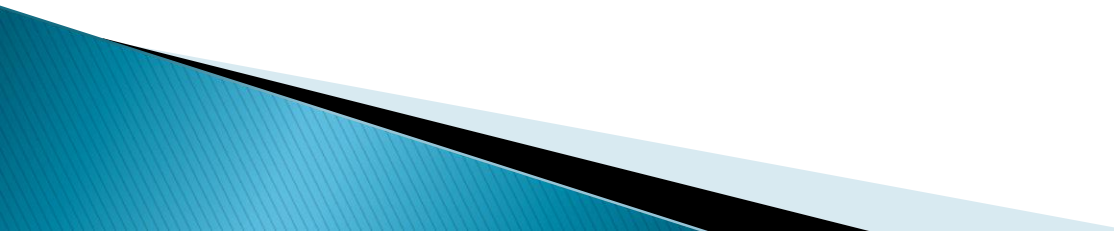



INFLAMATORNE KOŽNE BOLESTI

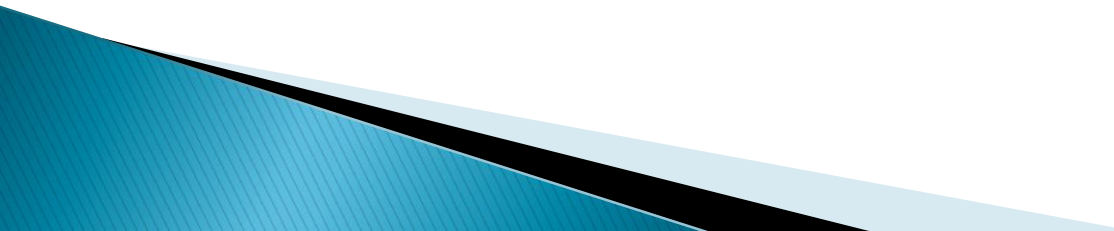
Inflamatorne bolesi kože

- ▶ Dermatitis i egzem sinonimi
 - ▶ Upalno stanje kože
 - ▶ Multifaktorski uzročnici
- 


DERMATITISI

- ▶ **PODJELA**
 - ▶ Kontaktne alergijske dermatitise (akutne i kronične)
 - ▶ Kontaktne nealergijske dermatitise (akutne i kronične)
 - ▶ Fototoksične i fotoalergijske kontaktne dermatitise
 - ▶ Sindrom kontaktne urtikarije
 - ▶ Međunarodna skupina za ispitivanje KD (ICDRG) 2000. god
- 

Dermatitisi

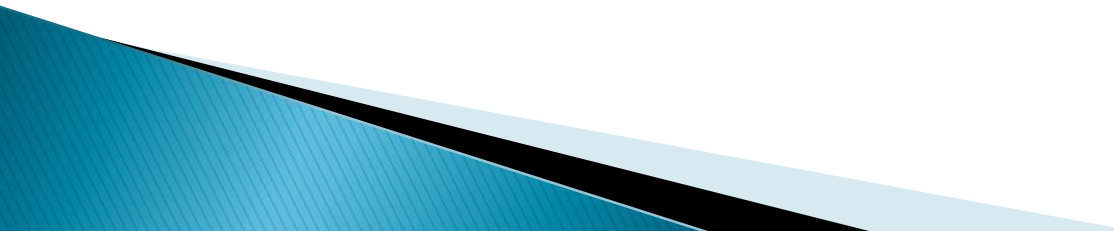
- ▶ Primanje lezije: vezikule, makule, pečevi
 - ▶ Sekundarne karakteristike: eritem, perutanje, pruritus, iritacija, infekcija
 - ▶ Iritativni dermatitis–KND
 - ▶ Kontaktni dermatitis –KAD
 - ▶ Atopijski dermatitis
- 

Iritativni dermatitis–KND

- ▶ Uzrokovan je kontaktom sa supstancama koje inače oštećuju kožu
 - ▶ Fizičko/kemijsko oštećenje keratinskog sloja (rožasti sloj, zaštitni)
 - ▶ Jake kiseline i lužine ,organska otapala, benzin, aceton (apsolutni iritansi)
 - ▶ Iritansi su često sapuni, deterdženti, organski rastvarači –produljeni kontakt
 - ▶ Veoma često u industriji
- 

Iritativni dermatitis

Često kod:

- ▶ Majki sa malim bebama
 - ▶ Ribara
 - ▶ Frizera
 - ▶ Stomatologa
 - ▶ Kirurga
 - ▶ Industrijskih radnika
- 

Kontaktni nealergijski dermatitis

- ▶ Sinonimi:toksični, iritativni

- ▶ **Podjela:**

- ▶ Akutni

- ▶ Kronični

Kontaktne nealergijski dermatitis

- ▶ **Akutni** (iritativni toksični dermatitis)
- ▶ Kratko izlaganje
- ▶ Jak alergen(visoka toksičnost)
- ▶ Snažna reakcija
- ▶ Upalni proces, bez alergije i imunološkog zbivanja
- ▶ manje jak alergen–dulja izloženost
- ▶ Predisponirajući faktori:
 - ▶ vanjski–klimatski, mehanički i unutarnji

Kontaktne nealergijski dermatitis

- ▶ **Klinička slika:**
- ▶ Lokaliziran na mjestu doticaja
- ▶ Oštro ograničen
- ▶ Eritem, vezikule, eksudacija, ljuštenje, pigmentacija
- ▶ Svrbež ne mora biti prateći simptom

- ▶ **Dijagnoza:**
- ▶ Anamneza, klinička slika
- ▶ Epikutani test negativan

Kontaktne nealergijski dermatitis

- ▶ **Terapija**
- ▶ Ukloniti toksičnu tvar
- ▶ Očistiti kožu (fiziološka)
- ▶ Eritem–kortikosteroidi –Bethanot
- ▶ Erozivni stadij–oblozi kamilice 2% borne vode
- ▶ Smanjenje eksudacije–Bethagen
- ▶ Skvamozni stadij–Bethasol
- ▶ Vrlo jaki oblik–sustavna primjena prednizolona
- ▶ Svrbež–antihistaminici (Loston)

Kontaktni nealergijski dermatitis

Kronični

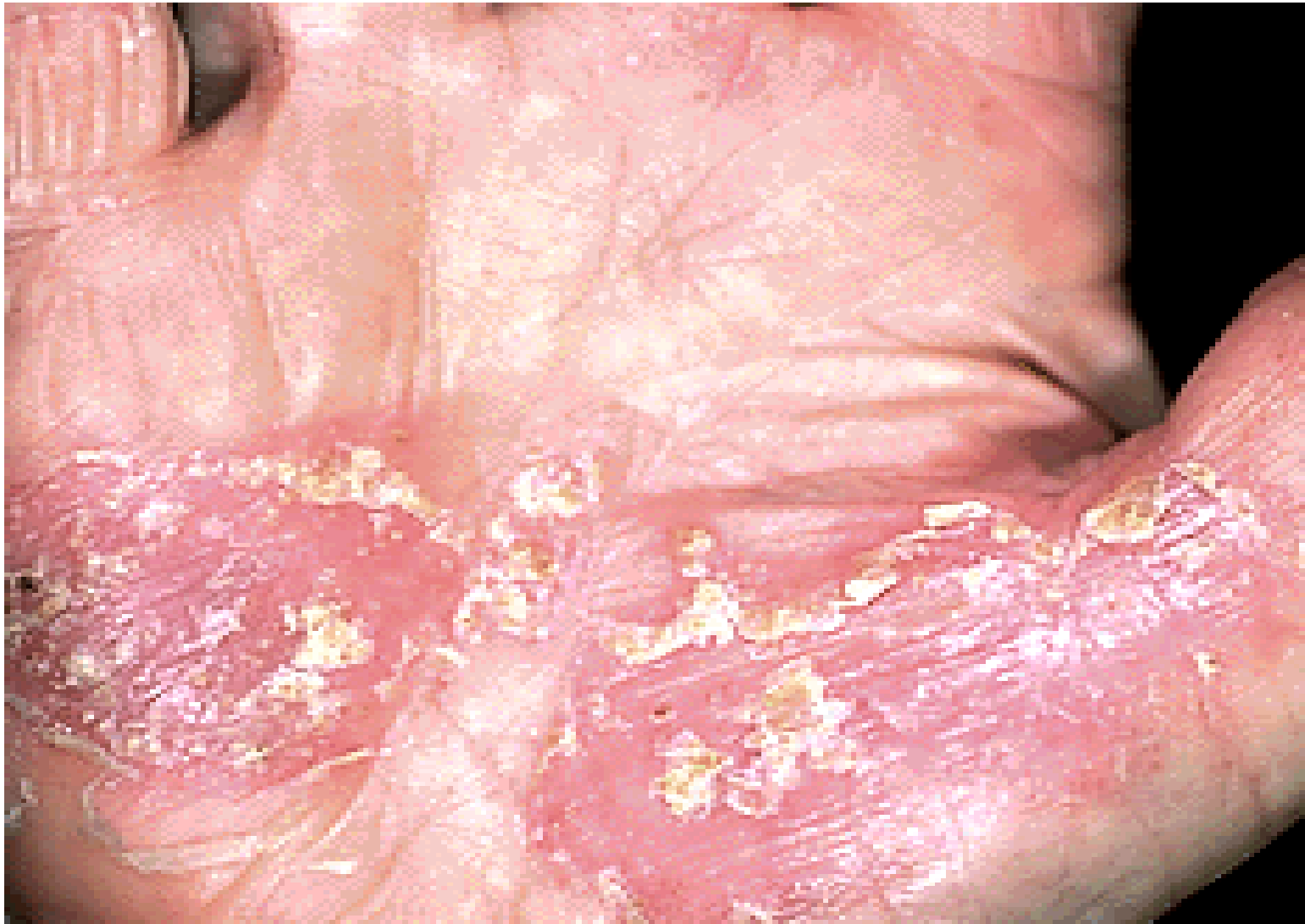
- ▶ Učestali kontakt s blagim iritansima
- ▶ (slabo škodljive tvari)
- ▶ Suha koža i češće na rukama
- ▶ Mogu biti profesionalne kožne bolesti
- ▶ Promjene–eritem, suhoća, ljuštenje, ragade
- ▶ Neoštro ograničene
- ▶ Dg.–anamneza i klinička slika
- ▶ Epikutani test negativan
- ▶ Th–kortikosteroidi, indiferentna sredstava, stalna njega



Early irritant dermatitis



Irritant dermatitis with fissuring



Irritant dermatitis with scaling and inflammation



Chronic irritant dermatitis due to wet diapers and washing



Irritant dermatitis due to licking lips

Kontaktni alergijski dermatitis

- ▶ Sinonim– kontaktni alergijski egzem
- ▶ Inflamacija epidermisa i dermisa uzrokovana IV tipom imunološke reakcije
- ▶ 5–10% upalnih kožnih bolesti
- ▶ U općoj populaciji 1–10%
- ▶ M=Ž (na šakama češće u žena)
- ▶ Obično perzistira neodređen period
- ▶ Česti alergeni su: biljke, guma/lateks, neomicin, farbe, nikal (nakit), kozmetika/sapuni

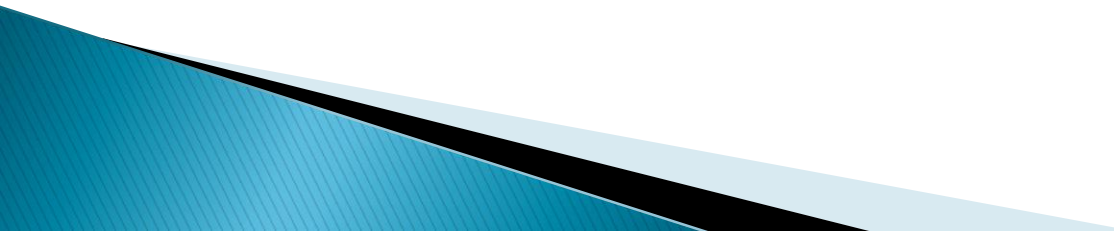
Kontaktни alergijski dermatitis

- ▶ Klinička slika *akutnog KADa*:
- ▶ Razvije se 24–48 h nakon rekontakta s alergenom
- ▶ Otkriveni dijelovi tijela
- ▶ Svrbež
- ▶ Eritem i edem(oštro ograničen),
- ▶ Vezikule i rjeđe bule
- ▶ Erozijska i vlaženje(madidirajući stadij)

Kontaktни alergijski dermatitis

- ▶ *Kronični oblik:*
- ▶ Stalni utjecaj neprepoznatog alergena, uz sklonost pojavi egzema
- ▶ Suha, infiltrirana koža
- ▶ Pojačan kožni crtež
- ▶ Ragade s lihenifikacijom(podražaj grebanja)
- ▶ Stadij s krastama
- ▶ Skvamozni stadij
- ▶ Koža, sluznice, konjunktiva

