

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ**

Москва - 2015

**Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Трихофития»:**

1. Минуллин Искандер Кагапович - главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Приволжского федерального округа, главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер», г. Казань.
2. Абдрахманов Расим Миндрахманович - заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, г. Казань.
3. Юсупова Луиза Афгатовна - заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ДПО «Казанский государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, г. Казань.
4. Бильдюк Евгения Владимировна – заместитель главного врача ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» по медицинской части, г. Казань.
5. Вафина Гузель Гакильевна - заместитель главного врача ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» по поликлинической работе, г. Казань.

## МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:  
поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:**  
доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

Консенсус экспертов.

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

<b>Сила</b>	<b>Описание</b>
<b>А</b>	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>В</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
<b>С</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
<b>Д</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

**Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

**Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций:**

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

**Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

**Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

**Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

**Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10**  
**V35.0**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Трихофития – высококонтагиозная дерматофития кожи, волос и ногтей, вызываемая грибами рода *Trichophyton*.

### **ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных.

При антропофильной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами (головные уборы, расчески, ножницы, постельные принадлежности, полотенце, белье, машинки для стрижки и т.д.). Возможна передача возбудителя заболевания при несоблюдении санитарно-гигиенических требований в парикмахерских, детских садах, интернатах, школах, спортивных залах.

Зооантропонозной трихофитией чаще болеют сельские жители. Основным источником заражения этим микозом являются животные: крупный рогатый скот - при фавиформной трихофитии; мелкие дикие, домашние и лабораторные животные - при гипсовидной трихофитии. Более подвержены заражению молодые особи животных, являющиеся частым источником заражения. Заражение происходит как при непосредственном контакте с больными животными, так и с миконосителями. В последние годы возросла частота инфицирования зооантропонозной трихофитией от человека при внутрисемейном распространении заболевания.

Для возникновения трихофитии имеет значение общее состояние макроорганизма. Как поверхностная, так и инфильтративно-нагноительная формы микоза чаще развиваются у детей и взрослых, страдающих различными соматическими заболеваниями, со сниженным иммунитетом и эндокринной патологией.

При поверхностной трихофитии грибы могут распространяться гематогенным путем и поражать любой орган. При отсутствии терапии заболевание переходит в хроническую форму.

Пик заболеваемости наблюдается в зимнее время года, что связано с эпизоотиями у домашних животных, прежде всего у крупного рогатого скота.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ:**

- поверхностная трихофития гладкой кожи;
- поверхностная трихофития волосистой части головы;

- хроническая трихофития гладкой кожи;
- хроническая трихофития волосистой части головы;
- инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи;
- инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Инкубационный период при антропонозной трихофитии составляет от 5 до 7 дней, при зооантропонозной - от 1–2 недель до 1,5–2 месяцев.

Клинические особенности трихофитии зависят от вида возбудителя, состояния соматического здоровья человека, возраста больного, локализации очагов поражения, глубины проникновения гриба.

Антропофильные грибы обычно вызывают поверхностную и хроническую трихофитию, зоофильные - поверхностную, инфильтративную и нагноительные формы, которые последовательно переходят одна в другую и рассматриваются как различные стадии одного и того же процесса.

Антропонозную трихофитию можно условно разделить на:

- поверхностную трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи головы, гладкой кожи туловища и конечностей, с возможным вовлечением в патологический процесс как пушковых, так и жестких волос ресниц, бровей, верхней губы и подбородка у мужчин, а также подмышечных, паховых областей и области лобка;
- хроническую трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи туловища, конечностей и ногтей.

При зооантропонозной трихофитии выделяют поверхностные, инфильтративные и нагноительные формы, а по локализации - зооантропонозную трихофитию волосистой кожи головы, гладкой кожи лица, туловища, конечностей, редко встречающиеся онихомикозы.

Различают, кроме того, типичные и атипичные варианты той и другой трихофитии.

