

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15 и 154/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ КОЖНИ ПРОБЛЕМИ КАЈ
ПОВРАТНИЦИ ОД ПАТУВАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при кожни проблеми кај повратници од патување.

Член 2

Начинот на згрижување при кожни проблеми кај повратници од патување е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при кожни проблеми кај повратници од патување 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 згрижувањето, 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. 17-9836/1
25 септември 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

КОЖНИ ПРОБЛЕМИ КАЈ ПОВРАТНИЦИ ОД ПАТУВАЊЕ

МЗД Упатства

Последен пат е ажурирано на: 15.04.2014 © Duodecim Medical Publications Ltd

Важно

- Кожните проблеми, по температурата и дијарејата, се трета најчеста причина за посета на доктор по патување во странство.
- Рекциите по каснување од инсект, како и кутаните бактериски и габични инфекции се најчести кожни заболувања кои се јавуваат кај лицата кои престојувале во странство.
- Тропската клима и сонцето може да доведат до влошување на преегзистентните кожни проблеми, како што се розацеа и системски лупус еритематозус.
- Херпес инфекцијата на лицето може да биде активирана од јакото сонце.

Исипи, асоцирани со сончева светлост

- Фотодерматитис ([види го упатството: Фотодерматитис](#)).

Изгореници од сонце

- Кај лицата со светол тен, посебно кај Нордијците, може да се јават изгореници од сонце по 5–10 минути експозиција на сонце на Екваторот и по 20–30- минутна експозиција на Канарските Острови, за време на зимските месеци.
- Симптомите се јавуваат 4–8 часа по експозиција на сонце. Кожата станува црвена (слика 1), осетлива на допир, а во потешките случаи се развиваат едем и були.

Слика 1 (15.04.2014). Изгореници од сонце (erythema solare), предизвикани од претерана експозиција на сончева светлост.



Автор: Raimo Suhonen

Article ID: ime01408 (131.473)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Полиморфен сончев исип

- Најчест тип на фотодерматитис.
- Најчесто се јавува нагло неколку часа по експозиција на јако сонце.
- Симптомите се состојат од папули и везикулопапули, проследени со силно изразен јадеж на кожата (слика 2).
- Времетраењето на симптомите варира од неколку дена до неколку недели.
- Во благите случаи со тек на времето ќе се јави поголема толеранција на кожата кон сончевата светлост.

Слика 2 (01.01.2000). Хроничен полиморфен сончев исип (CPLE) претставува честа болест од непознато потекло. Областите на кожата кои се експонирани на сонце пројавуваат реакција во вечерните часови во текот на првите пролетни или летни сончеви денови. Главен симптом е јадежот на кожата. Најдобра профилакса претставува заштита на кожата со облека. Тописка употреба на кремове со УВ заштита има лимитаран бенефит.



Автор: Raimo Suhonen
Article ID: ime00549 (130.369)
© Duodecim Medical Publications Ltd

Фототоксична или фотоалергиска кожна реакција

- Кожата станува осетлива кон ултравиолетовото зрачење преку егзогени хемиски супстанции или по внатрешен пат преку земени лекарства.
- Најчеста причина за алергиски фотоконтантен дерматитис се супстанциите кои се употребуваат во парфемите или козметиката.
- Фототоксичните реакции, асоцирани со формирање на везикули, се познати како фитофотодерматитис (слики 3, 4) кои настануваат при експозиција на кожата со

псоралените кои ги има во растенијата, посебно на членовите на фамилијата *Umbelliferae*, горечката грмушка (*Dictamnus albus*) и обичната смоква (*Ficus carica*), но и од сокот на лимонovото растение.

- Најчести фотосензитивизирачки лекови се тетрациклините, сулфонамидите, флуоркинолоните, хлорпромазинот, диуретиците, како и пироксикамот, но и други антиинфламаторни лекови. Освен нив, постојат и други лекови кои можат да дадат фотосензитивност (види го упатството: [Фотодерматитис](#)).

Слика 3 (15.04.2014). Фитофотодерматитис кој е предизвикан од комбинираниот ефект на сончевата светлост и псораленот (8-methoxypsoralen, 5-methoxypsoralen) кој се наоѓа во одредени растенија. Кожната ерупција е со црвена боја, пече, а можна е појава и на везикули. Реакцијата не е алергиска и се јавува кај кое било лице кое на сончев ден дојде во контакт со течноста која ја има во наведените растенија, на пример со горечката грмушка или големите треви како дивата анцелика, по што кожата се експонира на сонце. Темно пигментираните дамки кои се јавуваат како реакција може да перзистираат и неколку години.



