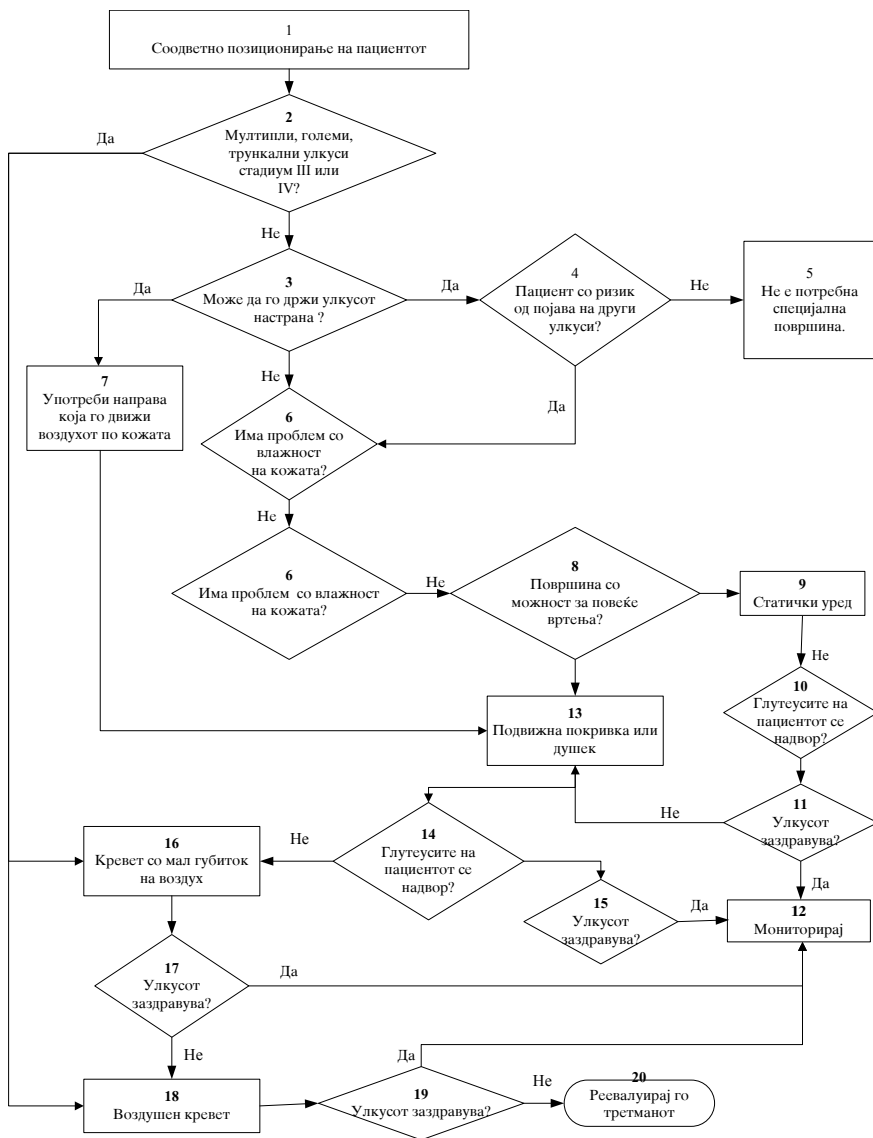
Алгоритам 4. Предвидување за отворање на декубитален улкус и алгоритам за превенција