При *поверхностной антропонозной трихофитии волосистой кожи головы* выделяют мелкоочаговую и крупноочаговую формы. При мелкоочаговой поверхностной трихофитии наблюдаются мелкие шелушащиеся очаги округлых или неправильных очертаний с расплывчатыми нечеткими границами. Воспалительные явления выражены незначительно. Поверхность очагов покрыта белесоватыми чешуйками. Здоровые волосы в очагах разрежены за счет того, что больные волосы обломаны на высоте 1-2 мм над кожей. Пораженные волосы тусклые, серого цвета. Могут обламываться на уровне кожи и тогда имеют вид «черных точек». Иногда очаги поверхностной трихофитии имеют более крупные размеры.

*Поверхностная антропонозная трихофития гладкой кожи.* Очаги могут локализоваться на любых участках кожи, но чаще - на открытых: лице, шее, предплечьях и плечах. Они обычно представлены эритематозными пятнами округлых или овальных очертаний, четко очерченными за счет

периферического гиперемированного валика с наличием узелков, пузырьков и корочек, центральные части очагов обычно бледнее и шелушатся. Очаги нередко сливаются в фигуры причудливых очертаний. Зуд отсутствует или незначительный. При локализации очагов поверхностной трихофитии в области бровей, ресниц, верхней губы, подбородка очаги обычно мелкие, шелушащиеся с небольшими воспалительными явлениями и наличием коротко обломанных серых волос.

*Хроническая антропонозная трихофития волосистой кожи головы.* Для всех больных характерно наличие участков атрофии различной величины и формы и основного симптома заболевания - обломанных волос в области поражения. Чаще всего волосы обламываются на уровне кожи, напоминая комедоны (симптом «черных точек»). Однако иногда пораженные волосы обламываются в глубине волосяного фолликула.

Различают три типа поражения волосистой кожи головы: а) мелкие шелушащиеся очаги четких очертаний, почти без воспалительных явлений с обилием мелких атрофических плешин и обломанных волос, либо на высоте 1-2 мм над уровнем кожи, либо на уровне кожи в виде «черных точек»; б) диффузное шелушение волосистой кожи головы, симулирующее себорею и маскирующее атрофические очаги и обломанные волосы, включенные в чешуйки; в) отсутствие каких-либо видимых изменений кожи волосистой части головы с наличием небольшого количества атрофических очагов и единичных «черных точек».

*Хроническая антропонозная трихофития гладкой кожи.* Очаги микоза располагаются чаще всего симметрично, представлены эритематозными пятнами с синюшным оттенком, шелушащимися по всей поверхности, зудящими, без четких границ, периферического валика, пузырьков, гнойничков, корочек. Пушковые волосы поражаются часто.

*Поверхностная форма зооантропонозной трихофитии* начинается с появления одного или нескольких эритемато-сквамозных пятен округлой или овальной формы, резко отграниченных от окружающей кожи. В несколько инфильтрированном и приподнятом крае очагов располагаются фолликулярные узелки, мелкие везикулы, быстро ссыхающиеся в поверхностные корочки. В свежих очагах обломанные волосы не всегда обнаруживаются. Постепенно очаги увеличиваются в размерах за счет периферического роста, в них наблюдаются воспалительные явления и инфильтрация, и процесс переходит в инфильтративную форму. Изредка микотический процесс длительно протекает по типу пятнистой формы, приобретая черты хронической трихофитии.

*Инфильтративная форма.* Для этой формы трихофитии характерны резко очерченные, возвышающиеся над уровнем кожи очаги поражения, округлой или овальной формы, единичные или множественные, склонные к слиянию в обширные участки поражения с причудливыми, фестончатыми, гирляндообразными очертаниями. В пределах очагов кожа гиперемирована, отечна,