Автор: Raimo Suhonen
Article ID: ime01409 (130.205)
© Duodecim Medical Publications Ltd

Слика 4 (01.01.2000). Фитофотодерматитисот е фототоксична реакција, предизвикана од експозиција на псоралени (8-MOP, 5-MOP) која настанува по пат на контакт со *Hebeclium species* и последователна сончева УВ инсолација. Овој феномен е облигаторен, не е потребна претходна сензибилизација. Кожата спонтано заздравува и не остануваат лузни. Пост инфламаторната пигментација е честа и подолготрајна.



Автор: Duodecim Medical Publications Ltd

Article ID: ime00124 (130.814)

© Raimo Suhonen

Терапија

- Фотодерматитисот се третира со умерено јаки до јаки кортикостероидни креми. Исто така, може да се употребат тописки креми на база на инхибитори на калцинеурин (такролимус, пимекролинус).
- Ставање на ладни облози може да даде некакво олеснување на тегобите.
- Кај поизразените фотоалергиски реакции индицирана е употреба на системски кортикостероиди.

Прогноза

- Претерана експозиција на сонце може да доведе до предвремено стареење на кожата и да предизвика соларна (актинска) еластоза, нарушување во кое кожата добива жолтеникав изглед, станува набрчкана и без еластичност, се истенчува, со појава на телангиектазии, односно проширени капилари.
- Се зголемува ризикот од соларна (актинска) кератоза ([види го упатството: Акинична кератоза](#)) и малигни кожни тумори ([види го упатството: Малигни епидермални кожни тумори \(базален карцином и сквамозен карцином\)](#) и [упатството: Меланом](#)).

Превенција

- Најдобра превенција е избегнување на сонцето во текот на средината на денот, носење на заштитна облека, исто така и во текот на пливањето и постепено зголемување на толеранција на кожата кон сонцето.
- Заштита од сонцето се обезбедува со носење на соодветна облека, шешири со широк обод, очила за сонце и креми за сончање со доволно висок фактор на заштита (SPF 20–30).

- Заштита на кожата: [види го упатството: Заштита на кожата од замрзнување, сонце и сушење.](#)

Милијарија

- Милијаријата е позната како исип од потење и настанува како резултат на блокирањето на судорифорните дуктуси.
- Приближно една третина на лицата, експонирани на жешка клима, развиваат милијарија. Состојбата е почеста кај малите деца отколку кај возрасните.
- Може да се развие само по неколкудневен престој во топла клима.
- Презентацијата на милијаријата зависи од тоа на кое ниво настанува блокирањето на дуктусите.
 - Најповршинската форма е *miliaria crystallina* каде во стратум корнеум (*stratum corneum*) како резултат на ретенција на потта настануваат везикули. (слика 5).
 - Во подлабоката форма, *miliaria rubra*, настанува опструкција и руптура на потните каналчиња во епидермисот.
 - Во најдлабоката форма настанува руптура во дермо-епидермалната зона.
- Резултатот е појава на мали, црвеникави, шилести точки кои на кожата даваат чувство на боцкање, посебно во горниот дел на телото и во флексорните области.
- Терапијата се состои од избегнување на активности кои доведуват до потење и можна бактериска инфекција.
- Дури и краткотраен престој во климатизирана средина ќе ја олесни состојбата.

Слика 5 (30.10.2006). Дилатација на потните жлезди, хидроцистоми на горната усна. Малите јазолчиња може да бидат поединечни или во кластери во областа на потните жлезди. Во зависност од длабочината на која настанува опструкцијата на потните каналчиња, потта дава сивкаст отсјај низ кожата. Во текот на летото и за време на потење, тие се природно проминентни и ова е забележително и се посочува и од страна на пациентите во текот на земање на анамнезата. Не постои ефикасна терапија. На изолирани промени може да се проба терапија со течен азот.