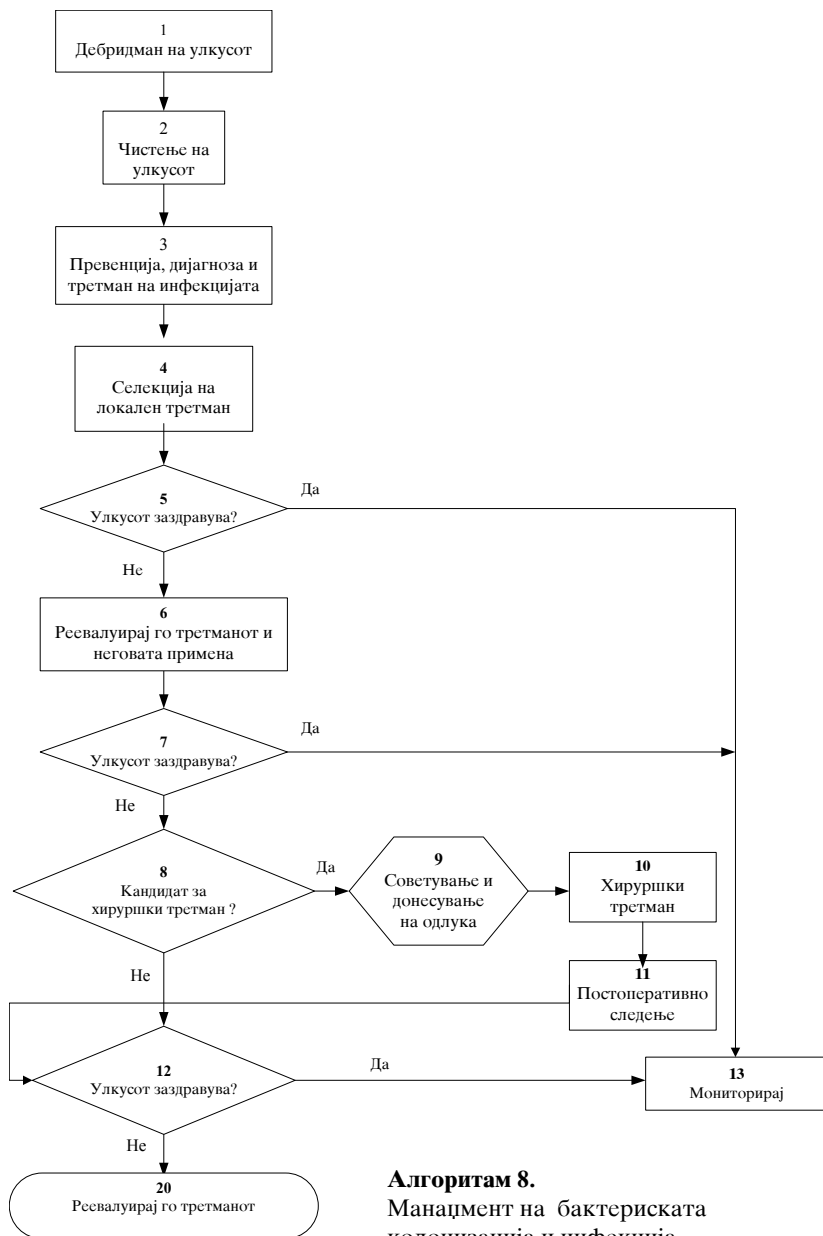
Алгоритам 5. Водeње на пациент со декубитален улкус: преглед

