

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ**

Москва - 2015

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

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:

| Сила | Описание |
|-------------|--|
| А | 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 |
| В | 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+ |
| С | 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++ |
| Д | 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
B35.0

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Микроспория – высококонтагиозная дерматофития, вызываемая грибами рода *Microsporum*.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее часто выделяемыми возбудителями микроспории являются грибы *Microsporum canis*, которые относятся к повсеместно распространенным в мире зоофильным грибам, вызывающим дерматофиты у кошек (особенно у котят), собак, кроликов, морских свинок, хомяков, в более редких случаях – у обезьян, тигров, львов, диких и домашних свиней, лошадей, овец, серебристо-черных лисиц, кроликов, крыс, мышей, хомяков, морских свинок и других мелких грызунов, а также домашних птиц. Заражение происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью.

Заражение человека от человека наблюдается крайне редко, в среднем в 2% случаев.

Microsporum audouinii – распространенный антропофильный возбудитель, который может вызывать у человека преимущественно поражение волосистой части головы, реже - гладкой кожи. Чаше болеют дети. Возбудитель передается только от больного лица к здоровому непосредственно при контакте или опосредовано через зараженные предметы ухода и обихода.

Для микроспории характерна сезонность. Пики выявляемости микроспории наблюдаются в мае-июне и в сентябре-ноябре. Возникновению заболевания могут способствовать различные эндогенные факторы: химизм пота, состояние эндокринной и иммунной систем. Кроме того, у детей имеется недостаточная плотность и компактность кератина клеток эпидермиса и волос, что также способствует внедрению и развитию грибов рода *Microsporum*.

Микроспория является заболеванием, обладающим наиболее высокой контагиозностью из всей группы дерматофитий. Болеют преимущественно дети, нередко новорожденные. Взрослые болеют реже, при этом часто заболевание регистрируется у молодых женщин. Редкость заболевания микроспорией у взрослых лиц связана с наличием в коже и ее придатках фунгистатических органических кислот (в частности, ундициленовой кислоты).

В последние годы наблюдается увеличение числа больных с хроническим течением микоза на фоне тяжелых системных поражений –

красной волчанки, хронического гломерулонефрита, иммунодефицитных состояний, интоксикаций.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- микроспория, обусловленная антропофильными грибами *Microsporum audouinii*, *M. ferrugineum*;
- микроспория, обусловленная зоофильными грибами *M. canis*, *M. distortum*;
- микроспория, обусловленная геофильными грибами *M. gypseum*, *M. nanum*.

По глубине поражения выделяют:

- поверхностную микроспорию волосистой части головы;
- поверхностную микроспорию гладкой кожи (с поражением пушковых волос, без поражения пушковых волос);
- глубокую нагноительную микроспорию.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Microsporum canis поражает волосы, гладкую кожу, очень редко – ногти; очаги заболевания могут располагаться как на открытых, так и на закрытых частях тела. Инкубационный период заболевания составляет 5–7 дней.

На гладкой коже очаги поражения имеют вид отежных, возвышающихся эритематозных пятен с четкими границами, округлыми или овальными очертаниями, покрытых сероватыми чешуйками. Постепенно пятна увеличиваются в диаметре, и по их периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками. У 80-85% больных в инфекционный процесс вовлекаются пушковые волосы. Могут поражаться брови, веки и ресницы. При микроспории гладкой кожи субъективные ощущения отсутствуют, иногда больных может беспокоить умеренный зуд.

При микроспории волосистой части головы очаги поражения располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. В начальном периоде заболевания на месте внедрения патогенного гриба возникает очаг шелушения. В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов – отсевов, размером от 0,3-1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4-5 мм.

Наряду с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории в последние годы нередко наблюдаются атипичные ее варианты. К ним относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеа-подобную, псориазиформную и себориодную (протекающую по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную, экссудативную формы, а также «трансформированный» вариант

микроспории (при видоизменении клинической картины в результате применения топических кортикостероидов).

При *инфильтративной форме* микроспории очаг поражения на волосистой части головы несколько возвышается над окружающей кожей, гиперемирован, волосы чаще обломаны на уровне 3-4 мм. Слабо выражен чехлик из спор гриба у корня обломанных волос.

