

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ  
«ТРИХОФИТИЯ»**

**ТАШКЕНТ 2025**

«УТВЕРЖДАЮ»  
В.и.о. директора  
РСНПМЦДВиК  
МЗ РУз  
Джалилов Д.С.



«19» *may* 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«ТРИХОФИТИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ТРИХОФИТИЯ»**

**ТАШКЕНТ 2024**

## Вводная часть

### Коды по МКБ-10/11:

B35.0	Дерматофития	1F28	Дерматофития
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>		<a href="https://icd11.ru/">https://icd11.ru/</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** дата разработки 2025 г. и дата пересмотра протокола 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

### В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1. Сабиров У.Ю. - Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦДВиК МЗ РУз), доктор медицинских наук, профессор.
2. Халидова Халида Рашидовна – старший научный сотрудник РСНПМЦДВиК МЗ РУз, кандидат медицинских наук.
3. Икрамова Наргиза Джурабаевна - методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов.
4. Боходирова Афруза Ахрор кизи - врач дерматовенеролог клиники, помощник заместителя директора по научной работе
5. Абдуллаев Даврон Бахтиярович - Врач дерматовенеролог, лаборант научной лаборатории по изучению эпидемиологической ситуации кожно-венерологических заболеваний

### Рецензенты:

1. Мирсаидова Муниса Абдушукуровна – д.м.н, с.н.с, руководитель учебной части РСНПМЦДВиК

2. Безуглый Артур Петрович - д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Академии последипломного образования Федерального научно-клинического центра медико-биологического агентства России.

### Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятлов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате \_\_\_\_\_ 2025г., протокол №4.

Руководитель рабочей группы - д.м.н.профессор Сабилов У.Ю., директор РСНПМЦДВиК

#### **Пользователи протокола:**

1. Врачи дерматологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

#### **Категория пациентов:**

Больные дети и взрослые, с подозрением на трихофитию и с установленным диагнозом трихофития.

#### **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

#### **Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
<b>2</b>	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>B</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>C</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ТРИХОФИТИЯ».....	4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ТРИХОФИТИЯ».....	26
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ТРИХОФИТИЯ».....	32

## Список сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
РКИ	Рандомизированные контролируемые исследования
РМП	Реакция микропреципитации
АСТ	Аспаратаминотрансфераза
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПИФ	Прямая реакция иммунофлюоресценции
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт

## Основная часть

### Введение

По данным ВОЗ наступившее столетие будет ознаменовано ростом грибковых заболеваний, средний уровень которого уже достиг 25%, причем данная частота вариабельна и составляет примерно для России 30%, для остальных стран Западной Европы 70%. По данным статистической отчетности на сегодняшний день уровень заболеваемости населения микозами кожи в целом по Узбекистану составляет около 24,5%.

Трихофития – высококонтагиозная дерматофития кожи, волос и ногтей, вызываемая грибами рода *Trichophyton*. Антропофильная трихофития, вызываемая антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и зооантропонозная, обусловленная зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных, являются – социально-значимыми высококонтагиозными заболеваниями гладкой кожи и волосистой части головы с высоким уровнем заболеваемости среди детей и взрослых. Процентное соотношение и доминирование различных возбудителей в общей структуре трихофитии варьирует и зависит от природно-географических, социально-экономических особенностей региона, традиционного уклада жизни населения, развития животноводства, санитарно-ветеринарного контроля [5,8,9,10,12,13,16,17,19,20].

Распространению инфекции способствуют миграция, уровень санитарной культуры, позднее выявление (от 2 нед до 3 мес) и ошибки в диагностике [12,16,17,18]. Своевременное выявление затрудняют первичный и вторичный патоморфоз: изменение путей передачи инфекции, клинический полиморфизм, атипичные, осложненные и стертые формы заболевания, протекающие под маской различных дерматозов [7,12,17]. Около 10% случаев осложняется абсцедированием [8,9,11,14,17], интоксикацией, при гнойно-воспалительных процессах (керион Celsi) возрастает риск развития рубцовой алопеции и аллергических реакций [1,13,20,22]. В Узбекистане зооантропонозная трихофития представляет серьезную медико-социальную проблему - в 2013-2017 гг заболеваемость ЗАТ возросла от 20,2 до 28,2 на 100тыс населения[1,2].