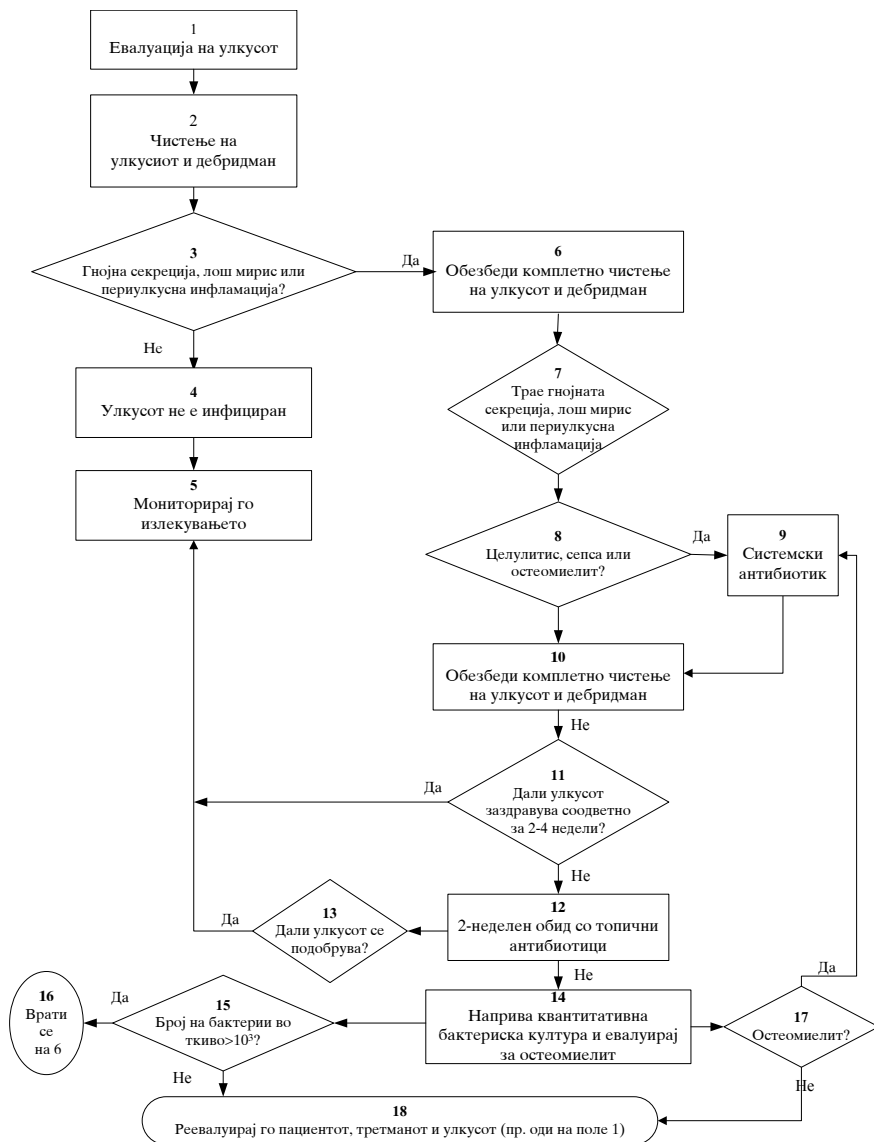


Алгоритам 6. Евалуација на исхраната и поддршката

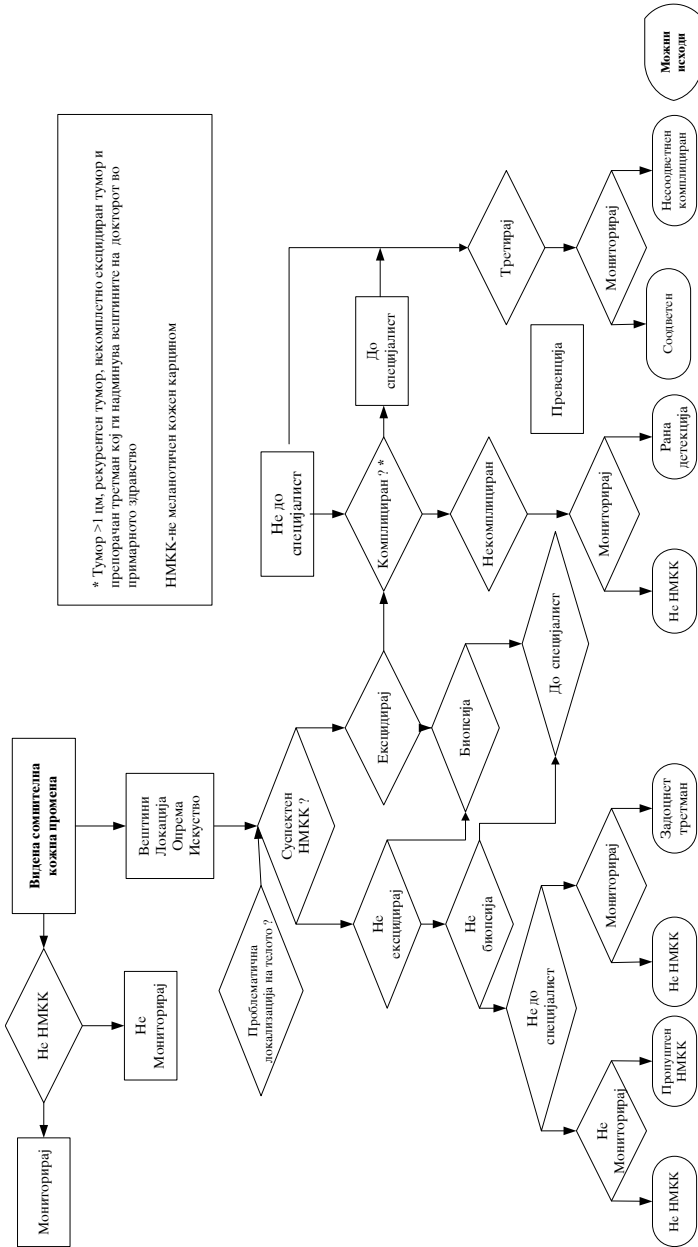


Алгоритам 7. Манаџмент на надворешниот притисок врз ткивото





Алгоритам 9. Манаџмент на бактериската колонизација и инфекција



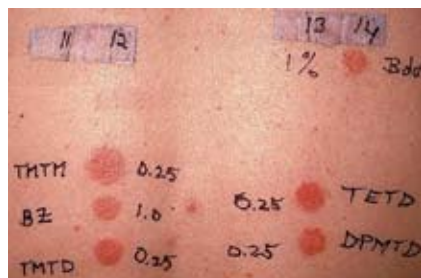
Алгоритам 10. Упатства за третман на немеланотичен кожен карцином (НМКК) Наменето за доктори од ПЗЗ

СЛИКИ
ДЕРМАТО-
ВЕНЕРОЛОГИЈА

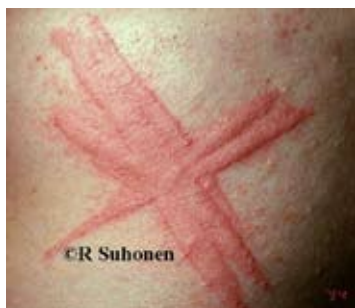
1. Дијагностички тестови во дерматологијата (дерматолошка пропедевтика)



СЛИКА 1. АЛЕРГОЛОШКИ PRICK ТЕСТОВИ



СЛИКА 2. АЛЕРГОЛОШКИ PATCH ТЕСТОВИ



СЛИКА 3. ДЕРМОГРАФИЗАМ

2. Брза дијагноза на дерматозите



СЛИКА 4. АТОПИСКИ ДЕРМАТИТ



СЛИКА 5. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ НА КАПИЛИЦИУМ