Kontaktни alergijski dermatitis

- ▶ Dijagnoza:
 - ▶ Anamneza
 - ▶ Klinička slika
 - ▶ Potvrda–epikutani (patch) testna standardnu seriju alergena i ciljane(profesionalne alergene)
 - ▶ Jako opsežne promjene–eozinofilija u perifernoj krvi
- 



Contact dermatitis from shoes. Compare to tinea pedis



Contact dermatitis due to rubber



Contact dermatitis due to Nickel sensitivity



Nickel sensitivity



Acute changes of contact dermatitis

Kontaktni alergijski dermatitis

Liječenje:

- ▶ Izbjegavati sve moguće iritante i senzibilitatore (sapuni, sredstva za čišćenje, vitamin E, neomicin, štetne derivate)
- ▶ Prevenirati (prije zaposlenja), profilaksa
- ▶ Rashladiti – vlažne komprese, Burowa otopina (aluminij acetat), NaCl
- ▶ Akutni stadij: kortikosteroidi ovisno lokalizaciji (Bethanat)
kreme/losioni/otopine srednjeg do visokog djelovanja 2–3 x 7–14 dana

Kontakti alergijski dermatitis

- ▶ *Kronični*: krema ili masti
- ▶ Indiferentne kreme obvezne
- ▶ Sistemski kortikosteroidi ako je proširen, uključujući lice, genitalije: 1 mg/kg (ili ekvivalent) i brzo smanjivanje doze tijekom 7 dana ili depomedrol 40–120 mg I.M. svakih 1–2 tjedna
- ▶ Sekundarna infekcija česta: lokalni antibiotici (eritromicin, mupirocin, fusidinska kiselina)
- ▶ Antihistaminici –slab učinak

Atopijski dermatitis

- ▶ Sinonim: atopijski egzem, neurodermitis
- ▶ Ekcematozne kožne reakcije uzrokovane tipom I imunološke reakcije (posredovane IgE At)
- ▶ Prevalenca u Europi 20%
- ▶ Oslobađanje histamina dovodi do intenzivnog pruritusa
- ▶ Osobna ili obiteljska anamneza atopije. Paziti na trijas: astma, alergijski rinitis, ekcem
- ▶ Jedan roditelj > 60% više mogućnosti za dijete
- ▶ Oba roditelja > 80%

Atopijski dermatitis

Tri faze:

- ▶ Infantilna
- ▶ Dječija
- ▶ Odrasli

Atopijski dermatitis

Infantilna:

- ▶ Počinje 2–6 mjeseca
- ▶ Simetrični, suhi, eritematozni, ljuskavi plakovi s folikularnim papulama
- ▶ Lice, skalp, ekstenzorne površine udova
- ▶ Pošteda perioralnih regija, **pelenske regije**
- ▶ U 50% slučajeva nestaje do 18. mjeseca



Atopic dermatitis: infant phase



Atopic dermatitis: note sparing of perioral and nasiolabial folds



Generalized atopic dermatitis: sparing of diaper area

Atopijski dermatitis

- ▶ Dječija
- ▶ 18 mjeseci (ili druge godine)
- ▶ Papule i plakovi, suha koža
- ▶ pregibi velikih zglobova
- ▶ Kasnije uglavnom na fleksornim stranama
- ▶ Svrbež i grebanje– promjena izgleda eflorescenci
- ▶ 20% djece između 3 i 11 godina(moguće povlačenje bolesti)
- ▶ Mnogi će razviti astmu prije 13-e godine



Childhood atopic dermatitis: lichenification, fissures due to rubbing and scratching



Fissures and excoriations



Atopic dermatitis: typical distribution, papules and plaques



Atopic dermatitis with lichenification

Atopijski dermatitis

- ▶ **Kod odraslih:**
- ▶ šake, stopala, na fleksornim stranama, vratu, očnim kapcima
- ▶ Lihenifikacija, zadebljana područja u fleksurama, kronični edem lica
- ▶ Kronično recidivirajući tijek, svrbež
- ▶ Sezonski karakter (češći u proljeće i jesen)
- ▶ Dugotrajnost – psihička trauma

Atopijski dermatitis

- ▶ Akutni stadij–eritem, papule, svrbež, ekskoriacije, erozije i serozni eksudat
- ▶ Subakutni stadij–eritem, ekskoriirane ljuskave papule
- ▶ Kronični stadij–lihenifikacija i plosnate papule
- ▶ Često sve tri faze istovremeno
- ▶ Komplikacije–bakterijske , virusne, gljivične infekcije, KAD

Atopijski dermatitis

- ▶ **Dijagnoza** –klinička slika i lab. pretrage
- ▶ **Testovi in vitro:**

Za dokaz IgE protutijela:

- a) radioimunološki testovi RIST za ukupni IgE, RAST za specifični IgE;
- b) enzimatski ELISA test

Test za dokazivanje IgG protutijela: RAST i ELISA.

Testovi za određivanje limfocita; testovi za određivanje imunoglobulina: RIST ili imunoelektroforeza.

Atopijski dermatitis

Testovi in vivo:

- ▶ Prick ili test metoda uboda – mikrokutani test;
- ▶ Scratch, skarifikacijski test, metoda ogrebotine;
- ▶ Intradermalni test – ubodni, u dijagnostici alergije ranog tipa oko stotinu puta je osjetljiviji od gore navedenih testova.
- ▶ Patch ili epikutani test – služi za utvrđivanje alergijske reakcije kasnog tipa;
- ▶ Atopijski epikutani test (atopy patch test – ATP) je test koji se sve više rabi u dijagnostici atopijskog dermatitisa, kao i drugih alergoza.

Atopijski dermatitis

Diferencijalna dijagnoza:

- ▶ Dojenčad–seboroični dermatitis, kandidijaza, pelenski osip
- ▶ Djeca i odrasli–KAD, KND,seboroični dermatitis,scabies, generalizirana mikoza, dermatitis herpetiformis, medikamentni egzantem...



Atopic dermatitis adult phase



Atopic dermatitis with fissures, scale and inflammation



Atopic dermatitis with secondary irritant changes

Atopijski dermatitis: tretman

Njega kože, smanjiti simptome, spriječiti recidiv, modificirati tijek bolesti

Opće mjere

- ▶ Izbjegavati iritativnu odjeću: vuna, najlon, tijesno, perje, dlake citruse, rajčicu
- ▶ Izbjegavati sapune, deterdžente, vrelu vodu
- ▶ Izbjegavati češanje, vrućinu, suhi zrak, zadimljeno,
- ▶ Koristiti ovlaživače i razmekšivače kože (petrolatum) **3 min nakon kupanja u toploj vodi**

Atopijski dermatitis: tretman

Specifično

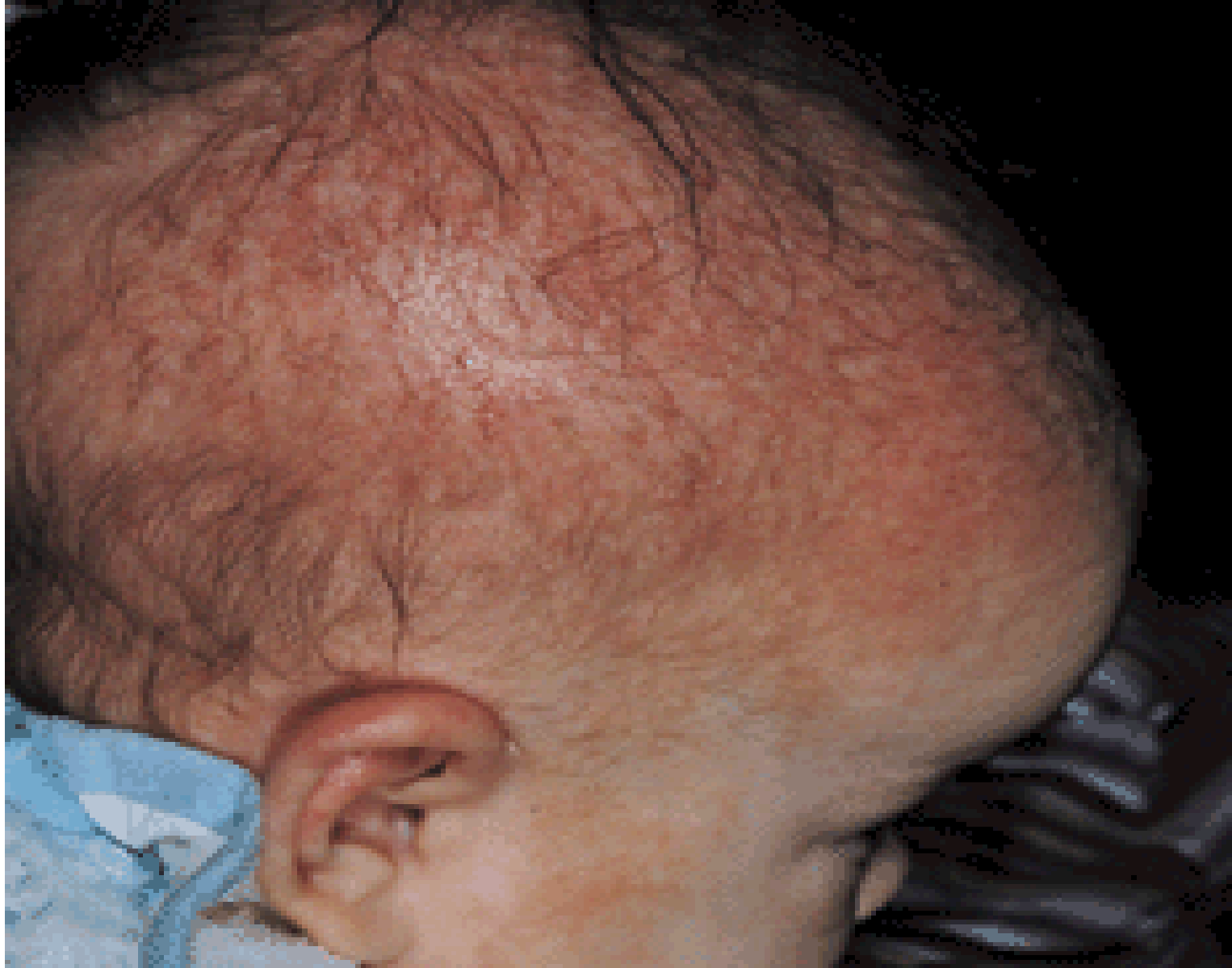
- ▶ Lokalni kortikosteroidi: niskog do srednjeg dejstva 2–3 x 7–14 dana
- ▶ kapsaicin

Sistematski

- ▶ Antihistaminici (hydroxyzine 50–100 mg/dan – djeca, 200 mg – odrasli, loratadin LOSTOP, difenhidramin ...)
- ▶ Kortikosteroidi po kao posljednji izbor
- ▶ Antibiotici za sekundarnu infekciju
- ▶ Triciklični antidepresivi
- ▶ Fototerapija

