

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

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

Член 1

Со ова упатство се пропишува практикувањето на медицина заснована на докази при дерматомикози.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при дерматомикози 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 дерматомикози 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 медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа 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. 07-9558/2

30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ДЕРМАТОМИКОЗИ

МЗД Упатство
29.11.2011

- Основни правила
- Инфективност
- Земање примерок за култура за габички
- Антимикотици
- Тинеа на стапалата
- Онихомикоза
- Тинеа на потколениците
- Тинеа на телото
- Тинеа на капилицумот
- Инфекции со кандида
- Орална кандидијаза
- Ангуларен хеилит
- Кандидомицетично интертриго
- Кандидомицетична паронихија
- Кандидомицетичен баланит
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Пред започнувањето 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 нативен препарат и габична култура. Кај типичната тинеа која е присутна само помеѓу прстите на стапалата, оваа постапка не е неопходна.
- Запомнете ги несаканите дејства на антимикотичните лекови, но и интеракциите со другите медикаменти.

ИНФЕКТИВНОСТ

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

ЗЕМАЊЕ ПРИМЕРОК ЗА ГАБИЧКИ

- Пред да се земе примерок за култура од габички од кожата, топичните антимикотични препарати не смее да бидат користени последните две недели, а оралните препарати последните два месеци.
- Исчистете ја кожата со раствор од алкохол, гребнете од сквамите од работ на лезијата на превиткана хартија или во сува епрувета и испратете го примерокот до лабораторијата со обична пошта. Како примерок може да се земат влакна или покрив од була. Од ноктите се сечат или се издлабуваат парченца од границата помеѓу здравиот и афицираниот дел, како и од хиперкератотичните маси под нокотот се остругуваат луспи кои се вклучуваат во примерокот.
- Примерокот за миколошка анализа треба да биде колку што може побогат со материјал, заради тоа што се употребува и за микроскопирање и за миколошка култура.

- Детекцијата на дерматофити на нативен препарат сугерира габична инфекција, но само демонстрацијата на габички од култура ја потврдува дијагнозата.
- Резултатите од испитувањето со нативен препарат се добиваат веднаш или во текот на неколку дена, а на резултатите од културелното иследување се чека од 2-4 недели.
- Доколку резултатот е негативен, а постои силен сомнеж за габична инфекција, повторно земете нов примерок за миколошко испитување.

АНТИМИКОТИЦИ

Општи карактеристики

- Инфекциите на ноктите или скалот со дерматофити се индикација за системска терапија.
- Дерматофитозите на кожата се третираат со топична или со системска терапија, или со двете, во зависност од степенот на проширеноста на инфекцијата (ннд-А).
- Кај онихомикозите, трајно излекување (=клиничко излекување по следење 1-2 години) се постигнува кај половина од пациентите.

Индикации

- Тербинафин (крема и таблети) се ефикасни кај дерматофитите.
- Нистатин и натамицин се ефикасни кај квасниците.
- Топичните азоли (клотримазол, еконазол, миконазол, тиоконазол, кетоконазол), аморолфин - кремот и лакот за нокти и системските азоли (кетоконазол, итраконазол и флуконазол) 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 тербинафин е мал. Карактеристичен, но редок несакан ефект, е нарушување па дури и комплетно губење на осетот за вкус во тек 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-мултиформен еритем – за кој е индициран хоспитален третман.
- Кетоконазолот може да ја наруши функцијата на црниот дроб кај некои пациенти и неговата употреба треба да се ограничи на кратки периоди. Лекот стапува во интеракција со други медикаменти и ова треба да се провери кај секој пациент.
- Итраконазолот (ннд-С) е широкоспектарлен лек кој стапува во интеракции со другите лекови кои користат СYP3A4 ензими. Треба да се проверат можните интеракции пред да се започне со третманот.

ТИНЕА НА СТАПАЛАТА

Клиничка слика

- Типичната клиничка слика
 - Вообичаено се јавува помеѓу 4-от и 5-от прст на стапалото.
 - Кожата помеѓу прстите е еритемна, мацерирана, може да улцерира, а можна е и појава на везикули на лезијата.
 - Има јадеж.
 - Може да се јави секундарна бактериската инфекција.
 - Тинеа на стапалата може да е асоцирана со ид-реакција (микиди) на дланките и помеѓу прстите од рацете.
- Мокарина тип на тинеа на стапалото
 - Често нема субјективни симптоми.
 - Кожата на стапалото е лесно хиперкератотична, еритемна, со десквација.
 - Габичната инфекција може да биде унилатерална или да ги зафати само дисталните делови од предниот дел на стапалото.
 - Слична тинеа може да се јави унилатерално на дланката.