Факторами способствующими экспрессии, являются широкое применение антибиотиков, цитостатических, кортикостероидных препаратов, заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем, снижение иммунного статуса населения, ухудшение санитарно-гигиенической обстановки (Бурова С.А., 1998; Кунакбаева Т.С., 2000).

Таким образом, в связи с вышеизложенным изучение клинико-эпидемиологических особенностей этого заболевания на современном этапе является актуальным с необходимостью создания национального протокола по работе с больными с учетом региональных особенностей, климатических условий и других важных социально-правовых факторов, которые могут влиять на систему оказания медицинской помощи данным пациентам.

## Определение и заболеваемость

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

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 эпизотиями 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.

#### Примечание:

В классификацию не включены

- поверхностная трихофития лобковой области
- инфильтративно-нагноительная трихофития лобковой области

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 плешинки 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 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, мелко папулезных или скарлатиноподобных сыпей. Чаще они группируются вблизи очагов и лишь в особенно тяжелых случаях распространяются по всему кожному покрову.

## Диагностика трихофитии

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

Диагностика трихофитии осуществляется на основании клинических проявлений заболевания, подтвержденных лабораторными исследованиями: микроскопическим исследованием на грибы, культуральным исследованием с идентификацией вида возбудителя и дополнительных исследований при назначении системных антимикотических препаратов, позволяющих установить клинические варианты и прогнозировать дальнейшее течение.

Основным клиническим признаком трихофитии является наличие ограниченных или распространенных эритематозных очагов на коже и/или волосистой части головы (лобковой области), сопровождающиеся зудом или болезненностью. Больные часто указывают на контакт с больными домашними животными (крупный и мелкий рогатый скот) или с больными людьми.

## Критерии установления диагноза трихофития:

### Анамнестические данные

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_873/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/)

- |          |  |
|----------|--|
| <b>А</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- при поверхностной антропонозной трихофитии волосистой кожи головы 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».</li><li>- при поверхностной антропонозной трихофитии гладкой кожи очаги на любых участках кожи, чаще - на открытых участках в виде эритематозных пятен округлы или овальных очертаний, четко очерченными за счет периферического гиперемированного валика с наличием узелков, пузырьков и корочек, центральные части очагов обычно бледнее и шелушатся. Зуд отсутствует или незначительный. При локализации очагов в области бровей, ресниц, верхней губы, подбородка очаги мелкие, шелушащиеся с небольшими воспалительными явлениями и наличием коротко обломанных серых волос.</li><li>- при хронической антропонозной трихофитии волосистой кожи головы участки атрофии различной величины и формы и основного симптома заболевания - обломанных волос в области поражения на уровне кожи, напоминая комедоны (симптом «черных точек»).</li><li>- при хронической антропонозной трихофитии гладкой кожи эритематозные пятна с синюшным оттенком, шелушащимися по всей поверхности, зудящими, без четких границ, периферического валика, пузырьков, гнойничков, корочек. Пушковые волосы поражаются часто.</li><li>- при поверхностной зооантропонозной трихофитии эритемато-сквамозные пятна, резко отграниченных от окружающей кожи. В инфильтрированном и приподнятом крае очагов располагаются фолликулярные узелки, мелкие везикулы, ссыхающиеся в поверхностные корочки, постепенно очаги увеличиваясь за счет периферического роста, в них наблюдаются воспалительные явления и инфильтрация, и процесс переходит в инфильтративную форму.</li></ul> |
|----------|--|