Seboroični dermatitis

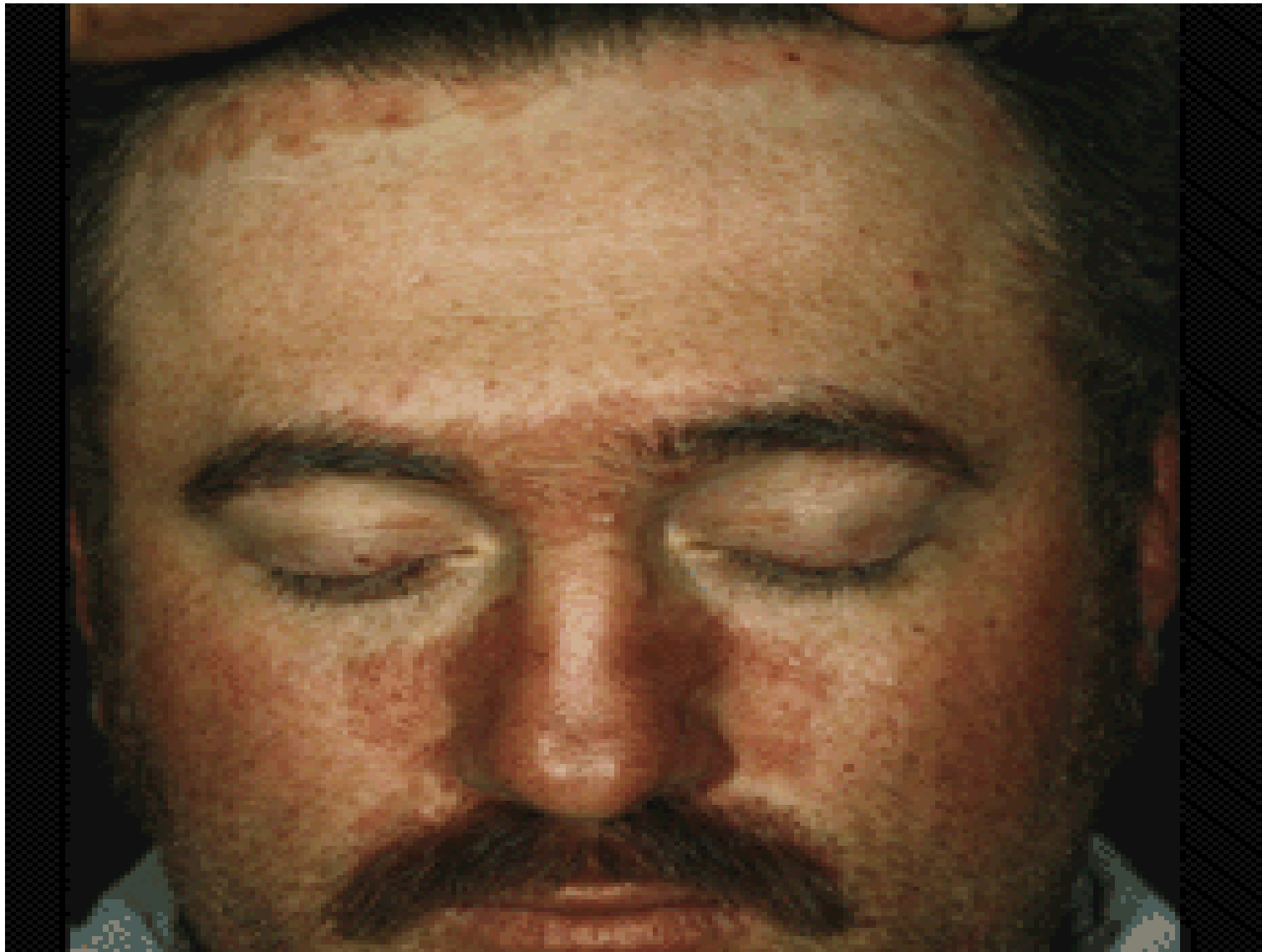
- ▶ Osnovne lezije su papule i plakovi
- ▶ Prisutan je u regijama bogatim lojnim (sebacealnim) žlijezdama
- ▶ Poglavini, obrvama, trepavicama, iza ušiju, čelu, trupu, pregibima
- ▶ Gljivica – pitysporum ovale – udružena
- ▶ Povećana incidenca u Parkinsonovoj bolesti i Daunovom sindromu



Seborrheic dermatitis of scalp in infant



Seborrheic blepharitis

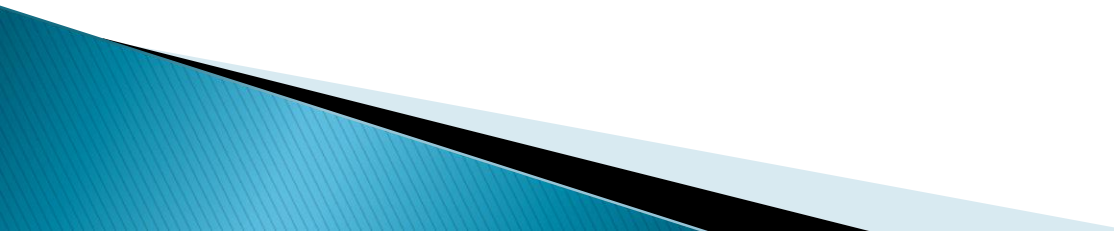


Seborrheic dermatitis: typical distribution

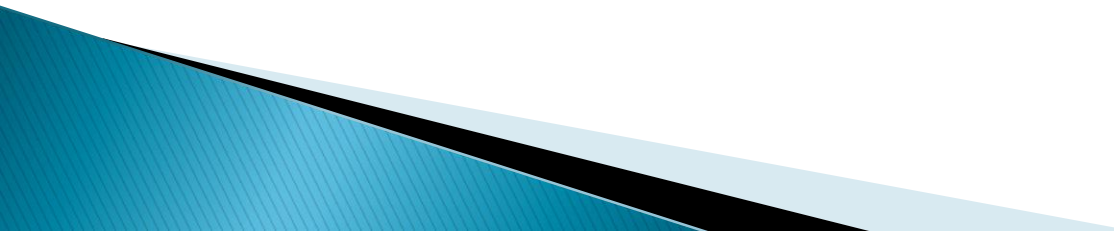


Seborrheic dermatitis in pre-sternal distribution

Seboroični dermatitis: tretman

- ▶ Skidati perut uljem i češanjem
 - ▶ 2% ketokoazol šampon
 - ▶ Niskodjelujući kortikosteroidni losion za poglavinu
 - ▶ Koristiti nefluorisanu hidrokortizonsku kremu (gel) za lice
- 

Psorijaza

- ▶ Psoriasis guttata
 - ▶ Psoriasis en plaques
 - ▶ Erythrodermija psoriatica
 - ▶ Psoriasis pustulosa
 - ▶ Arthritis psoriatica
- 

Psorijaza

- ▶ 1–3% populacija je zahvaćeno
- ▶ Neizlječivo stanje sa kroničnim rekurencijama
- ▶ Incidenca muškarci = žene
- ▶ Često počinje u djetinjstvu sa streptokoknom infekcijom
- ▶ 5–8% će imati udružen artritis
- ▶ Artritis može prethoditi kožnim promjenama (1–7)

Psoriasis en plaques

- ▶ Uobičajna, kronična, teška
- ▶ Ekstenzorne strane, laktovi, koljena, poglavina, nokti, povrijeđene i pritisnute regije
- ▶ Često bilaterarno simetrična
- ▶ Pogoršava se zimi (suha koža, nedostatak sunca)
- ▶ Koebner fenomen



Chronic plaque psoriasis



© 1996, Dermatology, University of Iowa



Chronic plaque psoriasis

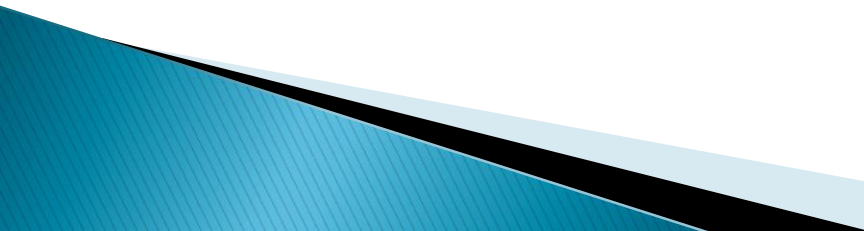


Psoriasis plaque: removal of scale

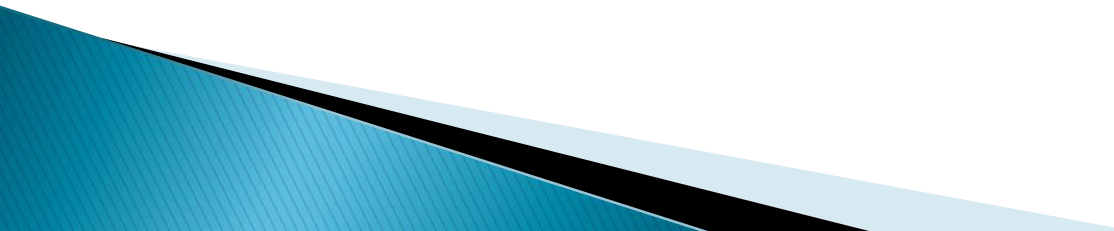


Typical fingernail changes of psoriasis

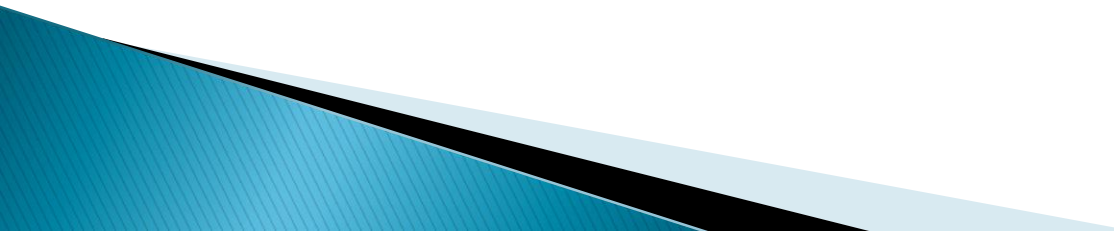
Tretman: lokalni

- ▶ Lubrikanti za smanjivanje nastanka fisura
 - ▶ Salicilna kiselina 1–2% za uklanjanje peruti
 - ▶ Kortikosteroidne masti za smanjivanje perutanja i inflamacije
 - ▶ Derivati katrana povećavaju obrt stanica, UV svjetlost + katran
 - ▶ Sunčeva svjetlost obično pomaže
- 

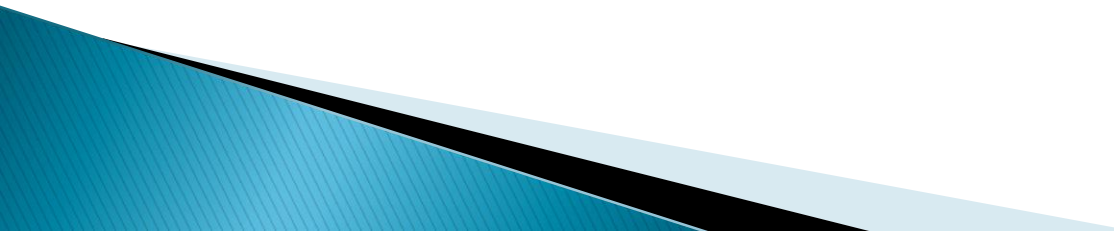
Tretman

- ▶ Katranski šamponi praćeni aplikacijom kortikosteroidnog losiona 0.1% dva puta dnevno
 - ▶ Otkloniti debele plakove: 10% salicilna kiselina u mineralnom ulju
 - ▶ Održavati kortikosteroidnim losionom
- 

Sistemski tretman

- ▶ Metotreksat: toksičan za koštanu srž, ciroza jetre
 - ▶ Kortikosteroidi
 - ▶ Ciklosporin: renalna toksičnost, imunosupresija, hipertenzija
 - ▶ Psoralen + UV svijetlost
- 

Zaključak

- ▶ Uloga liječnika obiteljske medicine kao svrha prvog kontakta
 - ▶ Kliničke / dijagnostičke vještine
 - ▶ Započeti sa osnovnim opisivanjem lezija
 - ▶ Upoznati se sa nekoliko osnovnih tretmana
 - ▶ Koordinacija i kontinuitet njege sa dermatologom
- 

INFEKCIJE MOKRAĆNOG SUSTAVA I PROSTATITIS




Infekcije mokraćnog sustava:

- ▶ među najčešćim bakterijskim infekcijama i najčeći medicinski problem žena u reproduktivnoj dobi (30 puta češće nego u muškaraca iste dobne skupine)
- ▶ 95% slučajeva izazvani jednom bakterijom (uropatogena E.colli)
- ▶ **Čimbenici rizika:**
 - genetski uvjetovani
 - biološke–anatomske
 - ponašajne (učestalost spolnih odnosa, kateteri, upotreba antibiotika, spermicidnih sredstava...)
- ▶ Najčešći simptomi: dizurija, učestalost i hitnost za mokrenjem

Infekcije mokraćnog sustava

Rizični čimbenici su:

- seksualna aktivnost
 - primjena lokalnih/hormonskih kontracepcijskih sredstava
 - odgađanje mokrenja nakon seksualnog odnosa
 - nedavna upotreba antibiotika
 - hormonalne promjene na sluznici (starije osobe)
 - fekalna inkontinencija
 - **diabetes** (oba spola)
- 

Smjernice za dijagnostiku IMS

Za analizu se uzima prvi jutarnji urin ili uzorak urina nakon 4 h nemokrenja

Urin se analizira pomoću test trake – najjednostavnija metoda određivanje leukociturije je detekcija **leukocitne esteraze**, što je obično znak IMS

- **Sediment urina** – bakteriurija, leukociturija
 - **Mikrobiološka analiza** – **UK** (identifikacija bakterija i njihova osjetljivost na antibiotike)
- *dg IMS se ne postavlja samo na temelju pozitivnog nalaza UK**

Smjernice za dijagnostiku IMS

–u bolesnika sa trajnim kateterom ne preporučuje se UK kao rutinski test jer su vrlo često prisutne bakterijurija i leukociturija bez kliničke slike IMS