СЛИКА 6. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ НА КАПИЛИЦИУМ (ПРВУТ)



СЛИКА 7. ПСОРИЈАЗА НА КАПИЛИЦИУМ



СЛИКА 8. NEUREDERMATITIS NUCHAE



СЛИКА 9 УРТИКА



СЛИКА 10. ЈУВЕНИЛНА ПЛАНТАРНА ДЕРМАТОЗА



СЛИКА 11. ТИНЕА НА СТАПАЛОТО (АТЛЕТСКО СТАПАЛО)



СЛИКА 12. ТИНЕА НА СТАПАЛОТО (ХИПЕРКЕРАТОТИЧНА ФОРМА, МОКАСИНА ТИП)



СЛИКА 13. VERRUCAE PLANTARES

СЛИКА 14. ПАЛМАРЕН ДЕРМАТИТ
(АТОПИСКИ ДЕРМАТИТ)СЛИКА 15. ПАЛМАРЕН ДЕРМАТИТ СО
СЕКУНДАРНА ИНФЕКЦИЈА

СЛИКА 16. TINEA MANUS

СЛИКА 17. РАЧН ХИПЕРКЕРАТОЗА НА
ДЛАНКИСЛИКА 18. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ ВО
ИНГВИНАЛНА РЕГИЈА



СЛИКА 19. TINEA INGUINALIS



СЛИКА 20. ПСОРИЈАЗА ВО ИНГВИНАЛНА РЕГИЈА



СЛИКА 21. СЕБОРОИЧЕН БАЛАНИТ



СЛИКА 22. ПСОРИЈАЗА ИЛИ ЛИЧЕН PLANUS НА GLANS PENIS



СЛИКА 23. ПЕРИАНАЛЕН ДЕРМАТИТ (ПСОРИЈАЗА ИЛИ СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ)