инфильтрирована, покрыта фолликулярными папулами, везикулами, быстро превращающимися в пустулы, содержимое которых ссыхается в корочки. При выраженной пустулизации пораженные участки кожи полностью покрываются гнойно-кровянистыми корочками. Часто вовлекаются пушковые волосы, при этом окружающая их перифолликулярная ткань воспаляется и образуются остеофолликулярные пустулы. В очагах поражения, локализованных на волосистой части головы, области верхней губы и подбородка, пораженные волосы обламываются в виде «пеньков», при расположении очагов микоза в области бровей и на веках могут поражаться волосы бровей и ресниц, также обламываясь в виде «пеньков». Диссеминация микоза чаще наблюдается у детей, особенно обширные очаги локализуются обычно на коже спины. Диссеминации способствует мытье с растиранием очагов мочалкой. На границе крупных сливных очагов поражения по располагаются мелкие и крупные «отсевы» поверхностной или инфильтративной формы трихофитии.

*Нагноительная форма трихофитии волосистой кожи головы* характеризуется усилением гиперемии в очагах поражения, появлением множественных фолликулитов и перифолликулитов, которые сливаются в один общий массивный инфильтрат. Очаги микоза нагноительной трихофитии локализуются на волосистой части головы, верхней губе и подбородке в виде опухолевидных образований (фолликулярный абсцесс) правильных округлых очертаний, рельефно поднимающихся над уровнем кожи с бугристой мокнущей поверхностью, покрытой гноем и корками. Консистенция вначале плотноватая, затем тестоватомягкая. Кожа в очаге резко воспалена, насыщенно-красного или багрово-синюшного цвета, болезненна при пальпации. Устья волосяных фолликулов расширены, из них выделяется гной, склеивающий волосы. Поверхность очага покрыта грубыми гнойно-кровянистыми корками. Волосы в очагах поражения расшатаны и легко удаляются. Нередко вокруг основного очага появляются единичные фолликулиты, дающие начало новым очагам. Из-за слияния и периферического роста очаги нагноительной трихофитии могут достигать значительной величины.

*Нагноительная трихофития гладкой кожи.* На гладкой коже, преимущественно тыла кистей, предплечий и шеи, появляются круглые или овальные очаги резко выраженного воспалительного характера, покрытые фолликулярными пустулами, возвышающимися над уровнем кожи. Массивные инфильтраты развиваются быстро и сопровождаются значительной болезненностью. При надавливании на очаги поражения из них выделяется обильный гной. При нагноительной трихофитии нередко наблюдается увеличение регионарных лимфоузлов, недомогание, головные боли, снижение аппетита, лихорадка, лейкоцитоз, ускорение СОЭ и другие симптомы интоксикации, связанные с всасыванием гноя, продуктов жизнедеятельности грибов и бактерий. Примерно у 5-7% больных

появляются аллергические высыпания-трихофитиды в виде пятнистых, мелкопапулезных или скарлатиноподобных сыпей. Чаще они группируются вблизи очагов и лишь в особенно тяжелых случаях распространяются по всему кожному покрову.

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагноз трихофитии устанавливается на основании комплекса клинических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями:

- микроскопическим исследованием на грибы (не менее 5 раз);
- культуральным исследованием для идентификации вида возбудителя.

Дополнительная диагностика при назначении системных антимикотических препаратов:

- общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
- общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);
- биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели), (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Трихофитию дифференцируют с микроспорией, руброфитией, розовым лишаем Жибера, псориазом, себореей, вульгарным сикозом.

При дифференциальной диагностике с микроспорией обращают внимание на высоко обломанные волосы, имеющие муфтообразные чехлики, покрывающие обломки волос, асбестовидное шелушение. Решающее значение в диагностике имеет флюоресценция изумрудным цветом в лучах лампы Вуда пораженных волос при микроспории, обнаружение элементов патогенного гриба и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

Для розового лишая Жибера характерно более выраженное воспаление, розовый оттенок очагов, отсутствие резких границ, шелушение в виде «смятой папиросной бумаги», наличие «материнской бляшки», отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделения возбудителя при культуральном исследовании.