Автор: Raimo Suhonen (picture) and Suvi Cajanus (caption)

Article ID: ime00971 (130.684)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Каснувања и убоди од инсекти

- Во тропските и суптропските земји се наидува на огромен варијатет на инсекти кои касаат и убодуваат. Комарците од генусот *Culex* кои се размножуваат во канализациските системи се чести во медитеранските земји.
- Одредени инсекти кои цицаат крв се вектори на инфективни заболувања.
- [Види го упатството: Каснувања и убоди од инсекти.](#)

Клиничка презентација

- Иритацијата или моменталната алергија инцијално ќе доведат до појава на црвенило на местото на каснувањето, кое е следено со појава на перзистирачка папула како резултат на одложена алергија, која често се инфицира во текот на чешањето.
- Одложените реакции на каснувањето од инсектите може да се јават по неколку дена и да траат неколку недели.
- Каснувања од крлежи, чии домаќини се мачки или кучиња, или од птичјите грињи, се манифестираат во вид на кластер од неколку еритематозни промени кои чешаат и се лоцирани на областите на кожата кои се покриени од облеката.
- Бубачките од постелата (*Cimex lectularius*) се активни ноќно време. Тие ја напаѓаат експонираната кожа и доведуваат до црвенило и оток, со повремено формирање на везикули на областа околу каснувањето.

Терапија

- Местото на каснување или увод може да се третира со стик кој содржи triplennamine или со кортикостероидни креми и лосиони.
- За чешањето може да се даде антихистаминик.
- Каснувањето од инсекти може да биде причина за секундарна бактериска инфекција, при што е потребно да се дадат антимикробни лекови.

Превенција

- Превенцијата од каснувањето од инсекти, главно, се состои од носење на заштитна облека, употреба на репеленти кои се ставаат на кожата, како и употреба на заштитна мрежа околу креветот во текот на ноќта (мрежа против комарци).
- Лицата кои имаат јака реакција на каснување од инсекти треба профилатички да земаат антихистаминици, како на пример cetirizine.

Токсични ефекти на морските животни

- Каснувањата и убодите од тропските морски животни кои исто така може да содржат токсини, но токсичните ефекти може да се манифестираат без видлива кожна лезија. Во топлата вода многу лесно може да дојде до инфицирање на лацерираната кожа.
- Ваквите убоди и каснувања вообичаено се болни; можна е појава и на генерализирани симптоми, во зависност до токсичитетот на животното кое го предизвикало убодот/каснувањето.
- Морски животни, чии убод или каснување имаат потенцијален фатален ефект, се одредени специеси на медузи, како на пример коцкастата медуза и Irukandji

медузата, португалската man-o-war (*Physalia physalis*), синиот октопод, одредени коновидни школки, одредени специеси на риби, како на пример рибата камен (*Synanceia*) и рибата шкорпија (*Scorpaenidae*).

Превенција

- Нуркачите и со боца и со обична маска, како и пливачите, не смеат да допрат ништо живо во текот на пливањето!
- Пред да се оди на пат, потребна е профилакса против тетанус.

Терапија

- Првата помош се состои од чистење на раната и отстранување на сите туѓи тела, доколку е возможно (треба да се има во предвид дека лицето кое пружа помош треба и самото да се заштити од отровните убоди и пипци).
- Неутрализација на можните токсини: благи раствори на оцет се често употребувани. Некои од токсините се термолабилни, па така имерзира на афектираното место во топла вода (над 45°C) во текот на повеќе од 30 минути ќе ги намали тегобите, посебно болката.
- Ризик од инфекција: отровите доведуваат до деструкција на ткивото, а тропската морска вода изобилува со грам -негативни бактерии. Терапијата на инфицираните рани бара давање на антибактериски агенси со широк спектар, на пример клиндамицин +флуорокинолон (давање на првогенерациски цефалоспорин не е доволно ефикасно).
- Доколку се испрати култура од материјал, земен од раната, треба да се наведе нејзиното потекло.

Габични заболувања

- Габичните заболувања, посебно *tinea pedis* (атлетско стапало), се најчести кожни заболувања кај патниците.
- Длабоките микотични инфекции ([види го упатството: Длабоки ендемски микози](#)) се ретки кај патниците.
- Дијагноза и терапија на габичните инфекции на кожата ([види го упатството: Дерматомикози](#)).

Tinea pedis

- Вообичаено инфекцијата е стекната во сопствената земја. Зголеменото потење во топли климатски услови ќе ја активира инфекцијата.