СЛИКА 24. LICHEN SIMPLEX CHRONICUS НА ПОТКОЛЕНИЦА



СЛИКА 25. ДЕРМАТИТ НА ВРВОВИТЕ ОД ПРСТИТЕ – ФИСУРИ И ДЕСКВАМАЦИЈА



СЛИКА 26. МИКСОИДНА ЦИСТА



СЛИКА 27. ГЛОМУС ТУМОР



СЛИКА 28. СНЕИЛИТИС АНГУЛАРИС КАЈ ДЕЦА



СЛИКА 29. СНЕИЛИТИС АНГУЛАРИС КАЈ ПОВОЗРАСНИ



СЛИКА 30. АРТЕФИЦИЕЛЕН ДЕРМАТИТ



СЛИКА 31. КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ ОД МУЗИЧКИ ИНСТРУМЕНТИ

3. Импетиго и други пиодермии



СЛИКА 32. IMPETIGO CONTAGIOSA

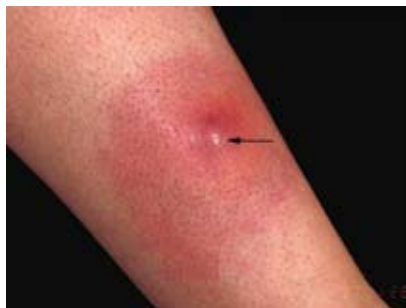


СЛИКА 33. PEMPHIGUS NEONATORUM



СЛИКА 34. IMPETIGO CONTAGIOSA ОКОЛУ УСТАТА

4. Кожен апсцес и фоликулит



СЛИКА 35. ФОЛИКУЛИТ ВО НУХАЛНА РЕГИЈА



СЛИКА 36. СУПЕРФИЦИЈАЛЕН КОЖЕН АПСЦЕС

5. Erysipelas



СЛИКА 37. ЕРИЗИПЕЛ НА ЛИЦЕ



СЛИКА 38. ЕРИЗИПЕЛ НА ПОТКОЛЕНИЦА

6. Erysipeloid



СЛИКА 39. ERYSIPELOID НА РАКА

7. Lyme borreliosis



СЛИКА 40. IXODES RICINUS – КРЛЕЖ КОЈ Е ПРЕНОСИТЕЛ НА BORELLIA



СЛИКА 41. ERYTHEMA MIGRANS



СЛИКА 42. LYMPHADENOSIS CUTIS BENIGNA ОД BORRELLIA BURGDOERFERI

8. Дерматомикози



СЛИКА 43. ACRODERMATITIS ATROPHICANS



СЛИКА 44. TINEA CORPORIS (ЕЛЕВИРАН РАБ СО ДЕСКВАМАЦИЈА)



СЛИКА 45. TINEA НА ДОРЗУМ НА СТАПАЛО



СЛИКА 46. ONYCHOMYCOSIS НА НОКТИТЕ ОД НОЗЕТЕ (ЛАТЕРАЛНА СУБУНГВАЛНА ФОРМА)



СЛИКА 47. ONYCHOMYCOSIS НА НОКТИТЕ ОД НОЗЕТЕ (НОКТЕНА ДИСТРОФИЈА)



СЛИКА 48 ONYCHOMYCOSIS НА НОКТИТЕ ОД РАЦЕТЕ



СЛИКА 49. TINEA CRURIS – УНИЛАТЕРАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЈА