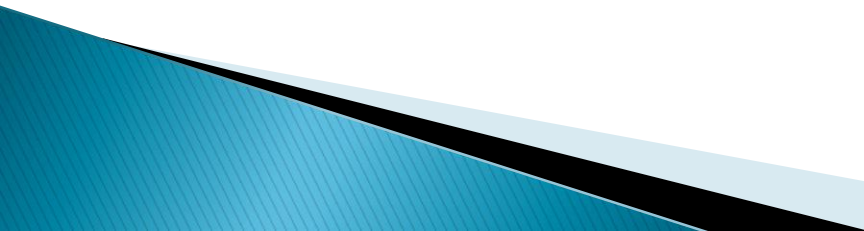
* Leukociturija može biti prisutna i kod vulvovaginitisa, erozije vaginalne i cervikalne sluznice, **dehidracije, kamenaca**

Smjernice za liječenje IMS

- ▶ Cilj liječenja je nestanak kliničkih simptoma i eradikacija infekcije radi prevencije nastanka recidiva.
- ▶ Higijensko– dijetalne mjere (dobra hidracija (preporuka za izlučivanjem 2 L mokraće), češće mokrenje bez zadržavanja mokraće, mokrenje nakon spolnog odnosa, pravilno pranje spolovila, izbjegavanje uske odjeće)
- ▶ Primjena medikamentne terapije (antibiotici) (blaža klinička slika, liječenje 10–14 dana)
- ▶ Parantralna terapija (teža klinička slika) – nakon 48–72 h nastaviti peroralnu th

Kateterizacija infekcija mokraćnog sustava

Kateterizacija IMS prema IDSA i ESCMID:

1. Akutni nekomplikirani cistitis kod žena
 2. Akutni nekomplikirani pijelonefritis žena
 3. Komplikirane IMS i IMS muškaraca
 4. Asimptomatska bakterijurija
 5. Rekurentne IMS (reinfekcije i relapsi)
- 

Dijagnoza IMS zasnovana na kliničkim simptomima i LAB nalazima – u uzorku urina dokazati značajnu bakterijuriju (tablica 1)

Tablica 1. Kriteriji značajne bakterijurije

Broj bakterija po ml čistog srednjeg mlaza urina	Kategorija IMS
$\geq 10^3$	Akutni nekomplicirani cistitis žene
$\geq 10^4$	Akutni nekomplicirani pijelonefritis žene
$\geq 10^5$ u žena $\geq 10^4$ u muškaraca	Komplicirane IMS
$\geq 10^5$ identičnih bakterija u 2 uzastopna uzorka urina u ≥ 24 sata u žena $\geq 10^5$ u muškaraca	Asimptomatska bakteriurija

Liječenje IMS

Akutni nekomplicirani cistitis:

▶ Najčešći uzročni E.colli (80%)

simptomi traju do sedam dana, a najčešći su:

- disurija– bolno mokrenje, peckanje
- polakisurija– učestalo mokrenje
- urgencija– neodgodiva potreba za mokrenjem
- suprapubična bol
- tjelesna temperatura normalna ili $<37,5^{\circ}\text{C}$
- test leukocitne esteraze i dipstick nitrita pozitivan ;
UK nije potrebna (kod trudnica se radi)

***UK se radi ako ne dođe do poboljšanja, ili se IMS vrati unutar dva tjedna**

Akutni nekomplikirani cistitis

- ▶ Liječenje akutnog nekomplikiranog cistitisa:

- Nitrofurantoin 2x100 mg/7dana (kod trudnica ne u III tromjesečju, moguća hemolitička anemija novorođenčeta)

- Cefaleksin 2x1 gr 3–7 dana

Alternativa:

- Norfloksacin 2x400 mg 3 dana ili ko–amoksiklavin 2x1 gr 3–7 dana ili cefiksim 1x400 mg 7 dana

- ▶ jednokratno u MAX pojedinačnim dozama može se dati:

- Ciprofloksacin 500mg

- Norfloksacin (800 mg)

- Trimetoprim/sulfametoksazol 1,92 gr

Akutni nekomplikirani pijelonefritis

- ▶ Lošije opće stanje, iscrpljenost, pozitivna lumbalna sukusija
- ▶ Vrućica $> 38^{\circ}\text{C}$, zimica i tresavica
- ▶ test leukocitne esteraze je pozitivan, a broj bakterija u urinu je $\geq 10(4)$ po mililitru

- ▶ Liječenje: Amoksicilin– klavulonska kiselina 2x1 gr 10–14 dana
- ▶ Alternativa: ciprofloksacin 2x500mg(7–10 dana) ili cefiksim 1x400 mg(10–14 dana)

Akutni nekomplikirani pijelonefritis

- ▶ Indikacija za hospitalizaciju su teška klinička slika: malaksalost, temperatura $>38^{\circ}\text{C}$, retencija urina, nemogućnost oralnog uzimanja antibiotika, te indikacije za parenteralnu rehidraciju

Tablica 2. Akutni nekomplikirani cistitis

TABLICA 28-5. Akutni nekomplikirani pijelonefritis

Kliničke karakteristike	vrućica ($> 38^{\circ}\text{C}$), zimica, mukla bol, druge dijagnoze isključene, bez klinički dokazane abnormalnosti urotrakta (ultrasonografija, radiografija)
Laboratorijske pretrage	≥ 10 leukocita/mm ³ + $\geq 10^4$ bakterija/mL u uzorku srednjeg mlaza urina
Empirijsko antimikrobno liječenje	AMBULANTNO LIJEČENJE Prvi izbor: ko-amoksiklav* 2 – 3 \times 1 g po. / 10 – 14 dana Alternativa: ciprofloksacin 2 \times 500 mg po. / 7 – 10 dana ili cefpodoksim* 2 \times 200mg po. / 10 – 14 dana ili cefiksim* 1 \times 400 mg po. / 10 – 14 dana * kod terapije oralnim beta-laktamima, terapiju najbolje započeti barem jedan dan parenteralnom terapijom (npr. 1 \times 1-2 g iv. ceftriaksona ili 1 \times 5 – 6 mg/kg iv. ili im. gentamicina)

Prilagođeno prema: Škerk V, Tambić Andrašević A, Sušić E. Dopune i promjene ISKRA hrvatskih nacionalnih smjernica za liječenje i profilaksu infekcija mokraćnog sustava odraslih. Infektološki glasnik. 2014;34:177-81.
European Association of Urology Guidelines on Urological Infections, 2022;

Komplicirane IMS

- ▶ Razvoj infekcije uz prisutnost predisponirajućih čimbenika kao što su : muški spol, trudnoća, prisutnost katetera, intervencija na urinarnom traktu posljednih 15 dana, DM, bubrežna insuficijencija, transplantacija, antibiotici unatrag 2–3 mjeseca, imunosupresija ili imunokompromitirajuća bolest..
- ▶ Čine heterogenu skupinu dijagnoza: zajedničko im je da imaju predisponirajući čimbenik, a po kliničkoj slici mogu biti:cistitisi, pijelonefritisi,urosepsa
- ▶ često povezane sa hospitalnom skrbi

Liječenje kompliciranih IMS

Pristup liječenja ovisi o tipu kompliciranog IMS-a

- ▶ Lijek izbora kod **žena** je ko-amoksiklav 2-3 x 1 gr 10-14 dana, alternativa ciprofloksacin 2x500 mg 7-10 dana
- ▶ Lijek izbora za **trudnice**: nitrofurantoin 2x100mg /7 dana (samo prvih 6 mjeseci trudnoće); Fosfomicin 1x3 gr jednokratno, ko-amoksiklav 2x1 gr 7 dana.
- ▶ Pijelonefritisi kod trudnica- hospitalno liječenje

Liječenje kompliciranih IMS

- ▶ IMS muškaraca – ako su tegobe bakterijskog prostatitisa (dizurija, perinealna bol i seksualna disfunkcija) lijek prvog izbora je ciprofloksacin 2x500 mg ili trimetoprim/sulfametaksazol 2x 960 mg kroz 4 tjedna
 - *alternativa– ko–amoksiklav 4 tjedna

Asimptomatska bakterijurija

Asimptomatska bakteriurija podrazumijeva nalaz 10(5) bakterija/ml urina u dva uzastopna uzorka urina u žena i jednom uzorku u muškaraca uz odsutnost kliničkih simptoma.

Česta kod zdravih pojedinaca.

Traži se samo kod trudnica i bolesnika prije uroloških zahvata (pripadaju grupi visokorizičnih pacijenata za razvoj kompliciranih IMS sa težom kliničkom slikom)

- Liječi se beta laktamima ili nitrofurantoinom (NE U trećem TRIMESTRU)

Tablica 3. Interpretacija asimptomatske bakteriurije

Kliničko stanje	Liječenje DA / NE*
trudnice	DA
pacijenti prije uroloških zahvata	DA
pacijenti prije ortopedskih zahvata	NE
pacijenti s kontroliranom šećernom bolesti	NE
žene u postmenopauzi	NE
pacijenti s transplantiranim bubregom	NE
starije osobe u domovima	NE
pacijenti s uraniranim kateterom	NE

* U ovim slučajevima asimptomatsku bakteriuriju ne treba ni tražiti

Prilagođeno prema: EAU Guidelines, 2022

Ponavljajuće (rekurentne) IMS

- ▶ javljaju se uzastopno(tri ili više puta u jednoj godini)
- ▶ najčešće u žena u vidu cistitisa

- ▶ **reinfekcije i relapsi**

- ▶ 95% epizoda rekurentnog nekompliciranog cistitisa su **reinfekcije** (rezervoar je fekalna flora)

- ▶ **relapsi** su češći u kompliciranim IMS (isti uzročnik kao i IMS prije th), a javljaju se dva tjedna iza provedene antibiotske terapije
(bakterije perzistiraju u bubregu, prostati, kamencima)

Rekurentne IMS

Liječenje relapsirajućih IMS:

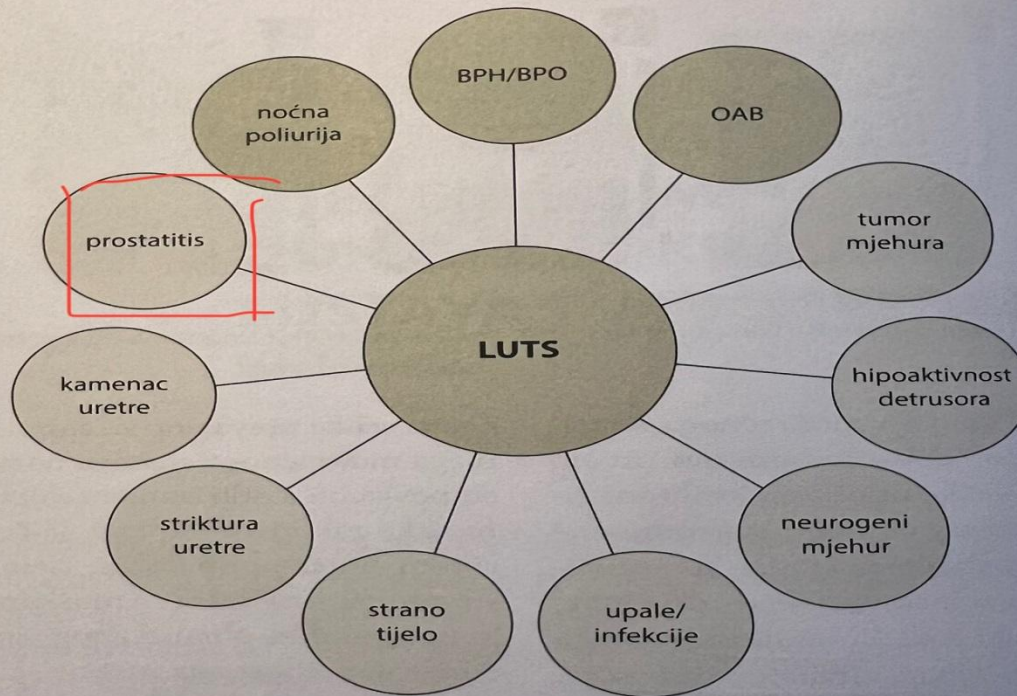
2–4–6 tjedana, do 6 mjeseci (osobe sa rizikom od progresivnog oštećenja bubrega u novoj ataci)

- **Antibiotici:** Amoksisicilin, cefaleksin, trimetoprim, norfloksacin, ciprofloksacin u uobičajnim dozama
- Nitrofurantoin prvih tjedan dana u punoj dozi a kasnije u pola uobičajne pune doze
- **UK** se radi jednom mjesečno (lijek se mijenja ako se dokaže signifikantna bakteriurija)

Simptomi donjeg mokraćnog sustava (LUTS)