Candida albicans

- Предизвикува мацерација и сецернација во флексорните области, како и помеѓу прстите на нозете, а понекогаш и помеѓу прстите на рацете.
- Обезните лица, како и лицата со дијабетес, се посебно осетливи на инфекции со кандида.

Pityriasis versicolor

- [Види го упатство: Pityriasis versicolor.](#)
- Површинска габична инфекција, предизвикана од квасницата *Malassezia*.
- Целото тело е исончано, со исклучок на областа на кожата која е покриена со лушпи на габичките и која останува бледа. Афектираните области може да наликуваат на витилиго.
- Квасницата *Malassezia* може да предизвика и суперфицијален фоликулитис со посебно нагласен јадеж, кој, главно, го афектира горниот дел на трупот.

Sporotrichosis

- Супкутана микоза, која се сретнува во топли предели со тропска клима.
- Предиззивувачот *Sporotrichum schenckii* се наоѓа во почвата и дрвјата со мов. Влезно место на инфекцијата е повреда на кожата.
- Периодот на инкубација варира од неколку недели до шест месеци.
- На влезното место на кожата се јавува мал улцеративен јазол. Постепено, по должина на лимфните садови ќе се појават слични јазли.

Тинеа и дерматофитоза

- Тинеа на трупот и на екстремитетите и дерматофитозата се предизвикани од габичките од родот *Trichophyton* и *Microsporon* (соголени лушпести области и супурирачки лезии на скалпот) и се многу чести кај жителите на тропските и на суптропските области.
- Се сретнуваат и во медитеранските земји.
- Патник може да ја добие инфекцијата од дивите кучиња и мачки.

Превенција на габичните инфекции

- Соодветна терапија на кожата на стапалата пред да се оди на патување.
- Да се избегнува носење на несоодветни обувки, како и здобивање на кожни ексоријации и фисури.
- Употреба на обувки и во текот на пливањето.
- Да се има при рака антимикотичен прашок или крем за прва помош.

Бактериски заболувања

Пиодермија

- Честа во топлите климатски области.
- Вообичаен предизвивач е *Staphylococcus aureus* или бета хемолитички стрептококи или инфекцијата е комбинирана и од двата предизвивачи.
- Формираната гнојна колекција може да се презентира како
 - Импетигозна лезија на здрава кожа.
 - Секундарна инфекција при каснувања, убоди од инскети, кожни ексоријации, tinea pedis или скабиес.
- Дијагноза и терапија: [види го упатството: Импетиго и други пиодермии.](#)

Фоликулитис

- [Види го упатството: Кожни апсцеси и фоликулитис.](#)
- Може да биде површински и лимитиран на отворот на фоликулот или длабок кога се проширува надолу кон коренот на фоликулот и во тој случај е возможен развој на апсцес.
- Употребата на дебели кремове и масла (на пример, лосиони за сончање) може да предизвика фоликулитис кој наликува на акни.

Еризипел

- [Види го упатството: Еризипел и целулитис.](#)
- Пиогените бактерии, посебно бета –хемолитичките стрептококи, може да предизвикаат длабоки инфекции на кожата и на меките ткива.
- Влезна врата на инфекцијата честопати се кожни ексоријации или фисура на стапалото.
- Симптомите се состојат од добро демаркиран еритем, едем на кожата, топлина и болка.
- Почетокот на еризипелот најчесто е нагол и е асоциран со висока температура.
- Еризипелот претставува сериозна септичка инфекција, при што обично иницијално е индицирна употреба на парентерални антиминобни агенци.

Микобактериски инфекции

Атипични микобактерии

- Претставуваат убиквитарно распространети бактерии кои предизвикуваат инфекции на кожата и на меките ткива.
- Инфекцијата е асоцирана со контаминација на веќе постоечка повреда на кожата или мукозната мембрана со вода или почва која ги содржи микобактериите.
- Главен симптом е локализиран, со црвеникава боја безболен јазол.
- Најчест облик е инфекција на шаката, предизвикана од базенска или аквариумска вода, позната како базенски гранулом, кој е предизвикан од *Mycobacterium marinum* бактеријата ([слика 6](#)).
- *Mycobacterium ulcerans*, *M. marinum* како и *M. tuberculosis* може да се предизвикувачките агенци на перзистирачки улцерации кај индивидуи кои престојувале во тропските и во суптропските земји.
- Дијагнозата се базира на хистолошкиот наод од кожна биопсија, култура на *M. tuberculosis* и детекција на микобактерискиот геном, добиен по пат на ПЦР метода од земен примерок на ткиво.
- Потврдата на дијагнозата и терапијата се прави од страна на специјалист.
- Терапијата се состои од хируршка ресекција или долготраен третман со антиминобни лекови.

