

# Смернице за фармацеуте

## Фармацеутска здравствена заштита у терапији атлетског стопала

**Атлетско стопало (*Tinea pedis*)** је гљивична инфекција стопала и прстију на ногама, често удружена са гљивичним инфекцијама на ноктима, рукама.

**Узрочници:** дерматофите, квасци и плесни. Најчешће дерматофите *Trichophyton sp.*

**Акутно:** услед активности које доводе до знојења стопала; интермитентна, рекурентна  
**Хронично:** чешће се јавља

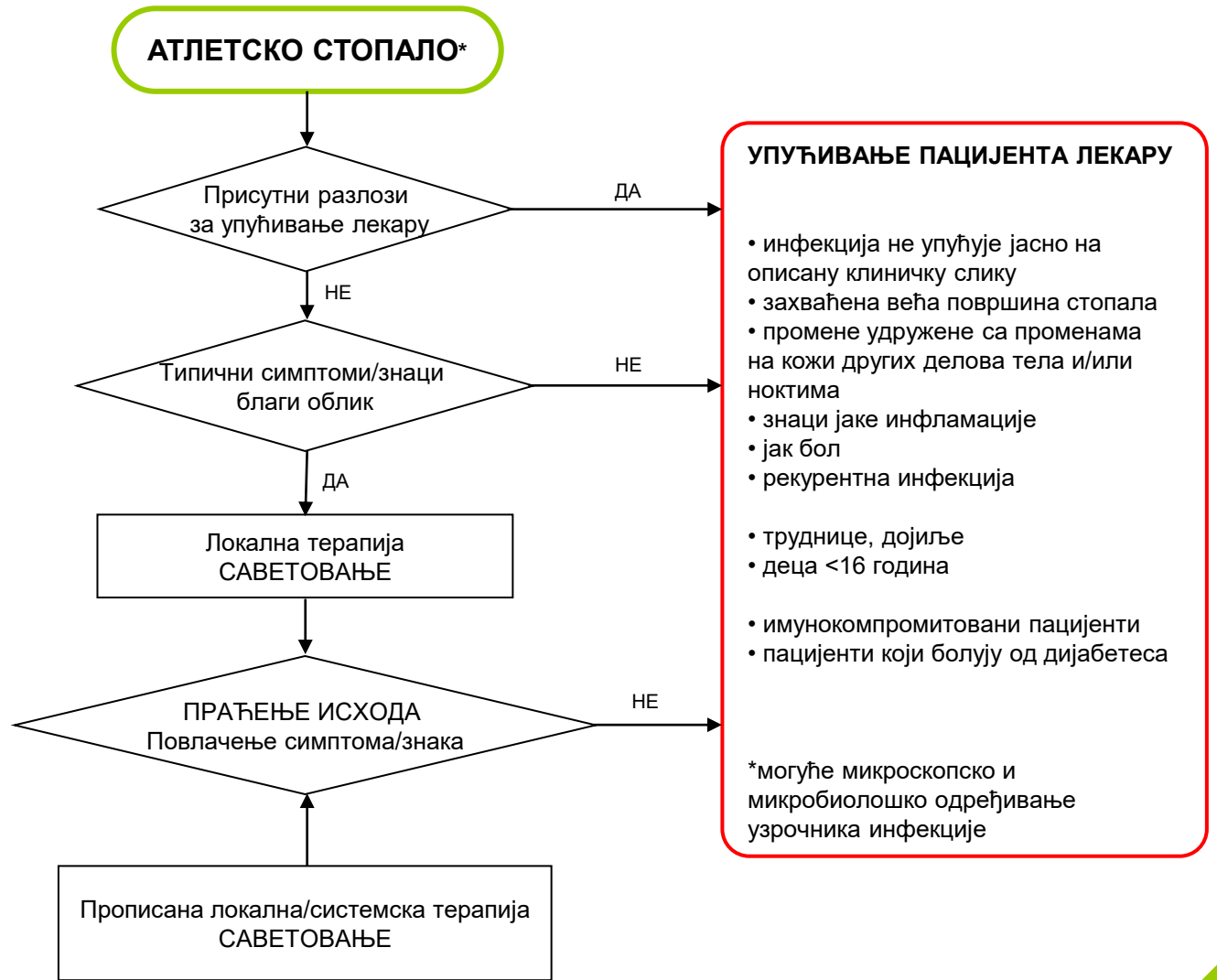
**Врсте и симптоми/знаци:**

- интердигитални тип - најчешћи; простор између 3. и 4. прста: пукотине на кожи, свраб, некада се јављају мехурићи који пуцају, кожа је беличаста, изгледа као да је кувана, без инфламације. Некада може бити без симптома.
- плантарни, хиперкератотички („мокасине“) - цео табан и бочне стране често оба стопала: еритем, суве задебљале беличасте скваме, могућа блага инфламација
- везикулобулозни тип - најређи; захвата средњи део табана: груписане везикуле/буле, кожа се љушти по пуцању мехурића, јака инфламација

**Фактори предиспозиције:**

- уска, неудобна обућа која ствара влажну и топлу средину
- неадекватна хигијена стопала
- прекомерно знојење
- претходна гљивична инфекција
- компромитован имуни систем
- дијабетес