Slika 1. Etiologija simptoma LUTSA

342 Smjernice za dijagnostiku i liječenje simptoma donjeg mokraćnog sustava u muškaraca



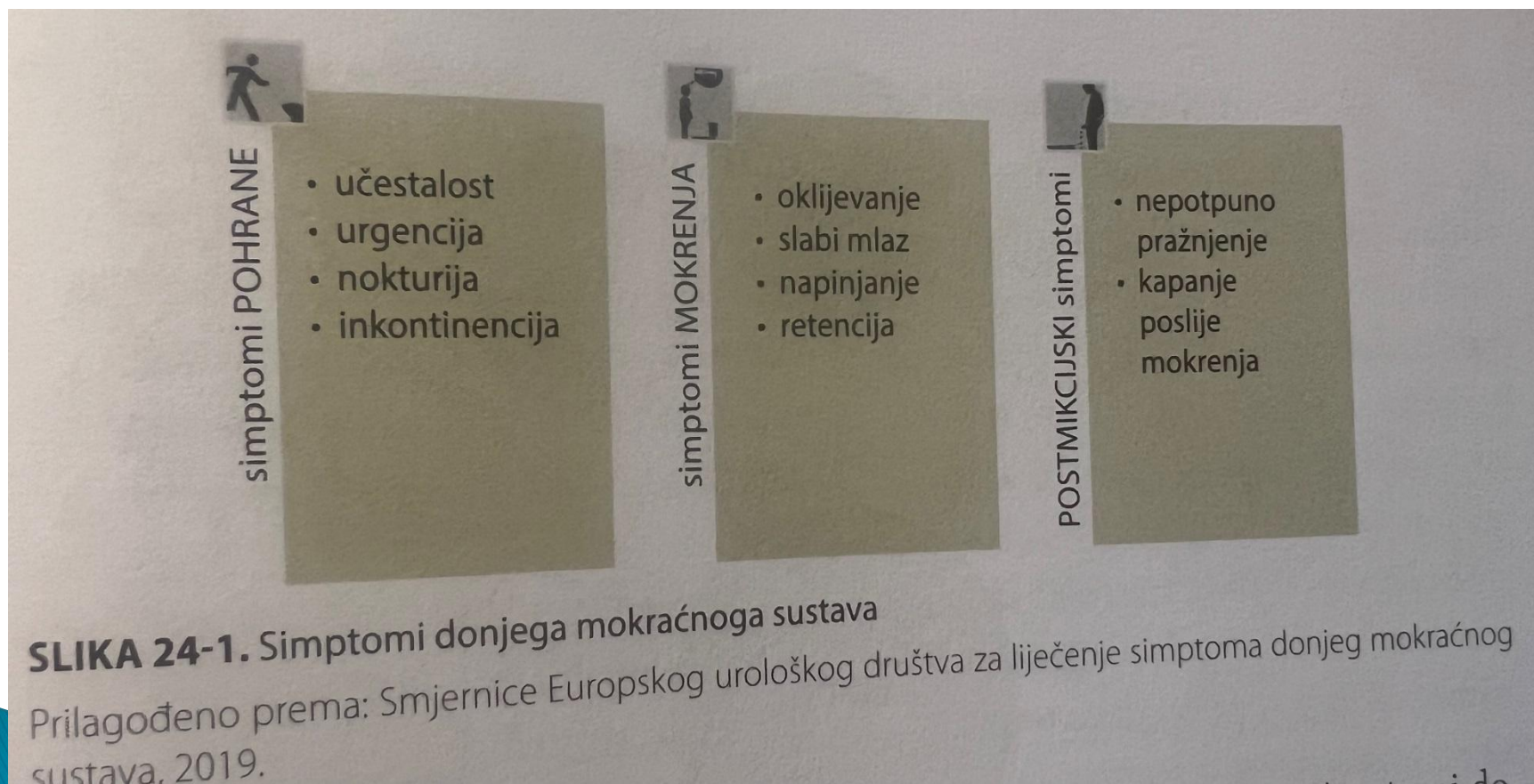
SLIKA 24-2. Etiologija simptoma donjega mokraćnoga sustava*

* Pokrate: LUTS – simptomi donjeg mokraćnog sustava, BPH/BPO – benigna hiperplazija/opstrukcija prostate, OAB – prekomjerno aktivan mokraćni mjehur.

Prilagođeno prema: Smjernice Europskog urološkog društva za liječenje simptoma donjeg mokraćnog sustava, 2019.

Simptomi donjeg mokraćnog sustava

Slika 2. Simptomi donjeg mokraćnog sustava



SLIKA 24-1. Simptomi donjega mokraćnoga sustava

Prilagođeno prema: Smjernice Europskog urološkog društva za liječenje simptoma donjeg mokraćnog sustava, 2019.

PROSTATITIS

- ▶ Skupina bolesi sa nadražajnim ili opstruktivnim smetnjama mokrenja uz bolove
- ▶ Mogu biti **bakterijski uzročnici** (E.colli, Proteus m., Klepsiela spp, Pseudomonas, (Chlamydia, Neisseria gonoreae u promiskuitetnih muškaraca)) i
- ▶ **neinfektivni čimbenici** upale i spazma mišića urogenitalne dijafragme

I	Akutni bakterijski prostatitis	Akutni simptomi uroinfekcije
II	Kronični bakterijski prostatitis	Recidivi uroinfekata s istim uzročnikom
III	Kronični abakterijski prostatitis (LUTS)	Vodeće tegobe su bol, smetnje mokrenja i seksualna disfunkcija
IIIa	Upalni	
IIIb	Neupalni (ranije prostatodynia)	
IV	Asimptomatski upalni prostatitis	Slučajan nalaz pri pregledu

Prostatitis: simptomi i znakovi

- ▶ **Akutni bakterijski prostatitis** često uzrokuje sistavne simptome poput vrućice, zimice, klonulosti i mialgije. Prostata je vrlo osjetljiva, difuzno ili žarišno natečena, gnjecava, indurirana.
- ▶ **Kronični bakterijski prostatitis** pokazuje povratne epizode infekcije, između kojih dolazi do potpune ili djelomične regresije. Simptomi su blaži nego u akutnom obliku.

Prostatitisi dijagnoza:

- ▶ Klinička slika
- ▶ Akutni bakterijski prostatitis – pozitivan nalaz srednjeg mlaza urina (masaža prostate se ne radi)

(afebrilni bolesnici: dg se postavlja dokazom leukocita u testu dvije čaše (urin prije i nakon masaže prostate)

- ▶ Transrektalni UZV ili cistoskopija

Prostatitis liječenje

- ▶ **Antibiotici** koji djeluju na gram negativne bakterije (fluorokinoloni, trimetoprim/sulfametaksazol ili ampicilin+gentamicin **4–6 tjedana**)
- ▶ Alfa blokatori mogu biti korisni u liječenju akutnog prostatita.
- ▶ Analgetici

- ▶ Kronični prostatitis se liječi najmanje 6 tjedana. (Trimetoprim/Sulfametaksazol; Fluorokinoloni; Doxyciklin 100 mg)
- ▶ Kod prostatitisa uzrovanim spolno prenosivim bolestima primjenjuje se th za Neisseriu i Chlamidiu.

Prostatitis uzrokovan Chlamydiom trahomatis

Liječenje Chlamidiae trahomatis:

I.Linija Doksiciklin tbl 100 mg 2x1 7 dana

Alternativa: Azitromicin 1 gr jednokratno
(manje učinkovito za rektalne infekcije)

–liječenje oba partnera

Prostatitis uzrokovan Neisseriom gonorrhoeaen(gonoreja)

Liječenje:


- ▶ I. lijek izbora Ceftriakson 500 mg i.m
jenokratno (1 gr ako je >150kg)
- ▶ Alternativa: Gentamicin 240 mg i.m plus
Azitromicin 2g per os
- ▶ Obavezno liječenje svih partnera unazad 60
dana

HVALA NA PAŽNJI 😊

Pruritus



Pruritus

- ▶ Kronični pruritus je čest simptom u općoj populaciji i u mnogim kožnim i sistemskim bolestima
 - ▶ Pruritus je simptom a ne bolest
 - ▶ Akutni pruritus traje manje od 6, a kronični dulje od 6 tjedana
 - ▶ Pruritus je osjećaj koji budi želju za češanjem
- 

▶ *IFSI klasifikacija (prema stanju kože):*

1. Pruritus na primarno oboljeloj, upaljenoj koži
2. Pruritus na normalnoj koži
3. Pruritus uz kronične sekundarne lezije nastale češanjem

▶ *IFSI klasifikacija (etiološki):*

1. Dermatološki
2. Sistemski
3. Neurološki
4. Somatoformni
5. Miješanog uzroka
6. Drugi

❖ **Klasifikacija**

Pruritus

- ▶ Pruritus može biti vezan za primarne kožne lezije ili vezan uz sistemska oboljenja bez prisutstva kožnih lezija
- ▶ Kožne lezije mogu nastati naknadno kao posljedica češanja
- ▶ Učestalost raste s godinama
- ▶ 60 % starijih od 60 godina ima umjereni ili teški pruritus povremeno svaki tjedan

Sistemske bolesti koje uzrokuju pruritus

▶ *Metaboličke i endokrine:*

- Kronična renalna insuficijencija
- Bolesti jetre sa ili bez kolestaze
- Hiperparatireoidizam
- Hiper i hipotireoza
- Anemija

▶ *Infektivne bolesti:*

- HIV i AIDS
- Parazitoze

Sistemske bolesti koje uzrokuju pruritus

▶ *Hematološke bolesti:*

- Policitemija vera, mijelodisplastični sindrom
- Limfomi (Hodgkin)

▶ *Neurološke bolesti:*

- MS
- Tumori mozga
- Notalgia paresthetica
- Brahioradijalni pruritus
- Postherpetična neuralgija

Sistemske bolesti koje uzrokuju pruritus

▶ *Psihijatrijske ili psihosomatske bolesti:*

- Depresija
- Poremećaji raspoloženja
- Halucinacije
- OKP
- Sizofrenija
- Poremećaji prehrane

▶ *Korištenje različitih lijekova– barbiturati, salicilati,ACI, alopurinol, amiodaron,estrogen, acetaminofen,ibuprofen, naproksen,opioidi,simvastatin*

Pruritus u specifičnim skupinama

▶ *U starijih:*

- Žene > muškarci
- Najčešći iznad 85 godina
- Uzrok smanjena funkcija kože, suhoća, komorbiditeti i polifarmacija

▶ *U trudnica*

▶ *U djece:*

- Alergijske bolesti, akne
- Rijetko lijekovi zbog manjeg korištenja
- Rijetko sistemske bolesti (izuzev nasljednih)

Pruritus

▶ Kožne bolesi:

scabies, pediculosis,

ubod insekta,

urtikarija,

atopijski dermatitis, kontaktni dermatitis

lichem planus,

suha koža (stariji, generalizirani)

Menadžment

- ▶ Anamneza (početak, vrijeme trajanja, intenzitet, lokalizacija, kvalitet, trigeri, mogući uzrok)
- ▶ Neposredna zbivanja prije pojave pruritusa (*npr. pruritusa*)
- ▶ Pitati za prethodne bolesti, alergije i upotrebu lijekova
- ▶ Pitati ima li još slučajeva u obitelji (*šuga ?*)
- ▶ Povezanost svrbeža i specifičnih aktivnosti :
 - povećana tjelesna aktivnost – kolinergični pruritus
 - Nakon tuširanja – akvageni pruritus (*moguć MDS*)

Menadžment

- ▶ Noćni generalizirani pruritus udružen sa znojenjem, umorom, slabošću, gubitkom težine, temperaturom – *limfomi?*
- ▶ Somatoformni pruritus rijetko ometa san
- ▶ Sezonski pruritus često vezan za zimu, osobito kod starijih
- ▶ U povijesti pitati za korištenje lijekova i transfuzija

Pregled pacijenta s pruritusom

- ▶ Inspekcija kože cijelog tijela uključujući kosu, nokte, mukozne membrane, vlasište i anogenitalnu regiju
- ▶ Palpacija jetre, bubrega, slezene i limfnih čvorova
- ▶ Ne postoji standardizirani upitnik za klasifikaciju pruritusa
- ▶ Jačina pruritusa se mjeri putem vizualne analogne skale (VAS 0–10, grafički prikaz) ili numeričke skale

Pregled pacijenta s pruritusom

▶ *Laboratorijske pretrage:*

- KKS, DKS, SE
- Urea i kreatinin
- ALP, jetreni enzimi
- Bilirubin
- GUK
- Fe/S, feritin
- Kolesterol, trigliceridi
- TSH
- urin
- >40 godina: stolica na okultno krvarenje