Слика 6 (30.07.2008). Таканаречениот аквариумски или базенски гранулом, локализиран на дорзумот на шаката. Еритематозниот безболен јазол може да улцерира. Грануломот е предзвикан од *Mycobacterium marinum*, кој живее во топли води, како што е аквариумската вода. Во телото може да навлезе само преку повредена кожа. Во случајот кој е презентираан на сликата, инфекцијата најверојатно настанала преку скршен нокт во време кога пациентот работел на својот аквариум. Оттаму бактеријата се ширела преку лимфните садови. Оваа микобактерија не дава системска инфекција. За оздравување е потребно долготрајно лекување со антибиотици.



Автор : Raimo Suhonen and Suvi Cajanus
Article ID: ime01121 (131.362)

Лепра

- [Види го упатството: Бактериски инфекции во топли климатски предели.](#)
- Предзвивувач е *Mycobacterium leprae*. Таргет органи се кожата и периферните нерви.
- Пренос на инфекцијата бара пролонгиран контакт со носител на болеста. Инкубациониот период е неколку години.
- Лепрата може да биде асоцирана со повеќе хронични кожни промени, на пример области каде кожата е побледа во однос на другиот дел од телото и има намалена осетливост или задебелена нодуларна кожа од дифузен карактер.
- Лепрата е ретка болест кај патниците.
- Потврдата и терапијата се одговорност на лекар специјалист.

Кожни промени, предизвикани од животински паразити

Исипи, предизвикани од црви

- Нематодите (види го упатството: Ентеробијаза) предизвикуваат пруритус во аналната регија и повремено можат да предизвикаат уртикарија.
- Кукастите црви (*Ancylostoma duodenale* и *Necator americanus*, види го упатството: Болест на кукасти црви) како и *Strongyloides stercoralis* пенетрираат низ човечката кожа при одење босоног. Ова може да доведе до кожна иритација која чеша и која може да трае 1-2 недели.
- Миграторната фаза во човечкото тело на нематодните ларви може да резултира со уртикарија.
- Стронгилоидијазата (види го упатството: Стронгилоидијаза) може да биде проследена со анално чешање и larva currens ("шетачка ларва"): вообичаено линеарна уртикарија која нагло се појавува долж местото на движење на ларвата.
- Шистозомијата (bilharziasis, види го упатството). Шистозомијата (bilharziasis) неколку часа по инфекцијата може да биде асоцирана со пруритичен церкаријален дерматитис, проследен со црвени папули; исипот се повлекува во текот на 7–10 дена. Приближно 4–6 недели по инфекцијата, кај пациентот може да се јави акутна шистозомијаза, која честопати се манифестира со температура, генерализирани симптоми и уртикарија.

Кутана ларва мигранс

- Кукастите ларви чии домаќини се животните (кучиња и мачки) може да ја пенетрираат човечката кожа, што е следено со последователна миграција на ларвите низ поткожните ткива (larva migrans).
- Инфекцијата е честа во зоните со топла клима, посебно кај децата.

Клиничка презентација

- Најчесто, примарната лезија е мала еритематозна папула на стапалото од каде ларвите започнуваат да мигрираат или веднаш по инокулацијата или по неколку недели.
- Патеката на ларвите е обележана со појава на мали везикули на кожата и испакната серпентиформна линија која е видлива и која може да прогредира и по неколку сантиметри на ден (слика 7).
- Јадежот на кожата може да биде интензивен.
- Понекогаш инфекцијата може да биде проследена со еозинофилија.
- Ларвите гинат во текот на неколку недели или месеци, со што ќе дојде до спонтано смирување на симптомите.

Слика 7 (15.04.2014). Ларва мигранс на кожата



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Автор: Heli Siikamäki
Article ID: ime01410 (131.478)
© Duodecim Medical Publications Ltd

Дијагноза

- Дијагнозата е клиничка и се базира на класичната презентација.
- Битно е да направи диференцијација помеѓу кутана ларва мигранс и сличната ”larva curvens” – кожна манифестација која се сретнува кај стронгилоидијазата, која побргу напредува и исчезнува во текот на неколку часа.