Етиолошки агенси

- Најчест предизвикувач е *Trichophyton rubrum*, поретко *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

- Тинеата помеѓу прстите најефикасно се лекува со тербинафинска емулзија, која во текот на две недели се нанесува во тенок слој секоја вечер. Должината на третманот е 2 – 4 недели со азолски препарати.
- Хигиена на стапалата: Секојдневно миење на стапалата, внимателно сушење, менување на чорапите.
- Мокасина тип на тинеа на стапалато и на дланките е тешка за лекување и вообичаено бара системска терапија: тербинафин 250 мг x 1, 2-4 недели или итраконазол, 200 мг x 2 во текот на една недела.

ОНИХОМИКОЗА

Клиничка слика

- Се јавува вообичаено на ноктите од палците на стапалата, а ноктите на рацете се поретко зафатени.
- Онихомикозите се ретки кај децата. Предиспозицијата кон заболувањето може да биде херeditарна.
- Онихомикозите, вообичаено, почнуваат под ноктите, се шират линеарно по должината на латералниот дел кон основата на нокотот, го задебелуваат нокотот и предизвикуваат дисколорација на ноктената плоча. Заболувањето може целосно да го разори нокотот.
- Пациентите со онихомикоза често истовремено имаат интердигитална тинеа или мокасина тип тинеата на стапалата.

Третман

- Дијагнозата се потврдува со култура.
- Топичниот третман (аморолфин лак за нокти) е ефикасен само кај онихомикоза, ограничена на дисталниот крај од нокотот.
- Мастите со уреа за деформирани нокти може да го подобруваат резултатот од третманот.
- Најефикасна терапија за онихомикози е тербинафин (ннд-В), но само околу половина од пациентите комплетно ќе бидат излекувани од овој лек. Дозата е 250мг x 1 во текот на 3- 4 месеци за ноктите на стапалата и 6 недели за ноктите од рацете.
- Итраконазолот се применува во пулсна терапија: 200 мг x 2 по јадење една недела секои 4 недели, вкупно 3- 4 месеци.
- Земети ги предвид интеракциите на итраконазолот со другите лекови.
- Со тербинафинот, културата од ножните нокти останува негативна подолго од една година кај 70-80% од пациентите, а со пулсната терапија со итраконазол кај 40-50 %.
- Кај возрасните пациенти, резултатите од третманот на онихомикозите се полоши, споредено со помладите пациенти.

ИНГВИНАЛНА ТИНЕА (*tinea cruris*)

Клиничка слика

- Добро ограничен унилатерален прстен, проследен со јадеж или неколку концентрични прстени со еритемни рабови, барем во иницијалната фаза.
- Микотичен фоликулитис или мали апцеси може да се откријат во лезијата и во околината, особено по третман со локални кортикостероиди.
- Ингвиналната тинеа се среќава речиси исклучиво кај мажите.

Третман

- Крем тербинафин на афицираната регија еднаш дневно во текот на 1-2 недели.
- Аморолфин крем еднаш дневно во текот на 3-4 недели.
- Другите азолски кремове (ннд-А) се нанесуваат два пати дневно во текот на 3 - 4 недели.
- Кај рефракторните инфекции кои можат да достигнат длабоко долу во влакнените фоликули, системските лекови се комбинираат со локалниот третман во траење од 1-4 недели.

ТИНЕА НА ТЕЛОТО (*tinea corporis*)

Дијагноза

- Клиничката слика варира од една прстеновидна лезија до распространета ерупција каде центарот на лезијата може комплетно да биде излекуван. Ако постои сомнеж дека се работи за *tinea corporis*, секогаш е потребно да се земе материјал за дијагноза на габична инфекција пред да се започне со третманот.
- Одреден број инфекции се од анимално потекло. Кожните симптоми може да се поизразени од симптоматологијата кај другите габични инфекции, може да се јави и гноење.
- Земање на анамнеза за контакт со животни (морско прасе, мачка, куче, говеда) помага во поставувањето на дијагнозата која се потврдува со габична култура.
- Кај борачите треба да се мисли на габична инфекција, предизвикана од *Trichophyton tonsurans*. Таа може да се јави како епидемија помеѓу атлетичарите.

Третман

- Слично на ингвиналната тинеа (ннд-А).
- Кај раширената болест индицирана е системска терапија.

ТИНЕА НА КАПИЛИЦИУМ (*tinea capitis*)

Етиологија и дијагноза

- Не се јавува често во земјите на западна Европа.
- Дијагнозата се базира на позитивен резултат од културата кој треба да се земе пред започнувањето на третманот.
- Предизвикувач е вообичаено *Microsporum canis* (од мачки), *T. mentagrophytes* (од неколку вида на миленичиња), *T. violaceum* (помеѓу децата од земјите во развој), додека *Microsporum audouinii*, *T. tonsurans*, или *T. soudanense* се ретки причинители.

Клиничка слика

- Може да има една или неколку сквамозни плаки на скалпот, со скршени или со отсутни влакна. Може да се јави и гноење на скалпот.
- 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 луспи или скршени влакна кои ќе ги извадите од корен со пинцета. Доколку има гној, треба и тој да се земе за примерок. Во случаите на керион, третманот треба да се започне веднаш по земањето на примерок за култура.
- Сите членови на семејството треба да се прегледаат и истовремено да се третираат, со цел да се превенира ширењето на болеста.
- Предметите кои се користат за нега на косата (чешли, четки, шноли и др.) не смее да се употребуваат од неколку лица.