Pregled pacijenta s pruritusom

▶ *Moguće pretrage:*

- Imunoelektroforeza
- Parathormon
- Serologija hepatitisa

Liječenje

- ▶ Individualno
- ▶ Liječenje osnovne bolesti
- ▶ Simptomatska terapija

Liječenje

- Naći uzrok i liječiti ga
- Promijeniti lijekove
- Izbjegavati odjeću koja iritira (vuna) i usku odjeću
- Kratko se kupati u mlakoj vodi
- Emolijensi ili drugi proizvodi bazirani na ulju (na vlažnu kožu)
- Izbjegavati anestetike bazirane na kainu

Liječenje

-Kreme i losioni sa 0,125% do 0.25% mentolom

-

-Korištenje UV zraka

-Uzimanje kolestiramina (kod uremije i kolestaze)

-Lokalni kortikosteroid – slab učinak kod generaliziranog pruritusa

-Ako lijek nije uzrok dati

Liječenje

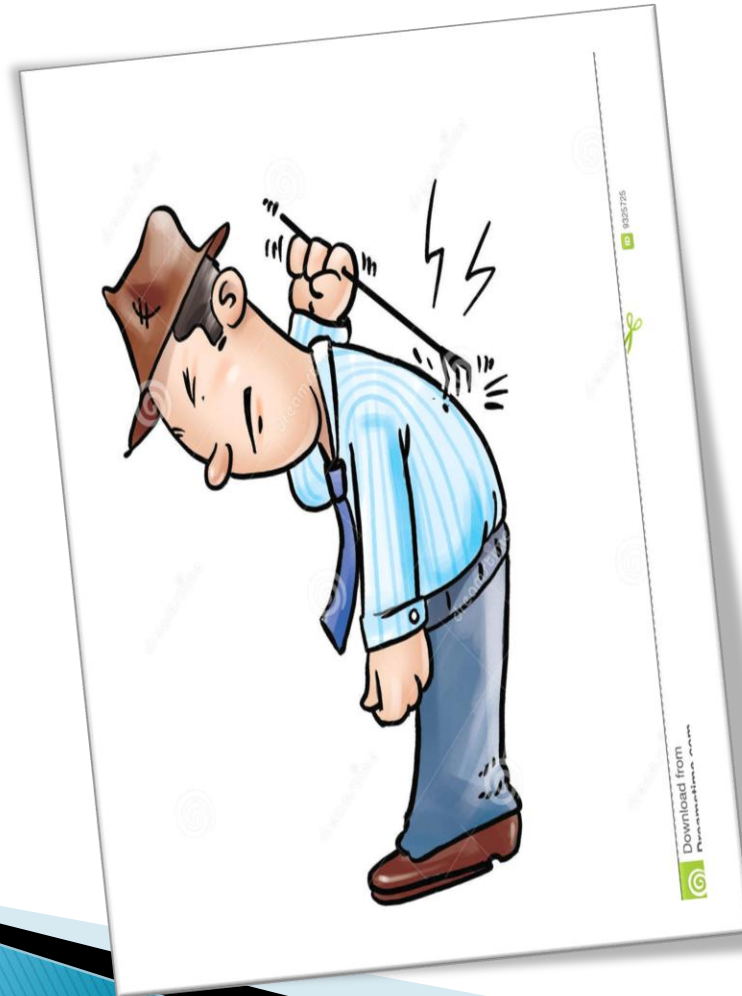
- Teži slučajevi – male postupno povećavajuće doze trimeprazina ili antidepresiva doksepina

-

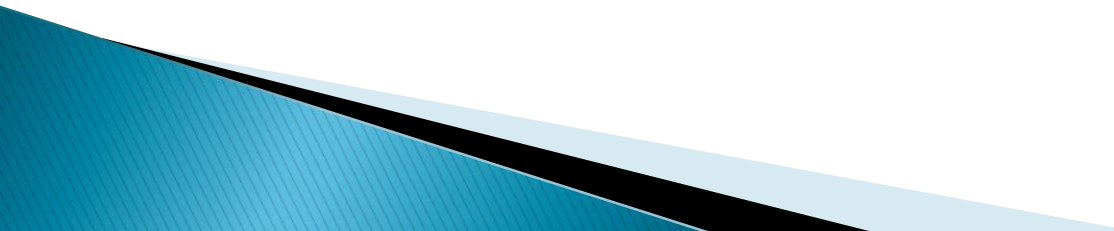
- Antihistaminici (zbog sedativnog djelovanja)

- Za starije osobe antihistaminici nove generacije (ali slabiji učinak)

Hvala na pažnji !



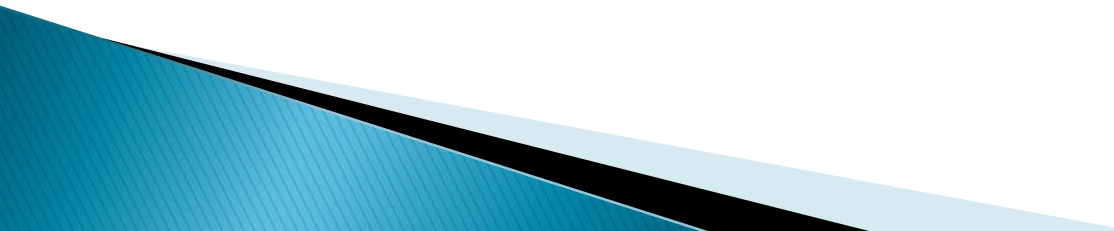
Pigmentirane kožne lezije

- ▶ Čest slučaj zbog kojeg se pacijenti javljaju liječniku obiteljske medicine
 - ▶ Često prisutne na rutinskom pregledu svih starosnih skupina
 - ▶ Povećana incidenca maligniteta
 - ▶ Važne kliničke i proceduralne vještine
 - ▶ Prilika za edukaciju pacijenata i prevenciju
- 

Pitanja

- ▶ Je li lezija benigna ili maligna?
- ▶ Treba li raditi biopsiju, otkloniti leziju, ili uputiti dalje konsultantu

Pigmentirane lezije

- ▶ Seboroične keratoze
 - ▶ Aktinska keratoza
 - ▶ Bazocelularni karcinom
 - ▶ Nevusi
 - ▶ Maligni melanomi
- 

Slučaj #1

- ▶ 60–o godišnja žena
- ▶ 5–6 sličnih lezija na leđima
- ▶ Sporo rastu posljednjih nekoliko godina
- ▶ Povremeno svrbe
- ▶ Zalijepivši se za košulju, ova lezija je počela krvariti

Diferencijalna dijagnoza

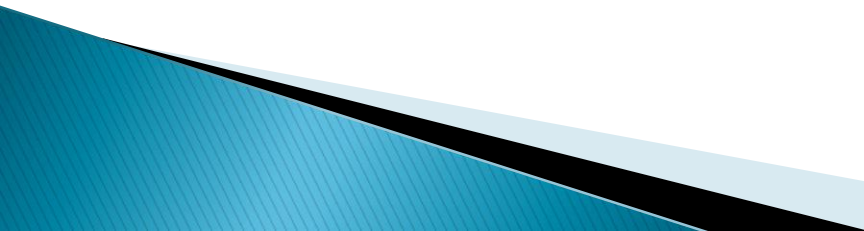
Najvjerojatnija dijagnoza

Koji bi tretman preporučili

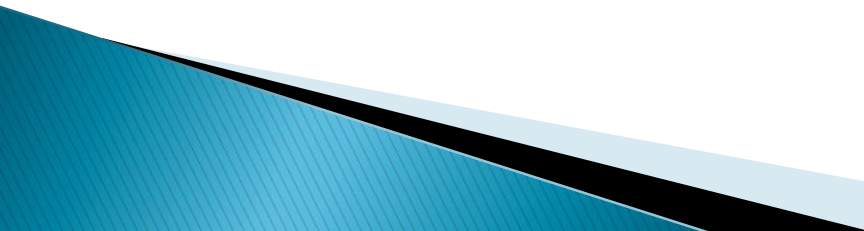


Case # 1

Seboroična keratoza

- ▶ Najčešće benigni kutani rast
 - ▶ Nema maligni potencijal
 - ▶ Većina osoba ima ih nekoliko, naročito na leđima
 - ▶ Zahvaćen je samo epidermis
 - ▶ Jasno ograničene
 - ▶ Žutomrka–smeđa–crna boja
- 

Seboroična keratoza

- ▶ Lako se uklanja kiretažom, biopsijom, brijanjem
 - ▶ Tip sa glatkom površinom
 - ▶ Tip sa grubom površinom
 - ▶ Mogu se zamijeniti sa malignim melanomom
 - ▶ Češći su u srednjoj životnoj dobi i kod starijih osoba
- 

Slučaj #2

- ▶ 45–o godišnja žena, živi na farmi
- ▶ Primijetila je promjenu veličine i boje lezije na ruci tijekom posljednjih godinu i po dana
- ▶ Povremeno svrbi
- ▶ Inače se dobro osjeća

Diferencijalna dijagnoza

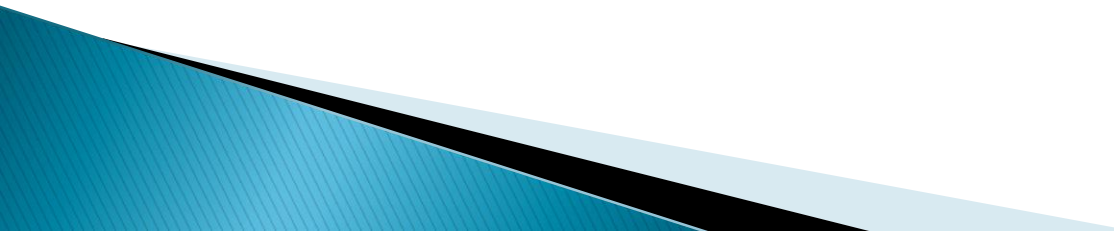
Najvjerojatnija dijagnoza

Koji biste tretman preporučili



Case # 2

Aktinska keratoza

- ▶ Česte, izazvane suncem
 - ▶ Premaligne (karcinom skvamoznih stanica)
 - ▶ Povećava se starenjem
 - ▶ Kada su male pod prstima su suhe i grube
 - ▶ Postupan razvoj žuto/crveno/smeđe kruste
 - ▶ Krvari pri ukljanjanju
 - ▶ Jedna ili obično multiple
- 

Maligni melanom

- ▶ Jedan od najopasnijih karcinoma
- ▶ Rizična skupina su bijelci u SAD– u (1:90)
- ▶ Povećano izlaganje suncu
- ▶ Promjene u gornjem sloju atmosfere
- ▶ Anamneza multiplih ili teških opekлина od sunca naročito u djetinjstvu

Maligni melanom

Faktori rizika:

- Promjene u postojećem nevasu
- Odraslo doba (starije od 15 godina)
- Bijela rasa
- Raniji melanom
- Obiteljska anamneza pozitivna na melanom
- Imuno-supresija
- Svijetao ten, pjege i crvena ili plava kosa
- Povijest prekomjernog izlaganja suncu ili upotreba solarijuma
- Nevus sa arhitekturnim poremećajem

Maligni melanom

◉ ABCDE znakovi

A -----> asimetrija povrede (Lesion asymmetry)

B -----> nepravilnost granice
(Border irregularity)

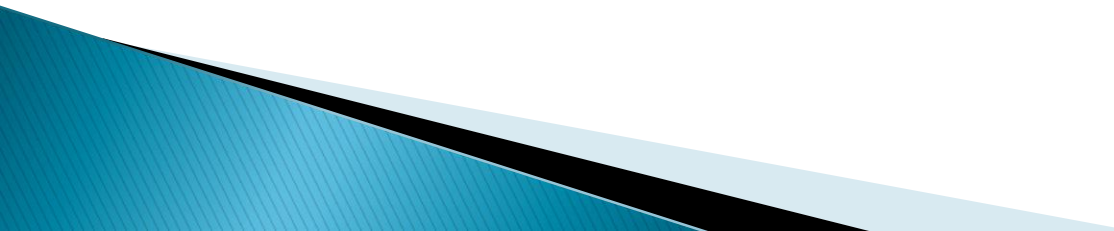
C -----> prošaranost bojom (Colour variation)

D -----> prečnik > 6 mm (Diameter)

E -----> uvećanje (Enlargement)

Malignni melanom

Klinički tipovi

- ▶ Melanom sa površinskim širenjem
 - ▶ Nodularni melanom
 - ▶ Lentigo maligni melanom
 - ▶ Akralni lentiginozni melanom
- 