При *инфильтративно-нагноительной форме* микроспории очаг поражения обычно значительно возвышается над поверхностью кожи за счет резко выраженной инфильтрации и образования пустул. При надавливании на область поражения сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Разряженные волосы склеены гнойными и гнойно-геморрагическими корками. Корки и расплавленные волосы легко удаляются, обнажая зияющие устья волосяных фолликулов, из которых, как из сот, выделяется светло-желтого цвета гной. Инфильтративно-нагноительная форма встречается чаще других атипичных форм, иногда протекает в виде кериона Цельса - воспаления волосяных фолликулов, нагноения и образования глубоких болезненных узлов.

За счет всасывания продуктов распада грибов и присоединяющейся вторичной инфекции наблюдается интоксикация организма больных, что проявляется недомоганием, головными болями, лихорадочным состоянием, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов.

Формированию инфильтративной и нагноительной форм микроспории способствуют нерациональная (обычно местная) терапия, серьезные сопутствующие заболевания, а также позднее обращение за медицинской помощью.

Экссудативная форма микроспории характеризуется выраженной гиперемией и отеком, с располагающимися на этом фоне мелкими пузырьками. Вследствие постоянного пропитывания чешуек серозным экссудатом и склеивания их между собой образуются плотные корки, при удалении которых обнажается влажная эрозированная поверхность очага.

При *трихофитоидной форме* микроспории процесс поражения может охватить всю поверхность волосистой части головы. Очаги многочисленные мелкие, со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, островоспалительные явления отсутствуют. Эта форма микоза может приобретать хроническое вялое течение, продолжаясь от 4-6 месяцев до 2 лет. Волосы разряжены или имеются участки очагового облысения.

При *себорейной форме* микроспории волосистой части головы отмечается главным образом разряженность волос. Очаги разряжения обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос. Воспалительные явления в очагах минимальны, границы поражения нечетки.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз микроспории основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований:

- микроскопического исследования на грибы (не менее 5 раз);
- осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) (не менее 5 раз);
- культурального исследования для идентификации вида возбудителя с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий;

При назначении системных антимикотических препаратов необходимо проведение:

- 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

Микроспорию дифференцируют с трихофитией, розовым лишаем Жибера, себореей, псориазом.

Поверхностная форма трихофитии волосистой части головы характеризуется мелкими шелушащимися очагами округлой или неправильной формы с очень слабо выраженными воспалительными явлениями и некоторым поредением волос. Характерно наличие в очагах поражения коротких обломанных на 1-3 мм над уровнем кожи волос серого цвета. Иногда волосы обламываются над уровнем кожи и имеют вид, так называемых, «черных точек». 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, 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», отсутствие характерного изумрудного свечения и выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании.

Для псориаза более характерна четкость границ, сухость очагов поражения, серебристый характер чешуек, отсутствие муфтообразных наслоений чешуек на пораженных волосах.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

- клиническое излечение;

– отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

Общие замечания по терапии

При микроспории гладкой кожи (менее 3 очагов поражения) без поражения пушковых волос применяют наружные антимикотические средства.

Показанием к назначению системных антимикотических препаратов являются:

1. микроспория волосистой части головы;
2. многоочаговая микроспория гладкой кожи (3 и более очагов поражения);
3. микроспория с поражением пушковых волос.

Лечение этих форм основано на сочетании системных и местных антимикотических препаратов.

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

Показания к госпитализации

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- инфильтративно-нагноительная форма микроспории;
- множественные очаги с поражением пушковых волос;
- тяжелая сопутствующая патология;
- микроспория волосистой части головы;
- по эпидемиологическим показаниям: больные из организованных коллективов при отсутствии возможности изоляции их от здоровых лиц (например, при наличии микроспории у лиц, проживающих в интернатах, детских домах, общежитиях, дети из многодетных и асоциальных семей).

Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (но не более 1 г в сутки) 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 [2, 3, 5, 8, 12,19, 20, 25-28, 30, 33, 37, 38, 49, 50].

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, 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 [22] или

– кетоконазол крем, мазь (B) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [22]

или

– изоконазол, крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [51]

или

– бифоназол крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [51]

или

– 3% салициловая кислота и 10 % серная мазь (D) наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром [39].

– серно (5%)-дегтярная(10%) мазь (D) наружно вечером [27]

При лечении инфильтративно-нагноительной формы изначально применяют антисептики и противовоспалительные лекарственные средства (в виде примочек и мазей (D)):

– ихтиол, мазь 10% 2–3 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней

или

– калия перманганат, раствор 1:6000 2–3 раза наружно в сутки в течение 1–2 дней

или

– этакридин, раствор 1: 1000 2–3 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней

или

– фурацилин, раствор 1:5000 2–3 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней [39].