Для псориаза более характерна четкость границ, сухость в области поражения, серебристый характер чешуек, отсутствие обломанных волос в очагах, отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделения возбудителя при культуральном исследовании.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

### **Цели лечения**

- клиническое излечение;
- отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

## Общие замечания по терапии

При лечении трихофитии гладкой кожи без поражения пушковых волос применяются наружные антимикотические препараты.

При множественных очагах на коже, особенно с вовлечением в патологический процесс пушковых волос, а также при поражении волосистой части головы необходимо комплексное лечение, включающее системный противогрибковый препарат, наружные антимикотические средства, сбривание волос 1 раз в 7-10 дней.

При выраженных воспалительных явлениях применяют комбинированные препараты, содержащие антимикотические и глюкокортикостероидные средства.

## Схемы лечения

*Рекомендованные схемы лечения взрослых:*

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня [13,18, 20, 22, 26, 27,31, 32].

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах микроскопического исследования на грибы, проводимого с интервалами 5-7 дней.

Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами:

- циклопирокс, крем (В) 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [15]  
или
- кетоконазол крем, мазь (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [15]  
или
- изоконазол, крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [34]  
или
- бифоназол крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [34]  
или
- 10% серная мазь (А) местно вечером + йод 3% спиртовая настойка местно утром [27,35]
- серно (5%)-дегтярная (10%) мазь (D) местно вечером [35].

При *хронической форме* поверхностной трихофитии волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса (кислота салициловая 12,0 г, кислота молочная или бензойная 6,0 г, вазелин до 100,0 г) наружно на очаг поражения под компресс на 2 суток, затем салициловая мазь 2% наружно под компресс на 24 часа, после снятия повязки проводится чистка и эпиляция волос. После отслойки

рогового слоя назначают антимикотические лекарственные средства по схемам, описанным выше.

При *инфильтративно-нагноительной форме* трихофитии до назначения антимикотических препаратов применяют антисептические и противовоспалительные препараты (в виде примочек или мази) (D):

- ихтиол, мазь 10% 2–3 раза в сутки местно в течение 2–3 дней  
или
- калия перманганат, раствор 1:6000 2–3 раза местно в сутки в течение 1–2 дней  
или
- этакридин, раствор 1: 1000 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней  
или
- фурацилин, раствор 1:5000 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней, затем - серно-дегтярная мазь 10% местно 2 раза в сутки до разрешения инфильтраций [27].

Далее назначают антимикотические лекарственные средства по схемам, описанным выше.

При *поражении пушковых волос* на гладкой коже до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса 10% молочно-салициловым коллодием (кислота салициловая 10,0 г, кислота молочная или бензойная 10,0 г, коллодий эластический до 100,0 г, коллодий) 2 раза в сутки наружно в течение 3–4 дней.

Затем производят ручную эпиляцию пушковых волос и продолжают лечение антимикотическими лекарственными средствами по схемам, описанным выше.

#### *Альтернативные схемы лечения*

- тербинафин (B) 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в течение 5–6 недель [13, 14, 17, 18, 22, 25-27]  
или
- итраконазол (C) 100 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в течение 4–6 недель [27].

### **Особые ситуации**

#### *Беременность и лактация.*

Применение системных антимикотических препаратов во время беременности и лактации противопоказано.

Лечение всех форм микроспории во время беременности проводится только местнодействующими препаратами.

Волосы в очаге сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют.

## Лечение детей

### Рекомендованные схемы лечения

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 18 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня [13, 18, 20, 22, 26, 27, 31, 32].

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.

При *хронической форме* поверхностной трихофитии волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса: кислота салициловая 6,0 г, кислота молочная или бензойная 3,0 г, вазелин до 100,0 г) наружно на очаги поражения под компресс на 2 суток, затем салициловая мазь 2% наружно под компресс на 24 часа, после снятия повязки проводится чистка и эпиляция волос. После отслойки рогового слоя назначают гризеофульвин по схеме, описанной выше.