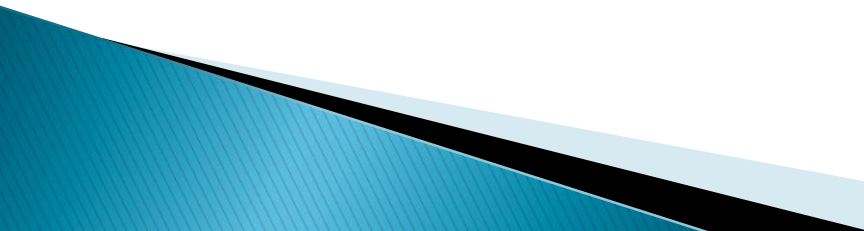
Slučaj #3

- ▶ 58–o godišnji muškarac
- ▶ Lezija na nosu prisutna više godina
- ▶ Sporija promjena izgleda, sa površinskom iritacijom, svrabom i povremenim krvarenjem koje se javlja pri češanju
- ▶ Diferencijalna dijagnoza
- ▶ Najvjerojatnija dijagnoza
- ▶ Koji biste tretman preporučili

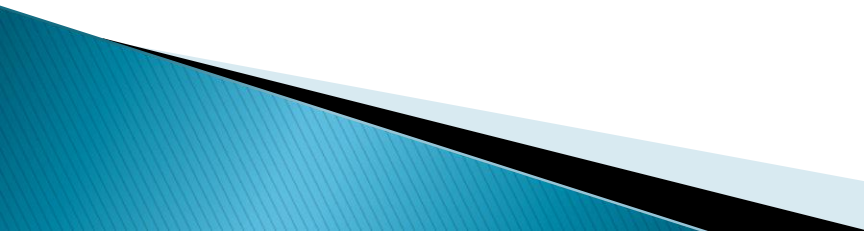


Case # 3

Bazocelularni karcinomi

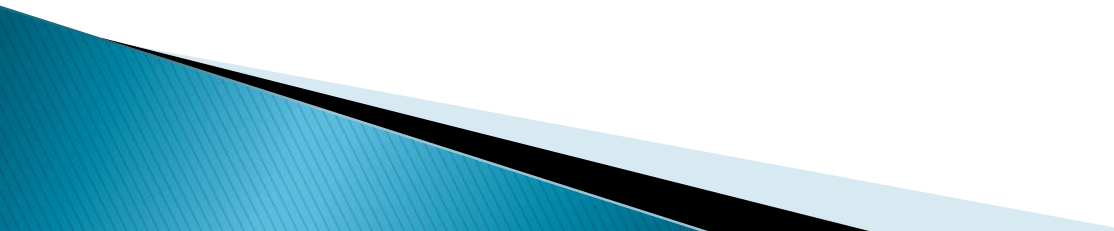
- ▶ Najčešća kožna neoplazma
 - ▶ Rastu iz bazalnog sloja epitela
 - ▶ Prekomjerno izlaganje UV zračenju
 - ▶ Rastu direktnom ekstenzijom
 - ▶ Karakteriziraju se biserno bijelim, uzdignutim rubovima i teleangiektazijom
 - ▶ Uklanjaju se ekcizijom ili kiretažom
- 

Bazocelularni karcinomi

- ▶ Nemaju sposobnost metastaziranja(veoma rijetko)
 - ▶ Nepredvidivo rastu, mogu erodirati dublje slojeve
 - ▶ Mogu se javiti na stranama stare povrede
- 

Bazocelularni karcinomi

Klinički tipovi

- ▶ Nodularni
 - ▶ Pigmentirani
 - ▶ Superficialni
- 

Slučaj #4

- ▶ 8–o godišnji dječak
- ▶ Majka je primijetila mrlju neobičnog izgleda na leđima prošlog mjeseca
- ▶ Nema druge slične lezije
- ▶ Inače zdrav

Diferencijalna dijagnoza

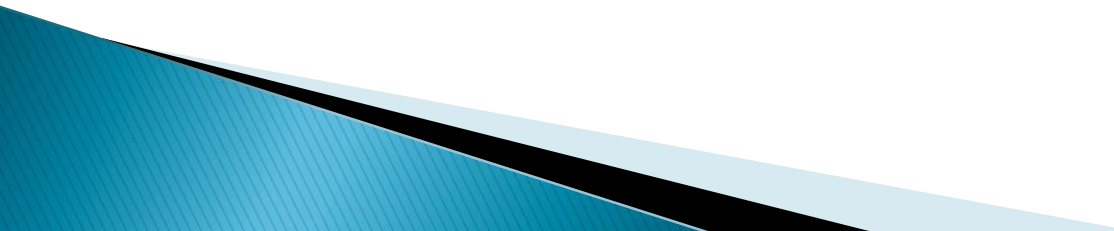
Najvjerojatnija dijagnoza

Koji biste tretman preporučili



Case # 4

Nevusi (madeži)

- ▶ Benigni rast
 - ▶ 1% novorođenih i povećavaju se kroz djetinjstvo
 - ▶ Povezani su sa izlaganjem suncu
 - ▶ Jednoobrazni u obliku i boji
 - ▶ Junkcioni, složeni i dermalni
- 



Seborrheic keratosis: Case # 1

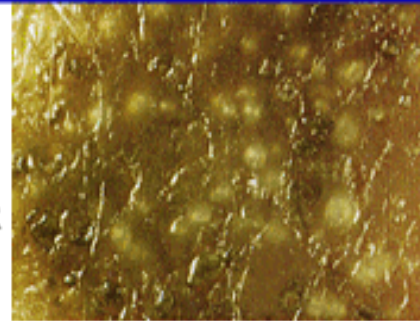



Seborrheic keratosis: magnified view

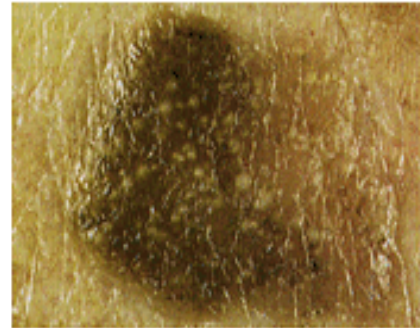
SEBORRHEIC KERATOSES


SMOOTH-SURFACE LESIONS

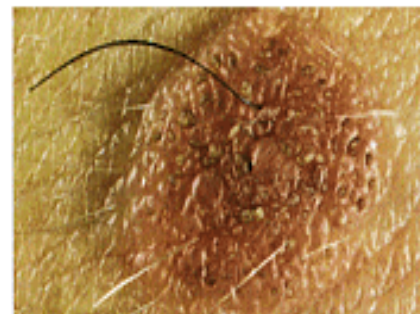
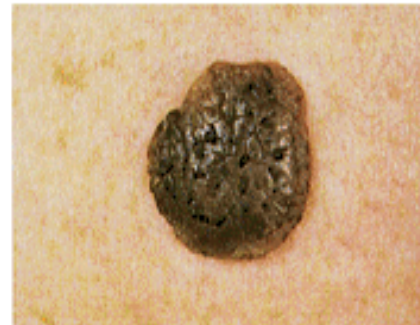

Contains horn cysts; usually brown or black; horn cysts are white or black



↓

Height increases; horn cysts become more numerous




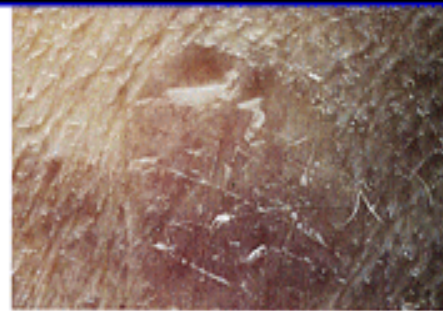
↓

Smooth, dome shaped papule; horn cysts project from surface




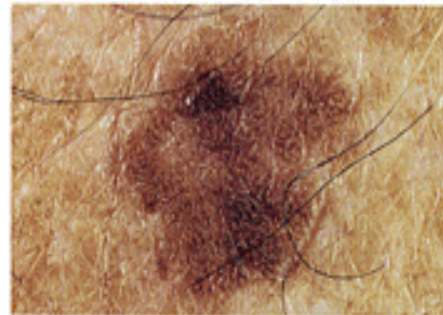
SEBORRHEIC KERATOSES

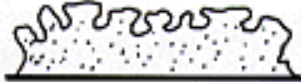
ROUGH-SURFACE LESIONS

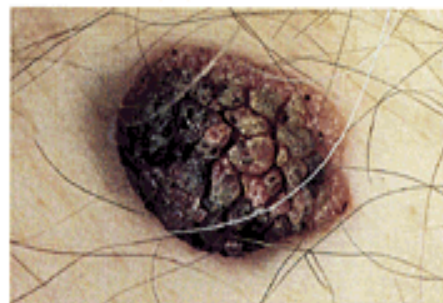
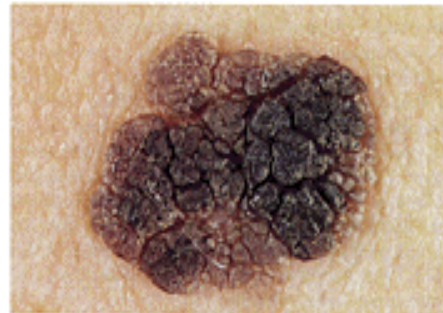

Flat; some scale; light color

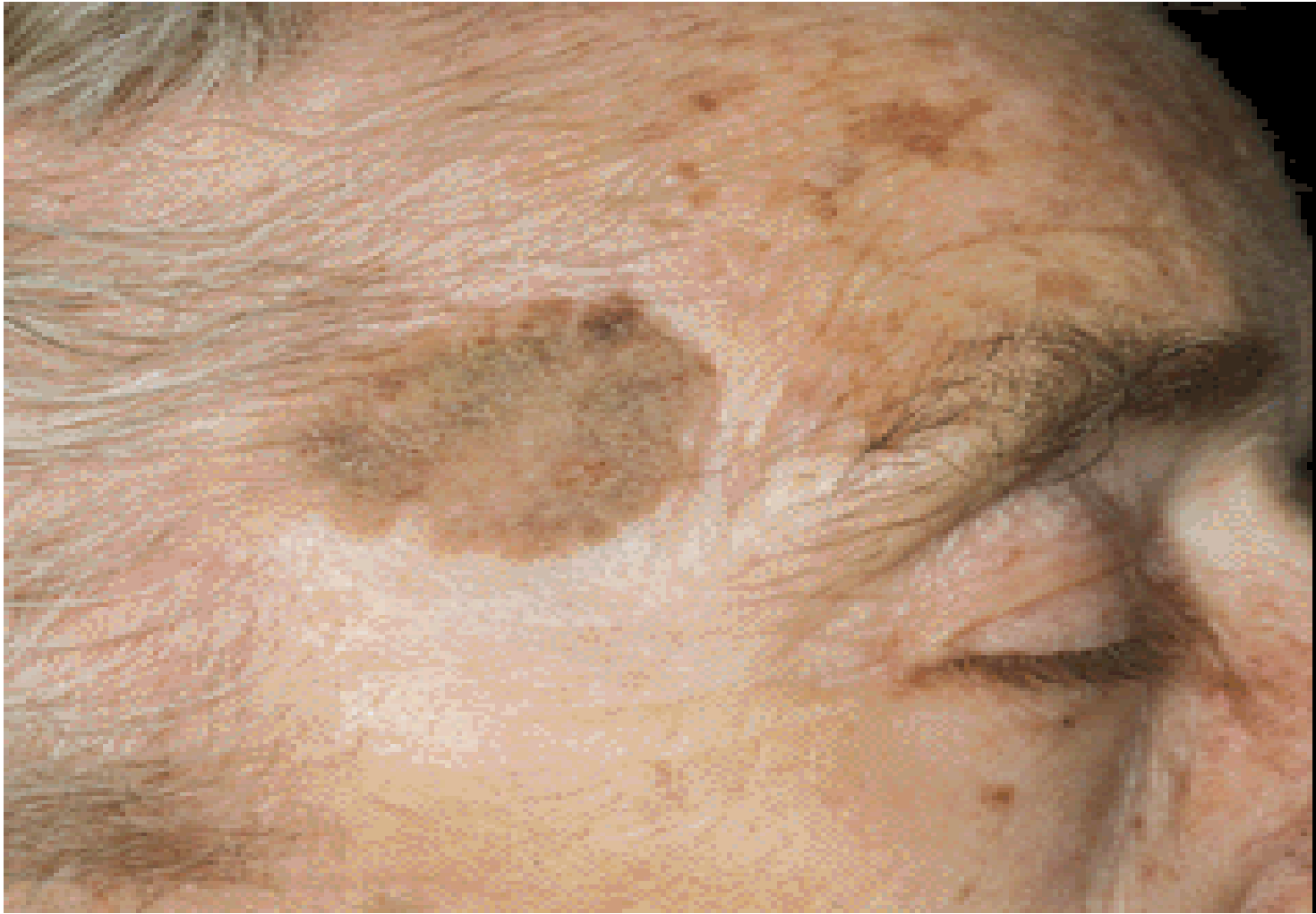


↓

Height increase; lesion appears "stuck on" to surface; color darkens



↓

Deep surface cracks appear; keratin can be peeled off; brown or black





Seborrheic Keratosis



Basal Cell Carcinoma



Nodular basal cell carcinoma



Nodular basal cell carcinoma with ulceration
and crusting



Basal cell carcinoma with ulceration



Pigmented basal cell carcinoma



Junction nevus



Dermal nevus

SUPERFICIAL SPREADING MELANOMA

Initial phase

(months to years)