Терапија

- Терапија на избор кај кутаната ларва мигранс претставува орален ivermectin (150–500 µg/kg, времетраење на лекување 1–2 дена), алтернативен лек е albendazole (400 mg два пати на ден, времетраење на лекување 3 дена).
- Не се препорачува хируршка ексцизија.
- Може да се консултира специјалист по инфективни болести или специјалист дерматолог по однос на терапискиот избор.

Кутана леишманијаза

- [Види го упатството: Лишманијази.](#)
- Протозоално заболување; се пренесува преку песочните мушички.
- Периодот на инкубација обично варира од 2 недели до 6 месеци, но може да изнесува и до 2 години.

- На местото на каснување типично се јавува улцерација со издигнати margins (слика 8).
- Дијагнозата може да се постави со биопсија на кожа или со тест на скарификација на ткивото, земено од marginите на улкусот или јазолот; дијагностичките техники се боене по Leishman, култура или ПЦР метода.
- Во зависност од лезијата и специесот на *Leishmania*, изборот на терапија е или топски или фармацевтски. Кај леишманијазата од Новиот Свет, обично е индицирана парентерална терапија со лекови, со оглед дека инфекцијата може да доведе со појава на мукокутана леишманијаза.
- Доколку се постави сомнение за кутана леишманијаза, потребна е консултација со специјалист дерматолог или специјалист по инфективни болести.

Слика 8 (15.04.2014). Кутана леишманијаза



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Автор: Heli Siikamäki
 Article ID: ime01411 (131.479)
 © Duodecim Medical Publications Ltd

Шуга, вошки на тело, пубични вошки, вошки на глава

- Глобална преваленца, така што е можна појава кај патници.
- Симптомите вклучуваат чешање и инфекција која се развива секундарно како резултат на чешањето.
- [Види ги упатствата: Шуга и вошливост на главата и пубични вошки.](#)

Тунгијаза

- Тунгијазата претставува болна кожна лезија која е предизвикана од песочната мушичка (*Tunga penetrans*), најчесто се наоѓа помеѓу ножните прсти или на периунгвалната регија на ножните прсти (слика 9).
- Одење босоног на песочна плажа во тропските предели овозможува песочната мушичка да ја нападне кожата на човечкото стапало.
- Мушичката ги полага јајцата во капсула, која ќе се прошири во темна папула со големина на грашок и која чеша.
- Дијагнозата е клиничка . Составот на папулата може микроскопски да биде прегледан.
- Терапијата се состои од внимателно механичко отстранување на целокупната сакула, исполента со јајченца, следено со чистење на кожата.
- Во одредени случаи, можна е појава на седундарна бактериска инфекција.

Слика 9 (2014-04-15). Нодула, предизвикана од песочната мушичка (*Tunga penetrans*), лоцирана под ноктот на палецот.



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Миџиаза

- Кутаната миџиаза е нашироко распространета во тропските и во суптропските региони.
- Инфекцијата, вообичаено, настанува по полагањето на јацата во влажна облека, од каде ларвите пенетрираат во кожата. Исто така, мушчката може да ги положи јацата и во отворена рана (слика 10).
- Ларвите кои се во развој се хранат од телесните течности и ткивото на домаќинот.
- Папула, која наликува на апсцес, се развива околу ларвата која е лоцирана под кожата. Секоја лезија има видливо централно вдлабнување, така што движењето на ларвата може да биде видно и од страна на пациентот. Кога ќе матурира, ларвата излегува надвор од папулата.
- Кај кутаната миџиаза ларвите не мигрираат на друго место во телото и инфекцијата не е асоцирана со компликации. Во некои случаи, можна е појава на секундарна бактериска инфекција.
- Вообичаено, терапијата се состои од обично отстранување на целата ларва низ централното вдлабнување по пат на стискање. Може да се стави и петролејски гел или друг оклузивен материјал над централното вдлабнување, со цел да се намами ларвата да излезе и, на тој начин, да се отстрани.
- Превенцијата се состои во пеглање на целокупната облека, вклучително и долната облека.

