

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 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕРИЗИПЕЛ И ЦЕЛУЛИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при еризипел и целулитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при еризипел и целулитис 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 еризипел и целулитис 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

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина засновано на докази при еризипел („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

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

Бр. 17-2506/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЕРИЗИПЕЛ И ЦЕЛУЛИТИС

МЗД Упатства
24.9.2013 • Комплетно ажурирано
Alexander Salava

- Основни податоци
- Општо
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Перзистентен или рекурентен еризипел
- Целулитис
- Некротизиращка инфекција
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Еризипел се дијагностицира врз основа на клиничката слика и покачени маркери на инфламација.
- Парентерален пеницилин администриран во рана фаза е прва линија на третман на еризипел.
- Кожата на нозете треба да се проверува кај сите пациенти кои имаат температура од непознато потекло.
- Сите потенцијални места за влез на инфекција треба да се идентификуваат и да се третираат, на пример, интердигиталните простори со евентуална фунгална инфекција (tinea pedis).
- Важно е еризипелот да се разликува од некротизиращките инфекции.

ОПШТО

- Еризипел е главно предизвикани од група А или група Г бета-хемолитички стрептококи (БХС).
- За развој на еризипел обично потребна е влезна врата вклучувајќи интердигитална фунгална инфекција, ексоријација на кожа, улкус на нога или други причини на оштетена кожа, на пример, хроничен екцем.
- Други локални фактори на ризик вклучуваат лимфедем, оток на нога, гојазност како и оштетена венска и артериска циркулација. Еризипелот е причинет од А групата бета-хемолитични стрептококи.

ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата се базира на клиничката слика и покачените инфламаторни маркери (CRP, леукоцити).
- Нивото на воспалителните маркери може да биде нормално во раната фаза.
- Типични симптоми вклучуваат нагла појава на висока температура со треска, како и појава на едем на кожата со јасно демаркиран, пламено-црвен, топол и дифузен еритем.
- Во поголемиот дел од случаите еризипел се јавува на долниот дел од ногата, глуждот или стапалото.
- Билатерална појава на еризипел е многу ретка.
- Еризипел, исто така, може да се јави и на лицето, гениталиите или на горните екстремитети (најчесто како резултат на лоша циркулација на лимфата).
- Пациентот може да има и главоболка, гадење или општа слабост.

- Општите симптоми, може да бидат и незначителни особено кај повторувачки еризипел или еризипел на лице.
- Ако третманот не е навремено даден, еризипелот лесно се комплицира со улцерација, поткожни апсцеси и сепса.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Инфективни болести
 - Некротизирачки фасциитис: интензитетот на болката е непропорционален со зафаќањето на кожата, тешки системски симптоми
 - Апсцес: флукуирачка маса под кожата
 - Целулитис со висока температура кај пациентот со дијабетес (ризик за ампутација)
 - Супуративни артритис
 - Инфекција на угризна рана
 - Херпес зостер (исип) пред везикуларна ерупција (на пр иницијален херпес зостер на лицето)
- Други болести
 - Стаза дерматитис и друг дерматитис на нозете
 - Длабоко или површни венска оклузија, тромбофлебитис
 - Гихт артритис и други зглобни воспаленија
 - Дијабетично стопало кај пациентот со дијабетес: артропатија често на глуждот, ЦРП нормално, видете
 - Контактен дерматитис (веројатно предизвикан од локален агенс кој се користи при дерматитис на ногата)
 - Еритема мигранс на ногата: со доказ за каснување од крлеж, ЦРП нормално
 - Erythema nodosum: неколку нодули над ниво кои се осетливи на палпација
 - Erysipeloid на рака