Затем лечение продолжают вышеуказанными противогрибковыми лекарственными средствами.

Альтернативные схемы лечения

– тербинафин (B) 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды (взрослым и детям с массой тела > 40 кг) ежедневно в течение 3-4 месяцев [14, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 30, 38, 40]

или

– итраконазол (C) 200 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель [15, 29, 38, 39].

Особые ситуации

Беременность и лактация.

Применение системных антимикотических препаратов во время беременности и лактации противопоказано.

Лечение всех форм микроспории во время беременности проводится только местно-действующими препаратами.

Лечение детей

Рекомендованные схемы лечения

Гризеофульвин (В) перорально с чайной ложкой растительного масла 21-22 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до первого отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня [2, 3, 5, 8, 12, 19, 20, 25-28, 30, 33, 37, 38, 49, 50].

Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, 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 [22]
или
- кетоконазол крем, мазь (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [22]
или
- изоконазол, крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [51]
или
- бифоназол крем (D) наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [51]
или
- 3% салициловая кислота и 10 % серная мазь (D) наружно вечером + 3% спиртовая настойка йода местно утром [39]
- серно (5%)-дегтярная (10%) мазь (D) наружно вечером [27].

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 [14, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 30, 37, 38, 40]

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 [15, 29, 38, 39].

Требования к результатам лечения

- разрешение клинических проявлений;
- отсутствие свечения волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда);
- три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования на грибы (микроспория волосистой части головы - 1 раз в 5-7 дней; микроспория гладкой кожи с поражением пушковых волос – 1 раз в 5-7 дней, микроспория гладкой кожи – 1 раз в 3-5 дней).

Ввиду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении: при микроспории волосистой части головы и микроспории гладкой кожи с поражением пушковых волос - 3 месяца, при микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос - 1 месяц.

Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить: при микроспории волосистой части головы и микроспории гладкой кожи с вовлечением в процесс пушковых волос - 1 раз в месяц, при микроспории гладкой кожи - 1 раз в 10 дней.

Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив дает врач-дерматовенеролог.

ПРОФИЛАКТИКА

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

Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.

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

Противоэпидемические мероприятия

1. На больного микроспорией, 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.
3. 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 медицинскими организациями и организациями государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
4. Проводится изоляция больного.

При выявлении заболевания в детских учреждениях больного микроспорией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию.

До выздоровления больного микроспорией 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 с использованием люминисцентной лампы проводится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

5. Текущую дезинфекцию в очагах организует медицинская организация, установившая заболевание. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо.

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

6. Заключительная дезинфекция проводится в очагах микроспории после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома независимо 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.

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

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

3. Медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения (наличие контакта с больными животными). Животных (кошек, собак) направляют в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным микроспорией. В случае подозрения на бездомное животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных.

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. Будумян Т.И., Степанова Ж.В., Панова Е.О. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории: Метод. указания. – Екатеринбург, 2001.
3. Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М., 2011.
4. Квитко Б.И. Микроспория волосистой части головы у ребенка 3-недельного возраста // Вестн. дерматол. и венерол. 1960. № 8. С. 73. .
5. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
6. Мохаммад Юсуф. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях и разработка лечения новыми медикаментозными средствами: автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1996. С. 18.
7. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. 50 с. 56.
8. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
9. Степанова Ж.В., Ливанова Н.К. Зоонозная микроспория у 10-дневной девочки // Вестн. дерматол. и венерол. 1971. № 5. С. 84–85.
10. Исаева Т. И.. Клинико-эпидемиологические и медико-социальные аспекты микроспории в различных климатогеографических условиях : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.11;.- Москва, 2009.- 132 с.: ил.
11. 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.
12. Скрипкин Ю.К. и др. Микроспория. Российский медицинский журнал. - 1997, № 2, с. 37-40.
13. Рукавишникова В.М., Самсонов В. А. Лечение дерматофитий с преимущественным поражением волос. //Вестник дерматологии и венерологии. 1996. - 3. -С.17-20.
14. 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.
15. Королева Л.П. Лечение орунгалом детей, больных микроспорией. // Вестник дерматологии и венерологии. - 1997. - 4.- С. 69-71.
16. Мишина Ю.В., Шибашова Н.В. Сравнительная эффективность системных антимикотиков в терапии микроспории волосистой части головы. В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. 10. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2007. С. 130-131.
17. Опыт использования Тербизила в лечении микроспории у детей и взрослых Панкратов В.Г., Римко Е.Г., Рабчинская О.М., Олецкая Н.Э. Актуальные вопросы диагностики и лечения социально значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путём: Материалы международной научно-практической конференции. (г.Витебск, 16-17 сентября 2010 г.) – Витебск, 2010. – С.58-61.
18. Open -label, Multicenter Study Of Diflucan (Fluconazole) Given Once Daily To children With Tinea Capitis for 6 weeks NCT00645242
19. Randomized, single-blind study of efficacy and safety of Terbinafine compared to Griseofulvin in children with Tinea Capitis.
20. Terbinafine Compared to Griseofulvin in Children With Tinea Capitis. Intervention Allocation: RandomizedEndpoint Classification: Safety/Efficacy StudyIntervention Model: S