Слика 10 (15.04.2014). Кутана миџиаза



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Автор: Heli Siikamäki

Article ID: ime01413 (131.481)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Хемиски изгореници од инсекти и ларви

- Во јужните делови на Северна и Јужна Африка се сретнуваат околу дваесетина специеси на ларви кои можат да доведат до сериозни кожни иритации.
- Најроби (Nairobi) мушички
 - Долги приближно 1 cm, овие црни и црвени инсекти се јавуваат масовно во источна Африка по првите дождови.
 - Тие не касаат, но доколку се смачкаат на кожата ослобдуваат токсин, кој предизвикува печење и појава на еритематозна лезија 12–24 часа подоцна, честопати следено со формирање на була, а подоцна и круста.

Фебрилни системски инфекции, асоцирани со исип¹

- Многу фебрилни системски инфекции може да се придружени со кожни симптоми (табела 1).
- Петехии, екхимози и хеморагии можат да претставуваат знак на менингококна болест или ретки хеморагични трески кои се способни за интерхумана трансмисија (Кримско-Конго хеморагична треска, Ебола хеморагична треска, Ласа треска, Марбург хеморагична треска). Постапување на ваква суспекција изискува постриктни процедури во однос на рутинските при менаџирање на пациентот и при ракување со клиничките примероци. Исто така, петехии и екхимози се јавуваат, покрај наведените заболувања и кај денга, рикетиозите и лептоспирозите.
- Појава на макулопапулозен исип индицира на морбили, акутна ХИВ инфекција, секундарен сифилис или лептоспироза.
- Денга и чикунгунја треска обично се придружени со блед кожен еритем кој наликува на морбили; може да биде тежок за детекција, но исипот може да има и макулопапулозен изглед. Денгата се карактеризира со посветло колорирани кожни области и делови кои се без исип, а во тешките случаи има појава и на хеморагии (слика 11).

¹ Види ги и соодветните упатства.

Слика 11 (15.04.2014). Кожен исип кај Денга



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Автор: Heli Siikamäki

Article ID: ime01414 (131.482)

© Duodecim Medical Publications Ltd

- Тифус абдоминалис може да има светло розов исип по кожата ("розеола").
- Ешара или tache noire (темна круста) претставува типичен наод кај пренесените пегави трески со крлеж, односно рикетиозите ([слика 12](#)), антраксот и Кримско-Конго хемораичната треска.
- Туларемијата се карактеризира со кожен улкус кој загнојува.

Слика 12 (15.04.2014). Ешара или tache noire (темна круста) кај рикециози



Извор: Helsinki University Central Hospital (HUCH)/Archives of the Aurora infectious diseases outpatient clinic

Автор: Heli Siikamäki
Article ID: ime01415 (131.483)
© Duodecim Medical Publications Ltd

Табела 1. Кожни манифестации кај некои инфекции

Изглед на кожните манифестации	Можна дијагноза
Макулопапулозен исип	<ol style="list-style-type: none">1. Денга, фруги арбовирусни инфекции2. Акутна ХИВ инфекција3. Сифилис4. Морбили5. Мононуклеоза6. Цитомегаловирусна инфекција7. Рикециози, на пр., пегава треска8. Лептоспироза9. Хеморагични трески
Erythema chronicum migrans. Црвеникав нодулус или оток (lymphocytoma)	<ol style="list-style-type: none">1. Борелиози, на пр., Лајмаска болест

Табела 1. Кожни манифестации кај некои инфекции

Изглед на кожните манифестации	Можна дијагноза
Розеола	1. Тифус абдоминалис
Пустули	1. Стафилококна инфекција 2. Генерализирана гонококна инфекција
Петехии, екхимози, хеморагии	1. Менингококна болест 2. Денга 3. Рикеции пр пегава треска 4. Лептоспироза 5. Жолта треска 6. Хеморагични трески
Темна круста (ешара, tache noire)	1. Рикеции, на пр., пегава треска 2. Anthrax 3. Кримско-Конго хеморагична треска
Улкус	1. Туларемија 2. Кожна дифтерија
Уртикарија	1. Фаза на ткивна инвазија кај хелминтијазите 2. Акутан шистозомијаза

Поврзани извори

- Интернет
- Литература

Автор: Heli Siikamäki, Merja Kousa and Tinja Lääveri

Article ID: ebm01046 (002.021)

© Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBMG Guidelines 15.04.2014 Essential evidence plus, www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg?page=39&results=20&class=none&resource=G
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.