ТРЕТМАН

- Одмор во кревет; повеќето случаи бараат брза хоспитализација.
- Постојат лимитиран број на студии со податоци за оптимална антимикуробната терапија (ннд- **D**), сепак пеницилин се смета за лек на избор.
- Пеницилин се дава или интравенски (пеницилин G 1-3.000.000 единици на секои 6 часа) или интрамускулно (прокаиин пеницилин 1,5-3,0 милиони единици еднаш дневно). Пореткото дозирање овозможува третманот да се спроведува во домашни услови.
- Ширење на инфекцијата може да се следи со цртање на линија околу зафатената област.
- Како инфекцијата почнува да се смирува и температурата да се нормализира, обично по 3-5 дена, може да се префрли на орален третман (пеницилин V 1-1.500.000 единици три пати на ден).
- Во почетната фаза, може да се користат влажни облоги како дополнување на антимикуробната терапија со цел да се ублажат симптомите; облогите се менуваат 2-3 пати на ден.
- Пациенти со алергија на пеницилин се третираат со цефалоспорини (пр. цефуросим 1,5 g три пати на ден iv, продолжено со цефалексин 500-750 mg три пати на ден пер ос) или клиндамицин (прво 300-600 mg четири пати дневно IV за 3-5 дена, а потоа 300 mg четири пати дневно пер ос).
- Периодот третман на првата епизода на еризипел е 2-3 недели.

ПОВТОРУВАЧКИ ИЛИ РЕКУРЕНТЕН ЕРИЗИПЕЛ

- Ако одговорот на пеницилин е слаб или се јавиле улцерации на афицирана кожа уште во почетната фаза, треба да се смета на можност за стафилококна инфекција.

- Во таков случај, третманот се состои од интравенски цефалоспорин или клиндамицин во тек на 3-7 дена а потоа со орална терапија.
- Периодот на третман за рекурентен еризипел е 4-6 недели.
- Долг период третман е индициран, особено, кај пациенти кај кои еризипелот се јавува на делови кои слабо заздравуваат или на ткива кои се едематозни поради лошата крвна или лимфна циркулација.
- Ако еризипелот се повторува често (на пример, 3 пати во рок од неколку години) долгорочна антимицробната терапија (пример во тек на неколку месеци или дури доживотно) треба да се земе во предвид.
- Лекот кој се користи е или бензатин пеницилин (1,2-2.400.000 единици интрамускулно на секои 4 недели, и почесто доколку е потребно) или пеницилин V (1-2.000.000 единици/24 часа преку уста).
- Дозата се прилагодува индивидуално, зависно од тоа колку брзо симптомите се повторуваат.
- Кај пациенти со алергија на пеницилин обично може да се користат цефалоспорици.
- Ако еризипел повторува важно е да се идентификуваат и третираат сите места за влез на инфекцијата и да се советува пациентот да се заштити од нова изложеност (на пр избегнување на несоодветни обувки).
- Од особена важност е справување со едем на ногата (еластични чорапи, наизменично пневматска компресија и рачна лимфна дренажа при тежок лимфедем).

ЦЕЛУЛИТИС

- Целулитис наликува еризипел, но кожниот еритем е послабо демаркиран.
- Воспалената област не е јасно издигната од околната кожа и се протега подлабоко во масното ткиво.
- Покачена температура и тешки системски симптоми се типични.
- Не е неопходно јасно да се разграничат двете состојби со оглед на тоа дека принципите на лекување се исти.
- Обете состојби исто така се поврзани со предиспонирачки фактори и имаат тенденција да се повторат.
- Значењето на стафилококите може сепак да биде позначајно кај целулитис и кога парентералниот пеницилин се покажува неефикасен во рок од неколку дена, третманот треба да продолжи со цефалоспорин, клиндамицин или клексацилин.

НЕКРОТИЗИРАЧКА ИНФЕКЦИЈА

- Исклучително важно е да се диференцира еризипел и целулитис од некротизирачка инфекција, третманот секогаш се состои од хируршка интервенција во комбинација со интравенски антибиотици од широк спектар.
- Предупредувачки знаци за некротизирачка инфекција се интензивна болка која е непропорционална со опсегот на кожните промени, формирање на везикули на кожата, интензивен оток кој ја надминува кожната лезија, губиток на осет на кожата, тешки општи симптоми и сепса.

Претходни автори;

Heli Majamaa и Jaakko Karvonen

Posleden pat pregledano za a`urirawe 24.9.2013 • Posledna promena 24.9.2013

Article ID: ebm00275 (013.020)

© 2014 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](#)

1. **EBM Guidelines, 24.9.2013, www.ebm-guidelines**
2. **Упатството треба да се ажурира после 3 години**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година**

Упатството го ажурирала: Проф. Др. И. Кондова Топузовска

Координатор: Проф. Др. К. Зафировска