1. Flat, not palpable
2. Color variation slight
3. Indistinguishable from other early melanomas

Radial growth phase

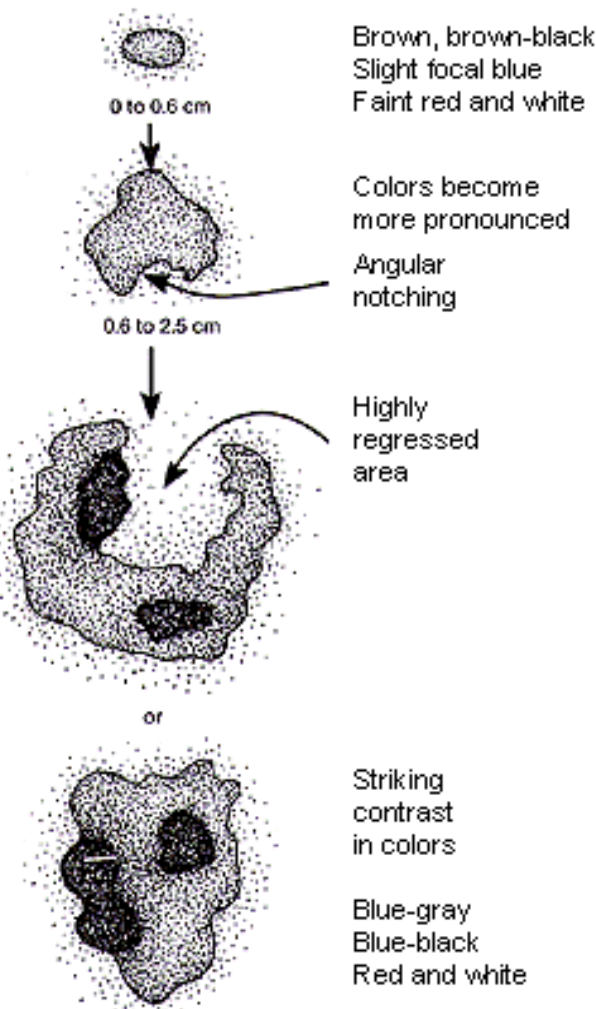
(months to 10 years)

1. Border irregular
2. Areas of regression appear with angular notching
3. Thick areas appear at about 2.5 cm-herald phase

Vertical growth phase

(months to years)

1. Numerous patterns, depending on degree of growth and regression
2. Tumors palpable
Plaquelike elevation at border
3. Areas of ulceration and scaling



Brown, brown-black
Slight focal blue
Faint red and white

Colors become
more pronounced

Angular
notching

Highly
regressed
area

Striking
contrast
in colors

Blue-gray
Blue-black
Red and white

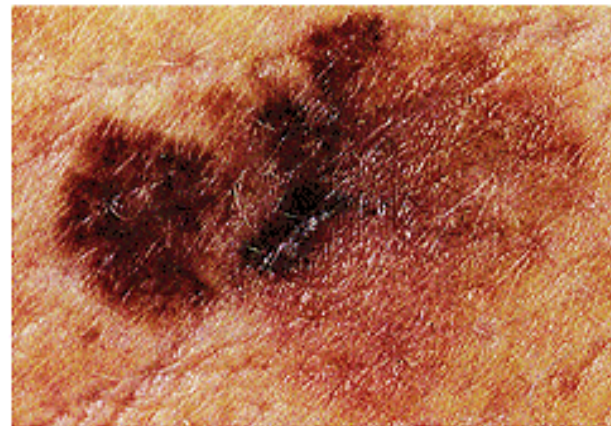
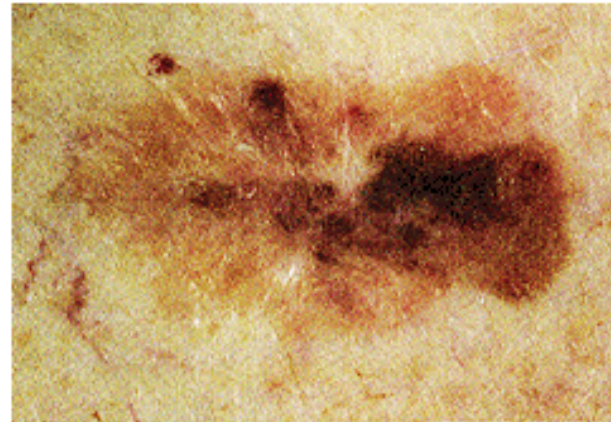


Figure 22-25

Superficial spreading melanomas in all stages of development. The small lesions have irregular borders, irregular pigmentation, and small white areas indicating regression. The largest tumors show an accentuation of all of these features.

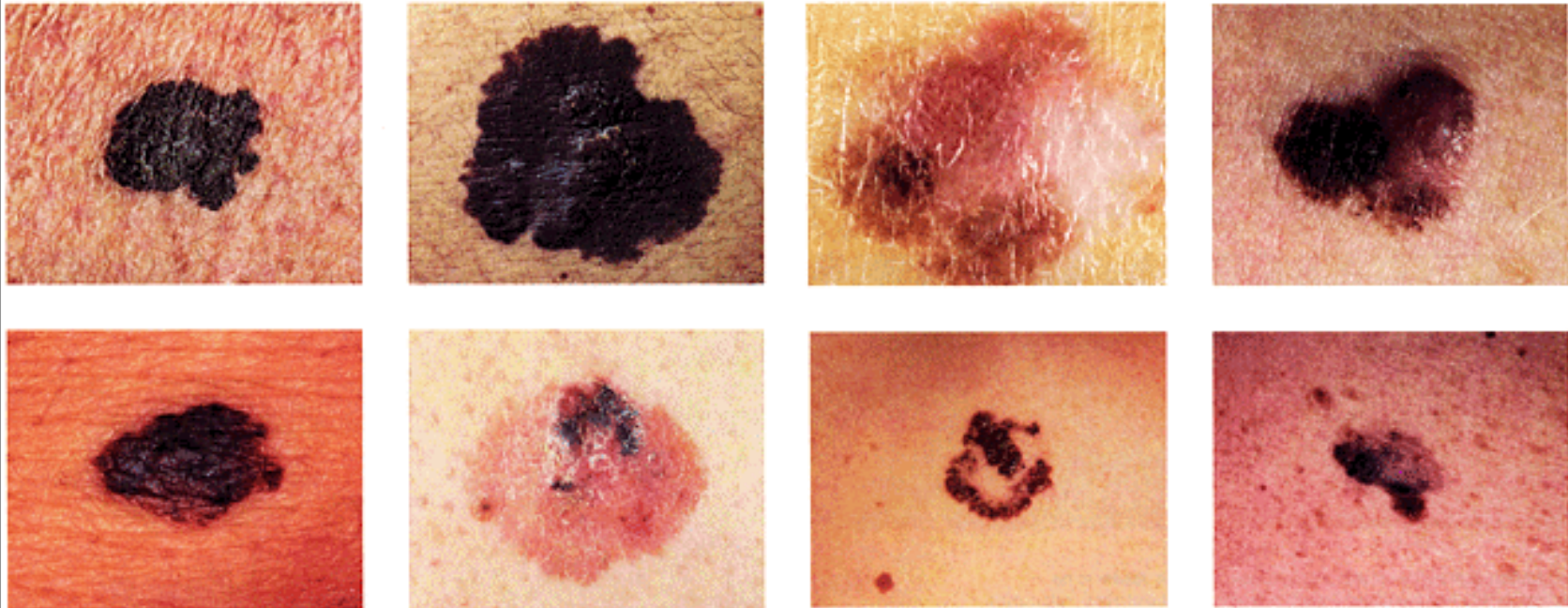


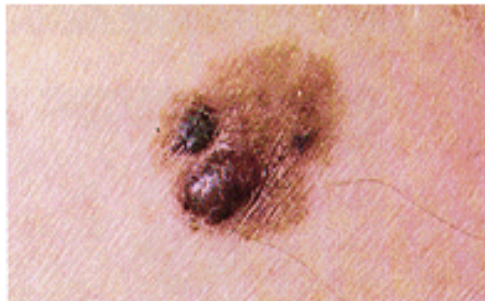
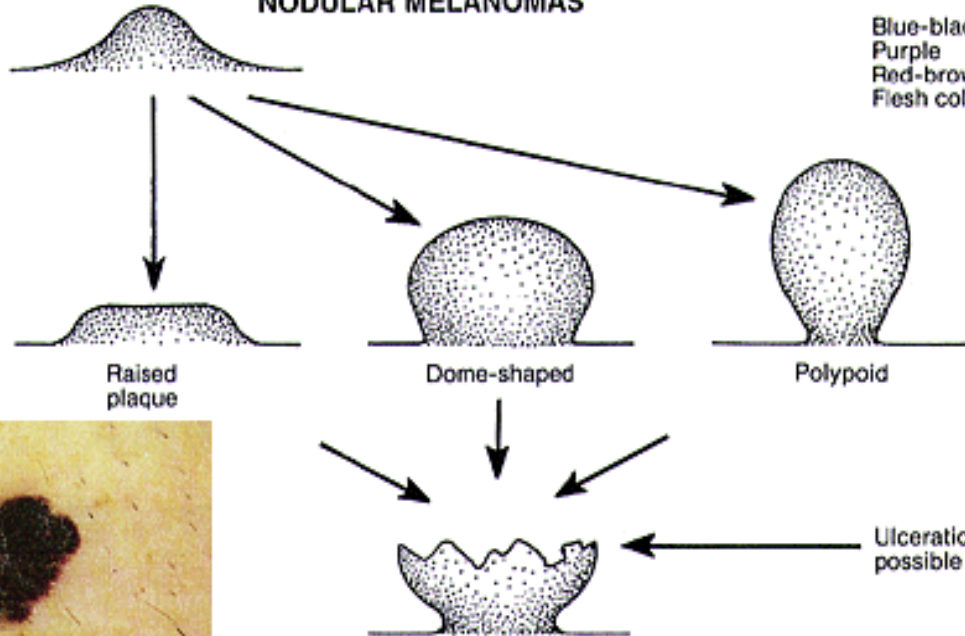
Figure 22-25b
Superficial spreading melanomas in all stages of development.
The small early lesions have irregular borders, irregular pigmentation,
and small white areas indicating regression.
The largest tumors show an accentuation of all of these features.

NODULAR MELANOMAS

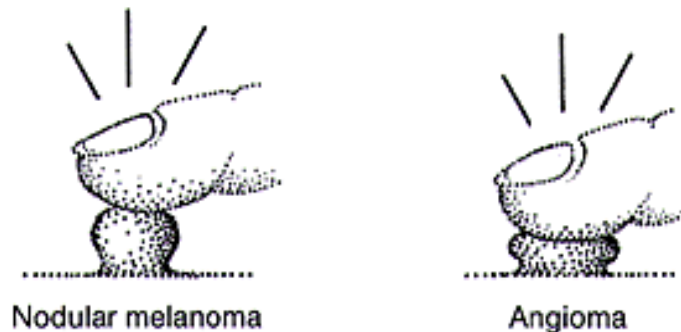
Initial phase
(weeks or months)
No radial
growth phase

Blue-black
Purple
Red-brown
Flesh colored

Vertical growth phase
1. Raised above skin
with variety of
shapes
2. Ulceration and
crust and
bleeding frequent
3. May resemble
angioma



Pressure test



Press suspected nodule firmly for 30 seconds
near-total involution is characteristic of
hemangioma, not melanoma.

Figure 22-26A

There are raised plaque, dome-shaped, and polypoid lesions. Some appear to be originating from nevi. A halo has developed around one of the plaque-shaped melanomas.

Continues in **Figure 22-26B**.

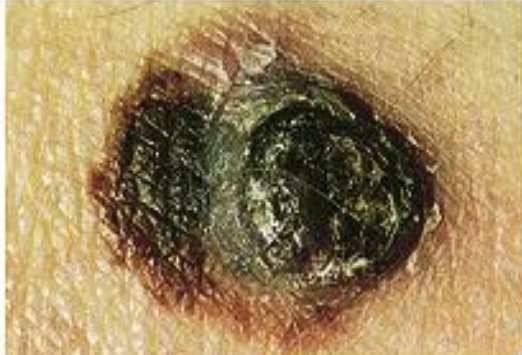


Figure 22-26B



Acral lentiginous melanoma