### Альтернативные схемы лечения

– тербинафин (В): детям с массой тела >40 кг - 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды, детям с массой тела от 20 до 40 кг - 125 мг 1 раз в сутки перорально после еды, детям с массой тела <20 кг - 62,5 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 5–6 недель [13, 14, 17, 18, 22, 25-27]

или

– итраконазол (С): детям в возрасте старше 12 лет - 5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель [27].

### Требования к результатам лечения

– разрешение клинических проявлений;  
– три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования (трихофития волосистой части головы - 1 раз в 5-7 дней, трихофития гладкой кожи 1 раз в 3 дня).

В виду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении: при трихофитии волосистой части головы - 3 месяца, при трихофитии гладкой кожи - 1 месяц.

Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить: при трихофитии волосистой части головы - 1 раз в месяц, при трихофитии гладкой кожи - 1 раз в 10 дней.

## ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия при трихофитии включают санитарно-гигиенические, в т. ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные (профилактическая и очаговая дезинфекция).

Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских учреждениях и учреждениях здравоохранения и др.

Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях и т.д.

### **Противоэпидемические мероприятия**

1. На больного трихофитией, выявленного впервые, в 3-хдневный срок подается извещение в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» и его филиалов, в территориальные кожно-венерологические диспансеры.

Каждое новое заболевание следует рассматривать, как впервые диагностированное.

2. При регистрации заболевания в медицинских организациях, организованных коллективах и других учреждениях сведения о заболевшем вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний.

Журнал ведется во всех медицинских организациях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между учреждениями здравоохранения и органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3. Проводится изоляция больного.

При обнаружении в детских учреждениях больного трихофитией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию.

До выздоровления больного трихофитией ребенка не допускают в дошкольное образовательное учреждение, школу; взрослого больного не допускают к работе в детские и коммунальные учреждения. Больному запрещается посещение бани, бассейна.

В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или ее часть, предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, мочалку, расческу и др.).

В первые 3 дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних специальных образовательных учреждениях и других организованных коллективах медицинским персоналом данных учреждений проводится осмотр контактных лиц. Осмотр контактных лиц в семье проводится врачом-дерматовенерологом. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции.



Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы производится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

4. Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и медицинских организациях возлагается на его медицинский персонал. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо.

Ответственность за выполнение текущей дезинфекции в организованных коллективах и учреждениях здравоохранения возлагается на его медперсонал. Текущая дезинфекция считается своевременно организованной, если население начинает выполнять ее не позднее, чем через 3 часа с момента выявления больного.

5. Заключительная дезинфекция проводится в очагах трихофитии после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома не зависимо от сроков госпитализации или выздоровления.

В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды (например, в случае изоляции и лечения больного ребенка в изоляторе школы интерната: после изоляции – в помещениях, где находился больной и после выздоровления – в изоляторе). Если заболевает ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение или школу, заключительную дезинфекцию проводят в детском дошкольном учреждении (или школе) и дома. В общеобразовательной школе заключительную дезинфекцию проводят по эпидемиологическим показаниям. Заключительную дезинфекцию в очагах проводит дезинфекционная станция. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и др.

В очагах зоонозной трихофитии, обусловленной *Trichophyton mentagrophytes var. gypsum*, в обязательном порядке проводятся мероприятия по уничтожению грызунов.

6. Заявка на заключительную дезинфекцию в домашних очагах и единичных случаях в организованных коллективах подается медицинским работником медицинской организации дерматовенерологического профиля.

7. При регистрации 3 и более случаев в организованных коллективах, а также по эпидемиологическим показаниям, организуется выход медицинского работника медицинской организации дерматовенерологического профиля и эпидемиолога органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По указанию эпидемиолога назначается заключительная дезинфекция, определяется объем дезинфекции.