Третман

- Тербинафин, 4 недели во доза од 250 мг/дневно (ннд-В). Итраконазол се дава во доза од 200 мг/дневно во текот на 4-6 недели (ннд-В).
- Во акутната фаза, третманот се комбинира со локален третман. Дозирањето кај децата треба да се провери кај секој случај поединечно.

ИНФЕКЦИИ СО КАНДИДА

- Инфекциите со кандида се често предијагностицирани.
 - Заболувањата кои погрешно се дијагностицираат како кандидидијаза се лихен планус и “стоматодинија” во устата, атопичниот екцем во аглите на устата кај децата и себороичниот екцем во кожните набори.
 - “Кандидомицетичен баланитис” е честопати себороичен дерматитис, а “кандидомицетичното интертриго” помеѓу прстите е иритантен егзем.
- Најчестиот агенс на вистинската кандидидијаза е *Candida albicans*. Инфекцијата, вообичаено, се јавува во региите кои се веќе оштетени (со влага, со триење и др.).
- 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 постарите е често мацерирани и егзулцерирани во дното на наборот и со мали сателитски лезии на периферијата.
- Предиспонирачки фактори се дијабетесот, долготрајниот третман со антибиотици, имуносупресијата и денгалните протези.

ОРАЛНА КАНДИДИЈАЗА

Клиничка слика

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

Третман

Види на друго место.

КАНДИДОМИЦЕТИЧЕН АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ (*cheilitis angularis candidomycetica*)

Клиничка слика

- Се јавува со конкомитантна орална кандидидијаза или засебно.
- Носењето на ниска денгална протеза го продлабочува кожниот набор на устата и се задржува влагата што создава услови, погодни за развој на инфекција со кандида.

Третман

- Азолска маст, понекогаш во комбинација за третман на секундарниот егзем и бактериската инфекција.
- Заболувањето има тенденција да рецидивира и третманот мора да се повтори.

КАНДИДОМИЦЕТИЧНО ИНТЕРТРИГО

Клиничка слика

- Да се избегнува прекумерното дијагностицирање: често причината е себороичен екцем (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 тинеа, но со помалку изразен раб, промената е еритематозна и често влажи. Има сателитски лезии блиску до рабовите.

Третман

- Комбинирана маст која содржи благ кортикостероид и антимиотик, два пати на ден во траење 1-2 недели.
- Вообичаено, нема потреба за перорални антимиотични лекови (флуконазол, итраконазол).

- Често повторуваната кандидијаза е индикација за одредување на нивото на шеќер во крвта и повод да се размисли за постоење на имунодефициенција.
- Со цел да се превенираат рецидивите, важно е да се намалат факторите кои ја оштетуваат кожата (прегрејување во кожните набори, влага, триење и др.).

КАНДИДОМИЦЕТИЧНА ПАРОНИХИЈА

Клиничка слика

- Инфекцијата е често мешана: *Candida albicans* + *S. aureus*.
- Работа со влажни раце (чистачи и персонал во кујна) предиспонира појава на болест.
- Кај хроничната паронихија, може да се видат трансверзални бразди и рапавост на ноктената плоча.
- Акутната болест трајно не го оштетува нокотот.

Третман

- Есенцијално е да се заштитат рацете и да се чуваат суви.
- Инфекцијата со кандида се третира со топични препарати кои содржат азоли, натамицин или нистатин.
- Ако е потребно, во иницијалната фаза на третманот може да се употреби топичен третман со комбинација на кортикостероид и антимиотик.
- Во иницијалната фаза, ако е потребно, може да се користат купки во калиум хиперманган (KMnO_4).

КАНДИДОМИЦЕТИЧЕН БАЛАНИТ

- Дел од случаите, дијагностицирани како кандидомицетичен баланит, всушност се себорои-чен екзем.
- Заболувањето, обично, е со лесна клиничка слика и може да дојде до самоизлекување.
- Хипердијагностиката на кандидијазата создава непотребна грижа - партнерките може да имаат вагинални квасници и без клинички симптоми.

Клиничка слика

- Симптомите на кандидомицетичен баланит се јадеж и печење.
- На мукозните мембрани може да се видат еритемни ерозии и бел ексудат (налепи).

Третман

- Се препорачува примена на топични препарати кои содржат азоли, со или без кортикостероиди.
- Тоалета со воден раствор на калијум хиперманган (1:10000) дневно, во текот на 15 минути може да се примени на почетокот од третманот (се внимава да не се обои облеката и садовите!).

Authors: Hannele Heikkilä , Article ID: ebm00267 (013.050), © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 29.11.2011, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до ноември 2014 година.**