Чешће: спортисти, адолесценти, мушкарци



**УПУЋИВАЊЕ ПАЦИЈЕНТА ЛЕКАРУ**

- инфекција не упућује јасно на описану клиничку слику
- захваћена већа површина стопала
- промене удружене са променама на кожи других делова тела и/или ноктима
- знаци јаке инфламације
- јак бол
- рекурентна инфекција
  
- труднице, дојиље
- деца <16 година
  
- имунокомпромитовани пацијенти
- пацијенти који болују од дијабетеса

\*могуће микроскопско и микробиолошко одређивање узрочника инфекције

## САВЕТОВАЊЕ

- **нега стопала:** носити удобну обућу без високих потпетица и уских врхова, у којој се стопала не зноје (кожна обућа), користити памучне чарапе и свакодневно их мењати посебно након спортских активности
- **хигијенске мере:** свакодневно одржавати хигијену стопала, користити сопствени пешкир само за оболело стопало, потпуно осушити стопало и простор између прстију након прања, размотрити употребу пудера за стопало, размотрити коришћење гумених рукавица ради спречавања укрштене инфекције
- **спречавати ширење инфекције:** инфекција се може контактом проширити; спречити само-инфекцију, носити папуче приликом коришћења купатила, јавних тушева, на површинама око базена, свлачионицама; након излечене инфекције размотрити замену обуће због контаминације спорама гљивица
- **подршка и/или процена адхеренце:** едукација пацијента о значају правилне и редовне примене терапије ради постизања жељеног исхода

**ПРАЋЕЊЕ ИСХОДА** – Пратити повлачење симптома/знака после 2-4 недеље од почетка лечења. Оптимални клинички и миколошки ефекат се може јавити неколико недеља након завршене системске терапије. Код системске терапије препоручује се контрола функције јетре.

### ЛОКАЛНА ТЕРАПИЈА

Тренутни докази указују на већу ефикасност деривата алиламина од имидазола код дерматофитоза, док су деривати имидазола ефикаснији код инфекција изазваних кандидом.

Не постоје докази о разлици у ефикасности појединачних имидазола.

#### ДЕРИВАТИ АЛИЛАМИНА; 1-2х дневно

**Тербинафин**, гел, крем, спреј за кожу, раствор за кожу, 1%; 1-3 недеља

**Нафтифин**, крем, раствор за кожу, 1%; укупно 4 недеље

#### ДЕРИВАТИ ИМИДАЗОЛА; 2-3х дневно, 2-4 недеље

**Клотримазол**, крем, раствор за кожу, 1%

**Миконазол**, крем, 2%

**Бифоназол**, крем 1%; 1х дневно, 3 недеље

Препарат се наноси на очишћену, суву и околну здраву кожу, у танком слоју уз лагано трљање.

По повлачењу симптома, користити још 1-2 недеље ради потпуне ерадикације гљивица.

У случају изражене инфламације, размотрити и локалну примену средње јаких кортикостероида, најдуже до 7 дана. Кортикостероиде не користити као монотерапију. Додатно може се размотрити: код везикулобулозног типа - употреба облога од Бурове воде (1% алуминијум-ацетат), 2-3х дневно, 15-30 минута, 7 дана.

### СИСТЕМСКА ТЕРАПИЈА

**Тербинафин**, табл., 250 mg; 1х дневно, 2-6 недеља

**Опрез!** Ослабљена функција јетре/бубрега, псоријаза, дискразија крви, деца, труднице.

**Интеракције:** клинички значајне са индукторима/инхибиторима ензима јетре; тербинафин може да утиче на ефекат појединих лекова.

**Итраконазол**, капс., тврда, 100 mg; 1х дневно, 30 дана или 200 mg, 2х дневно, 1 недеља. Примена после оброка.

**Флуконазол**, капс., тврда, 150 mg; 1х недељно или 50 mg, 1х дневно, 2-6 недеља

**Опрез!** Ослабљена функција јетре/бубрега, конгестивна срчана инсуфицијенција, имунокомпромитивани пацијенти, деца.

**Интеракције:** многи лекови супстрати, индуктори/инхибитори CYP3A4 утичу на ефекат деривата имидазола; итраконазол има снажнији утицај од флуконазола на ефекат многих лекова инхибицијом CYP3A4 и P-гликопротеина. Антихистаминици, антимигреници, цитостатици, антивиротици, антидепресиви, антиаритмици, антикоагуланси, антиагрегациони лекови, статини и др.

**КИ:** бројни лекови супстрати CYP3A4, пацијенти са вентрикуларном дисфункцијом, трудноћа.

Код секундарне бактеријске инфекције могућа је примена антибиотика.

1. Agencija za lekove i medicinska sredstva (ALIMS) Srbije. <http://www.alims.gov.rs>

2. American Pharmacists Association. OTC Advisor: Self-care for skin and mucous membrane disorders, Part 2. 2007.

3. Bell-Syer SE, et al. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. Cochrane Database of Syst Rev. 2012;10:CD003584.

4. BMJ Best Practice. BMJ Publishing Group Limited. 2019. Dermatophyte infections <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/119>

5. Medscape. Tinea pedis. 2020. <https://emedicine.medscape.com/article/1091684-overview>

6. Clinard E, et al. Cutaneous fungal infections. US Pharm. 2015;64:101-108.

7. Crawford F, et al. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. Cochrane Database Syst Rev. 2007;3:CD001434.

**Напомена:** Додатне информације о препаратима погледати у Сажетку карактеристика лека.