8. При зооантропонозной трихофитии медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения (наличие контакта с больными животными). Принимаются меры

по выявлению инфекции на фермах и личных хозяйствах среди крупного рогатого скота совместно с ветеринарной службой. Животных обследуют в учреждениях ветеринарии с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным трихофитией.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нурматов У.В., Туляганов А.Р. VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. Ч 1. // Дерматология. – М, 2001. С.154–155.
2. Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова. – М., 2011.
3. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
4. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. 50 с.
5. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
6. Урманов Д.Х. Клиническое течение и эффективность специфической терапии дерматофитий волос головы у детей с сопутствующими гельминтозами. Автореф. дис. на соиск. уч. степ. к.м.н. - М., 1985. RU 2058141 С1, 20.04.1996.
7. Скрипкин Ю.К. и др. Микроспория. Российский медицинский журнал. - 1997, № 2, с. 37-40.
8. Рукавишникова В.М., Самсонов В. А. Лечение дерматофитий с преимущественным поражением волос. //Вестник дерматологии и венерологии. 1996. - 3. -С.17-20.
9. Рукавишникова В. М., Федоров С.М. О терапевтической эффективности ламизила у больных дерматофитиями и некоторыми недерматофитными микозами. //Вестник дерматологии и венерологии. - 2. -1997. -С.19-23.
10. Степанова Ж.В. К вопросу о хронической трихофитии у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 177-178.
11. Open -label, Multicenter Study Of Diflucan (Fluconazole) Given Once Daily To children With Tinea Capitis for 6 weeks" NCT00645242.
12. Randomized, single-blind study of efficacy and safety of Terbinafine compared to Griseofulvin in children with Tinea Capitis.
13. Terbinafine Compared to Griseofulvin in Children With Tinea Capitis Intervention Allocation: Randomized Endpoint Classification: Safety/Efficacy Study Intervention Model: Single Group Assignment Masking: Single Blind Primary Purpose: Treatment NCT00117754.
14. Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713.
15. A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Study Observing the Efficacy of Selenium Sulfide 1% Shampoo, Ketoconazole 2% Shampoo, and Ciclopirox 1% Shampoo as Adjunctive Treatments for Tinea Capitis in Children NCT00127868.
16. A Randomized, Open Label, Single-Dose,three-period, Crossover study to evaluate the relative bioavailability of 250 mg terbinafine given orally either as one 250 mg Lamisil tablet(MF), Two 125 mg Lamisil tablet(MF) or as sixty minitables in healthy subjects.
17. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with Tinea Capitis caused by *Microsporum Canis* for 8 weeks.
18. Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина», 1983. С. 135–143.
19. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Бутова Ю.С. – М.: Медицина, 2002.
20. Степанова Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 178-179.
21. Аравийский Р.А., Горшкова Г.И. Практикум по медицинской микологии. – СПб.: СПбМАПО, 1995.- 40 с.

22. Бондаренко В.В. Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков; канд.дисс., 2002.
23. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения, профилактика. – М.: Крон-Пресс,1996. – 164 с.
24. Rassa Aly, PHD *Pediatr Infect Disease J.* 1999 18180-5.
25. Jones T.C. *British Journal of Dermatology* 1995, 132: 683 – 689.
26. Saceres Rhos H., Rueda M., Ballona R., Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tinea capitis. *J Am Acad Dermatol*, 2000 Jan, 42:1 Pt 1, 80 – 4.
27. Базаев В.Т., Дашевская О.В., Фидаров А.А., Царуева М.С., Фидаров А.В. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.
28. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. А.А.Кубановой, В.И. Кисиной – М., 2005, том VIII. С. 336-338
29. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Под редакцией Кубановой А.А. – М., 2008г., С. 266-268.
30. Рубинс А. Дерматовенерология Под общей редакцией А.А.Кубановой –М., 2011г., С. 70-72.
31. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей –М.,2015г.,С.222-235
32. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С. Трихомикозы: история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении. *Клиническая дерматология и венерология*, 2011, №6, с.4-9.
33. Дерматовенерология /Под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова-СпецЛит.,2008,С.118-131.
34. Справочник кожные и венерические болезни / Под ред.Иванова О.Л. – М.: Медицина, 1997.