СЛИКА 50. TINEA FACIEI – ИЗРАЗЕН ПЕРИФЕРЕН РАБ СО ДЕРМАЛНИ НОДУСИ

9. Pityriasis versicolor



СЛИКА 51. PITYRIASIS VERSICOLOR НА ТЕЛОТО – ТЕМНИ И СВЕТЛИ МАКУЛИ

10. Болести предизвикани од herpes simplex вирус



СЛИКА 52. HERPES SIMPLEX LABIALIS



СЛИКА 53. HERPES SIMPLEX НА ДОЛЕН ЕКСТРЕМИТЕТ



СЛИКА 54. HERPES SIMPLEX NASI – ТИПИЧНО ГРУПИРАНИ ВЕЗИКУЛИ



СЛИКА 55. ECZEMA HERPETICUM



СЛИКА 56. ERYTHEMA MULTIFORME – ТИПИЧНИ ЛЕЗИИ СО СЛИКА НА КОКАРДА

11. Herpes zoster



СЛИКА 57. HERPES ZOSTER – УНИЛАТЕРАЛНА ДИСТРИБУЦИЈА



СЛИКА 58. HERPES ZOSTER INTERCOSTALIS



СЛИКА 59. HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS

12. Molluscum contagiosum



СЛИКА 60. MOLLUSCUM CONTAGIOSUM – СОЛИТАРНА ЛЕЗИЈА

Фолдер 13. Verrucae vulgares

СЛИКА 61. VERRUCA VULGARIS – ПЕРИУНГВАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЈА



СЛИКА 62. VERRUCAE VULGARES НА ПРСТИ ОД РАКА И КУТИКУЛАТА ОД НОКТОТ



СЛИКА 63. VERRUCAE VULGARES ЛОКАЛИЗИРАНИ ПОД НОКТЕНАТА ПЛОЧА



СЛИКА 64. VERRUCAE VULGARES PLANTARES

14. Scabies

СЛИКА 65. ШУГА



СЛИКА 66. ШУГА КАЈ ДООЕНЧЕ



СЛИКА 67. ШУГА НА ТИПИЧНО МЕСТО
– ИНТЕРДИГИТАЛНО НА РАКА



СЛИКА 68. ШУГА- СКАБИОЗЕН ХОДНИК

15. Убоди од инсекти и каснувања



СЛИКА 69. КАСНУВАЊЕ ОД БОЛВИ
– ГРУПИРАНИ ПАПУЛИ

16. Уртикарија



СЛИКА 70. АНГИОНЕУРОТСКИ ЕДЕМ

17. Хиперсензитивни реакции од лекови



СЛИКА 71. МЕДИКАМЕНТОЗЕН ЕГЗАНТЕМ



СЛИКА 72. VASCULITIS
LEUCOCYTOCLASTICA ОД ЛЕКОВИ



СЛИКА 73. ERYTHEMA FIXUM

**18. Алергиски дерматит**СЛИКА 74. КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ
ПРЕИЗВИКАН ОД ПОНИКЛУВАНА ТОКАСЛИКА 75. КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ ОД
ГУМЕНИ РАКАВИЦИСЛИКА 76. КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ НА
ВРАТСЛИКА 77. АКУТЕН КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ
ОД КОЗМЕТИКАСЛИКА 78. КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ ОД
ЛАТЕКС

19. Дерматит на шака



СЛИКА 79. ПРОМЕНИ НА НОКТ КАЈ ХРОНИЧЕН ПЕРИУНГВАЛЕН ЕГЗЕМ



СЛИКА 80. БЕАУ-ОВИ ЛИНИИ НА НОКТОТ КАЈ ХРОНИЧЕН ЕГЗЕМ



СЛИКА 81. ДЕРМАТИТ ПРЕДИЗВИКАН ОД ЗЛОУПОТРЕБА НА “ЗАШТИТНИ КРЕМОВИ”

20. Дерматит на долни екстремитети



СЛИКА 82. ECZEMA NUMMULARE



СЛИКА 83 ECZEMA VENOSUM HYPOSTATICUM



СЛИКА 84. PSORIASIS



СЛИКА 85. LICHEN PLANUS



СЛИКА 86. ERYTHEMA NODOSUM



СЛИКА 87. NECROBIOSIS LIPOIDICA



СЛИКА 88. ERYTHEMA MIGRANS

21. Dermatitis seborrhoica

СЛИКА 89. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ НА
НАЗОЛАБИЈАЛНИТЕ БРАЗДИСЛИКА 90. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ НА
ГРБ