Primary Purpose: Treatment NCT00117754.

21. Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713
22. 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
23. 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 minitabets in healthy subjects.
24. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with Tinea Capitis caused by *Microsporum Canis* for 8 weeks.
25. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С., Котрехова Л.П., Александрова И.Б. Микроспория: редкие клинические случаи // Клиническая дерматология и венерология. - 2012. - 4.- С. 94-101.
26. Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина», 1983. С. 135–143.
27. Справочник кожные и венерические болезни / Под ред.Иванова О.Л. – М.: Медицина, 1997.
28. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Бутова Ю.С. – М.: Медицина, 2002.
29. Кулагин В.И., Хейдар С.А. Современный способ лечения детей, больных микроспорией В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 77-79.
30. 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.
31. Аравийский Р.А., Горшкова Г.И. Практикум по медицинской микологии. – СПб.: СПбМАПО, 1995.- 40 с.
32. Бондаренко В.В. Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков; канд.дисс., 2002.
33. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения, профилактика. – М.: Крон-Пресс,1996. – 164 с.
34. Фахретдинова Х.С. Клинико-эпидемиологические особенности современной микроспории; канд.дисс., 1999.
35. Rassa Aly, PHD *Pediatr Infect Disease J.* 1999 18180-5.
36. Jones T.C. *British Journal of Dermatology* 1995, 132: 683 – 689.
37. 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.
38. Базаев В.Т., Дашевская О.В, Фидаров А.А., Царуева М.С., Фидаров А.В. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.
39. Рыжко П.П. Пятилетний опыт лечения итраконазолом (орунгалом) грибковых заболеваний кожи и ее придатков в Харьковском регионе В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 142-145.
40. Бояринцева Г.Г., Зайцева Я.С. Случай распространенной антропофильной трихофитии с поражением ногтевых пластинок. В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 75-76.

41. Рубинс А. Дерматовенерология Под общей редакцией А.А.Кубановой –М., 2011г., С. 68-70.
42. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Под редакцией Кубановой А.А. – М., 2008Г., С. 266-268.
43. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей-М., 2003г., С. 175-178.
44. Адаскевич В.П., Шафранская Т.В. Лечение орунгалом больных микроспорией. Вестник дерматологии и венерологии, 2004, №4, с.53-55.
45. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. М., 2005г., 31с.
46. Чеботарев В.В. Исторические и современные аспекты лечения микозов волосистой части головы. Клиническая дерматология и венерология. 2006г., №3, с.69-73.
47. Gupta A.K., Adam P., Dlova N. et al. Therapeutic options for the treatment of tinea capitis caused by Trichophyton species: griseofulvin versus the new oral antifungal agents, terbinafine, itraconazole and fluconazole. *Pediatr. Dermatol.* 2001 Sep.-Oct.; 18(5): 433-438.
48. Sladden M.J., Johnston G.A. Common skin infections in children. Clinical review. *Br. Med. J.* 2004, vol.329: 95-99.
49. Atlas of clinical fungi, 2nd edition. G.S. de Hoog, J. Guarro, J. Gene, M.J. Figueras. Universitat Rovira i Virgili, Reus. Spain, 2000.
50. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. А.А.Кубановой, В.И. Кисиной – М., 2005, том VIII. С. 336-338
51. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей –М.,2015г.,С.222-235
52. 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.
53. Дерматовенерология /Под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова-СпецЛит.,2008,С.118-