

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЕРИЗИПЕЛ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на еризипел.

**Член 2**

Начинот на дијагностицирање и третман на еризипел е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагноза и третман на еризипел по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6523/2

7 ноември 2012 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## ЕРИЗИПЕЛ

МЗД Упатства

4.6.2009

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Терапија
- Поврзани извори

### ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Да се дијагностицира еризипелот брзо и веднаш да се започне со терапија, пожелно е парентерална терапија.
- Антибиотскиот третман треба да трае долго, најмалку 3 недели кај некомплицираните случаи и 6 до 8 недели кај рекурентните.
- Да се провери кожата на нозете ако пациентот има висока температура без друга очигледна причина.
- Да се прегледаат интердигиталните простори на прстите за да детектира фунгална инфекција и да се третира.

### ЕТИОЛОГИЈА

- Еризипелот е причинет од А групата бета-хемолитични стрептококи. Обично, кожата треба да е оштетена за да направат бактериите инвазија.

### СИМПТОМИ

- Висока температура со брз почеток (температурата може некогаш да отсуствува, делумно кај фацијален еризипел).
- Чести се главоболка, повраќање и општа премаленост.

### ДИЈАГНОЗА

- Клиничката слика секогаш е типична. Обично се присутни леукоцитоза, висока седиментација и висока вредност на Ц-реактивен протеин (ЦРП).
- Дијагнозата треба да се потврди и третманот треба да се започне што е можно побрзо. Ако почетокот на терапијата е одложен, клиничката слика често се комплицира со целулит, рани, поткожни апсцеси, фистули и септикемија.
- Диференцијално-дијагностички проблеми може да претставуваат
  - Erythema nodosum секогаш зголемени нодули
  - длабока венска тромбоза

- ран херпес зостер на лицето
- тешка локална алергиска реакција, на пример, кон локален третман на улцер на ногата
- erysipelothrix на рацете
- кај дијабетичарите Charcot-ови стапала (атралгија најчеста при напад, ЦРП нормално)

## ТРЕТМАН

- Лежењето во кревет, често е како хитна хоспитализација.
- Антибиотиците **В** треба да се започнат парентерално. Лек на избор е пеницилин, пеницилин Г2 милиони единици x 4 и.в. (прокаин пеницилин 1,2-1,5 милиони единици x 1 и.м. амбулантски). После паѓање на температурата перорален пеницилин (3-4 милиони единици / дневно) е доволен.
- Ако кожата улцерира, или температурата трае неколку дена и покрај третманот со пеницилин, може да е присутна стафилококна суперинфекција. Тогаш се избира лек што е прва или втора генерација на цефалоспорини или cloxacillin.
- Пациентите алергични на пеницилин може да се третирани со клиндамицин 350-450mg x 4 и.в. во текот на 3 до 5 дена, а потоа перорално. Ако не се очекува тешка (анафилактичен шок) алергична манифестација може да се дадат и цефалоспорини.
- Антибиотиците треба да се даваат доволно долго, најмалку 3 недели дури и кај некомплицирани и 6 до 8 недели кај рекурентни случаи. За пациентите со еризипел на ногата со оток предизвикан од инсуфициентна циркулација или со улцер, исто е потребен долг курс на антибиотски третман.
- Влажни компреси се употребуваат кај булозни или улцерозни случаи. Ако кожата е интактна не е потребен локален третман, но дури и кај овие случаи влажните компреси го намалуваат отокот и му олеснуваат на пациентот.
- Изворот на инфекцијата, обично интердигиталната фунгална инфекција, треба да се идентификува и да се третира.

## РЕКУРЕНТЕН ЕРИЗИПЕЛ

- Кај рекурентен еризипел (трипати во текот на неколку години) треба да се размислува за долготрајна (6 до 24 месеци) или дури доживотна профилакса со пеницилин. Режимот кој може да се примени е долгодеејствувачки бензил пеницилин 1,2-1,5 милиони единици и.м. на 3 до 4 неделни интервали, или почесто ако е потребно, или перорален пеницилин В 1-2 милиони единици/дневно. Лицата алергични на пеницилин обично може да земат, прво, генерациски цефалоспорин.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Интернет извори
- Литература

Автор:

Heli Majamaa

Претходни автори:

Jaakko Karvonen

Article ID: ebm00275 (013.020)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

## ЕРИЗИПЕЛ - ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори

25.1.2009

- Интернет извори
- Литература

### ИНТЕРНЕТ ИЗВОРИ

1. Nochimson G. Erysipelas. eMedicine

### ЛИТЕРАТУРА

1. Sjöblom AC, Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Lindqvist M. Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas. Infection 1993 Nov-Dec;21(6):390-3. [PubMed](#)
2. Wang JH, Liu YC, Cheng DL, Yen MY, Chen YS, Wang JH, Wann SR, Lin HH. Role of benzathine penicillin G in prophylaxis for recurrent streptococcal cellulitis of the lower legs. Clin Infect Dis 1997 Sep;25(3):685-9. [PubMed](#)
3. Bonnetblanc JM, Bédane C. Erysipelas: recognition and management. Am J Clin Dermatol 2003;4(3):157-63. [PubMed](#)
4. Krasagakis K, Samonis G, Maniatakis P, Georgala S, Tosca A. Bullous erysipelas: clinical presentation, staphylococcal involvement and methicillin resistance. Dermatology 2006;212(1):31-5. [PubMed](#)
5. Török L. Uncommon manifestations of erysipelas. Clin Dermatol 2005 Sep-Oct;23(5):515-8. [PubMed](#)

Автори:

Тимот за ажурирање на МЗД упатствата

Article ID: rel00123 (013.020)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 6.4.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2013 година.**