СЛИКА 91. СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТ НА КАПИЛИЦИУМ – НАЛИК НА CRUSA LACTEA

22. Eczema nummulare



СЛИКА 92. ECZEMA NUMMULARE – ДОБРО ОГРАНИЧЕНИ ПЛАКИ



СЛИКА 93. ECZEMA NUMMULARE – НЕУСПЕШЕН ТРЕТМАН СО ТОПИЧНИ КОРТИКОСТЕРОИДИ

23. Токсичен егзем (иритантен дерматит)

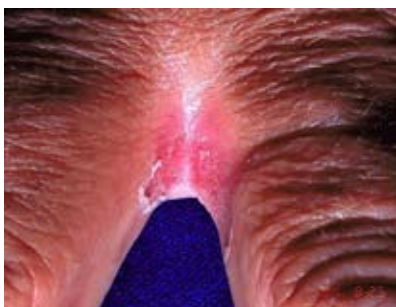


СЛИКА 94. ХРОНИЧЕН ИРИТАНТЕН ДЕРМАТИТ НА ШАКИ

24. Лекови и осетливост на светлина



СЛИКА 96. МЕДИКАМЕНТОЗЕН ЕГЗАНТЕМ НА ФОТОЕКСПОНИРАНИ РЕГИИ



СЛИКА 95. ИРИТАНТЕН ДЕРМАТИТ ПОМЕЃУ ПРСТИТЕ

25. Хронични булозни дерматози

СЛИКА 97. DERMATITIS HERPETIFORMIS DUNRING – ТИПИЧНИ ВЕЗИКУЛИ НА ЕРИТЕМНА ОСНОВА

26. Sclerodermia

СЛИКА 98. SCLERODERMIA

27. Henoch-Schoenlein purpura

СЛИКА 99. SCLERODERMIA – КРАЕН СТАДИУМ СО АТРОФИЈА



СЛИКА 100. PURPURA HENOCH-SCHONELEIN

28. Erythema nodosum

СЛИКА 101. ERYTHEMA NODOSUM НА ПОТКОЛЕНИЦА – ЕЛЕВИРАНИ ЕРИТЕМНИ НОДУСИ

29. Псоријаза

СЛИКА 102. ПСОРИЈАЗА КАЈ ДЕТЕ – ЕРИТЕМНИ ПЛАКИ



СЛИКА 103. ПСОРИЈАЗА – ПЛАКИ СО СРЕБРЕНСТИ СКВАМИ



СЛИКА 104. ПСОРИЈАЗА НА КОЛЕНА



СЛИКА 105. ПСОРИЈАЗА НА КАПИЛИЦИУМ



СЛИКА 106. ПСОРИЈАЗА НА НОКТИ – МАСНИ ДАМКИ



СЛИКА 107. ACRODERMATITIS CONTINUA - HALLOPEAU



СЛИКА 108. ЕРИТРОДЕРМИЧНА ФОРМА НА ПСОРИЈАЗА

30. Pityriasis rosea

СЛИКА 109. PITYRIASIS ROSEA

СЛИКА 110. PITYRIASIS ROSEA -
ПРИМАРЕН МЕДАЉОН**31. Lichen ruber**

СЛИКА 111. LICHEN PLANUS

СЛИКА 112. LICHEN PLANUS – WICKHAM-
ОВИ СТРИИ

СЛИКА 113. LICHEN PLANUS НА МУКОЗА



СЛИКА 114. LICHEN PLANUS

32. Акни



СЛИКА 115. ACNE COMEDONICA
(ОТВОРЕНИ КОМЕДОНИЦРНКИ)



СЛИКА 116. ACNE PUSTULOSA

33. Превенција и третман на декубитуси



СЛИКА 117. ДЕКУБИТУС

34. Алопеции



СЛИКА 118. ALOPECIA AREATA

35. Враснат нокт: авулзија на работ и фенолизација



СЛИКА 119. ВРАСНАТ НОКТ

36. Атописки дерматит кај деца



СЛИКА 120. АТОПИСКИ ДЕРМАТИТ КАЈ ДОЕНЧЕ



СЛИКА 121. ЈУВЕНИЛНА ПЛАНТАРНА ДЕРМАТОЗА КАЈ ДЕТЕ СО АТОПИСКИ ДЕРМАТИТ

37. Инвестигации кај atopija



СЛИКА 122. “ЗИМСКО СТАПАЛО” – АТОПИСКИ ДЕРМАТИТ

38. Cheilitis



СЛИКА 123. АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ КАЈ ПОВОЗРАСНИ

39. Кожни болести и уста



СЛИКА 124. LICHEN PLANUS НА УСНИЦА – WICKHAM-ОВИ СТРИИ



СЛИКА 125. СТОМАТИТИС АРПТОСА



СЛИКА 126. ХИПЕРПИГМЕНТАЦИЈА НА ОРАЛНА МУКОЗА – АМАЛГАМСКИ ТАТУ



СЛИКА 127. ХЕМАНГИОМ НА УСНАТА ПРЕД И ПО ТРЕТМАН СО ТЕЧЕН АЗОТ

40. Баланитис



СЛИКА 128. ПАРАФИМОЗА



СЛИКА 129. BALANITIS XEROTICA OBLITERANS (LICHEN SCLEROSUS ATROPHICUS)



СЛИКА 130. BALANITIS XEROTICA OBLITERANS СО ФИМОЗА

41 Syphilis

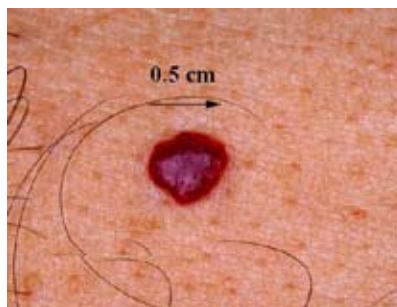


СЛИКА 131. ПРИМАРНА ЛЕЗИЈА – ULCUS DURUM

42. Болести предизвикани од HPV вирус



СЛИКА 132. CONDYLOMATA ACUMINATA НА ФРЕНУЛУМ

43. Соларна кератоза**СЛИКА 133. KERATOSIS SOLARIS-
ИНИЦИЈАЛНА ЛЕЗИЈА****СЛИКА 134. CORNU CUTANEUM****СЛИКА 135. KERATOSIS SENILIS
– МУЛТИПЛИ ЛЕЗИИ****44. Кожни тумори****СЛИКА 136. ДЕРМАТОФИБРОМ****СЛИКА 137. FIBROMA MOLLE****СЛИКА 138. НАЕМАНГИОМА SENILIS**



СЛИКА 139. GRANULOMA PYOGENICUM



СЛИКА 140. NAEVUS CAERULEUS



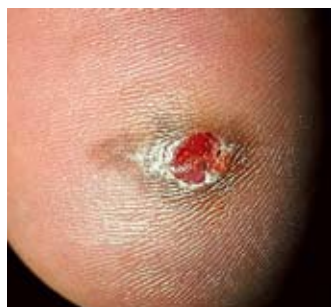
СЛИКА 141. LENTIGO MALIGNA



СЛИКА 142. NAEVUS SPILUS



СЛИКА 143. MELANOMA JUVENILE S.
ALLEN SPITZ NAEVUS



СЛИКА 144. MELANOMA MALIGNUM



СЛИКА 145. MELANOMA MALIGNUM НА ЛАТЕРАЛНАТА СТРАНА ОД СТАПАЛОТО



СЛИКА 146. MELANOMA MALIGNUM



СЛИКА 147. BASALIOMA NODULARE



СЛИКА 148. BASALIOMA НА НОС СО TELANGIECTASIAE



СЛИКА 149. BASALIOMA



СЛИКА 150. BASALIOMA – ЕГЗУЛЦЕРИРАН



СЛИКА 151. BASALIOMA HA ЛИЦЕ КАЈ
МАЖ



СЛИКА 152. BASALIOMA HA ЛИЦЕ КАЈ
МАЖ



СЛИКА 153. KERATOACANTHOMA



СЛИКА 154. MORBUS BOWEN



СЛИКА 155. SPINALIOMA HA ДОЛНА УСНА