- при инфильтративной форме резко очерченные, возвышающиеся над уровнем кожи очаги поражения, склонные к слиянию в обширные участки поражения с причудливыми, фестончатыми, гирляндобразными очертаниями, кожа гиперемирована, отечна, инфильтрирована, покрыта фолликулярными папулами, пузырьками, быстро превращающимися в пустулы, содержимое которых ссыхается в корочки. При выраженной пустулизации пораженные участки кожи полностью покрываются гнойно-кровянистыми корочками. вовлекаются пушковые волосы, при этом окружающая их перифолликулярная ткань воспаляется и образуются остеофолликулярные пустулы. В очагах поражения на волосистой части головы, области верхней губы, подбородка, бровей и на веках могут поражаться волосы, обламываясь в виде «пеньков».
- при нагноительной форме волосистой кожи головы множественные фолликулиты и перифолликулиты. Очаги правильных округлых очертаний, рельефно поднимающихся над уровнем кожи с бугристой мокнущей поверхностью, покрытой гноем и корками. Консистенция вначале плотноватая, затем тестовато мягкая. Кожа в очаге воспалена, насыщенно-красного или багрово-синюшного цвета, болезненна при пальпации. Устья волосных фолликулов расширены, из них выделяется гной, склеивающий волосы. Волосы в очагах поражения расшатаны и легко удаляются.
- при нагноительной трихофитии гладкой кожи преимущественно тыла кистей, предплечий и шеи, очаги резко выраженного воспалительного характера, покрытые фолликулярными пустулами, возвышающимися над уровнем кожи и сопровождаются значительной болезненностью. При надавливании на очаги из них выделяется гной. наблюдается увеличение регионарных лимфоузлов, недомогание, головные боли, снижение аппетита, лихорадка и другие симптомы интоксикации, связанные с всасыванием гноя, продуктов жизнедеятельности грибов и бактерий.

### Физикальное обследование

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_873/#paragraph\\_0h22g](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/#paragraph_0h22g)

А

- Объективные клинические проявления трихофитии, выявляемые при физикальном обследовании, зависят от вида возбудителя, состояния соматического здоровья человека, возраста больного, локализации очагов поражения, глубины проникновения гриба.
- Осматриваются кожные покровы, обращается внимание на состояние и целостность волос, рост волос, состояние ногтей пластин.
- Проводится оценка параметров общего состояния, наличие сопутствующих заболеваний.

### Лабораторно-инструментальные данные

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_873/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/)

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

А

- Микроскопическое исследование на грибы.
- Культуральное исследование для идентификации вида возбудителя.
- Диагностика инфекции методом ИФА, ПЦР, ПИФ и другими методами

	- Осмотр под лампой Вуда), для проведения дифференциальной диагностики с другими грибковыми заболеваниями.
<b>В</b>	-Проведение общего анализа крови, общего анализа мочи и кала, серологических реакций на сифилис (РМП, RPR, РПГА, ИХА). - Комплекс биохимических исследований - УЗИ внутренних органов.

**Примечание:**  
Учитывая то, что трихофития лобковой области в большинстве случаев передается половым путем, необходимо проведение исследований на наличие других инфекций передающихся половым путем.

**Рекомендуются консультации других специалистов по показаниям для диагностики ассоциированных с трихофитией заболеваний**

<b>С</b>	- терапевта – при подозрении на поражения внутренних органов с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования; - педиатра – с целью уточнения объема и характера дополнительных исследований; - эндокринолога - при подозрении на наличие заболеваний со стороны эндокринной системы
----------	---

**Дифференциальная диагностика трихофитии.**

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikozy\\_stop\\_kistej\\_05052014\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikozy_stop_kistej_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

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

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
Микроспория	Высоко обломанные волосы на уровне 5-6 мм, имеющие муфтообразные чехлики, покрывающие обломки волос, асбестовидное шелушение..	Флюоресценция изумрудным цветом в лучах лампы Вуда пораженных волос при микроспории, обнаружение элементов патогенного гриба и выделение возбудителя при культуральном исследовании.	Лампа Вуда, микроскопия и культуральное исследование, ПЦР, ПИФ.

Розовый лишай Жибера	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.	Микроскопическое и культуральное исследование на грибы.
Псориаз	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	Микроскопическое и культуральное исследование на грибы.
Себорейный дерматит	Шелушение, без признаков воспаления (перхоть или простой педикулез), легкий или умеренный зуд, усиливающийся по мере загрязнения кожи волосистой части головы. Может проявляться и воспалительными элементами, чаще пятнами, реже слабо инфильтрированными бляшками с желтоватыми чешуйками на поверхности. При выраженной степени воспаления чешуйки пропитываются экссудатом и формируют серозные или серозно-гнойные корки. Воспалительные элементы могут сливаться и занимать всю волосистую часть головы с распространением на кожу лба, кожу заушных складок. Больных может беспокоить значительный зуд.	Отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделения возбудителя при культуральном исследовании	Микроскопическое и культуральное исследование на грибы.
Руброфития	Четкие границы, кольцевидные или неправильные очертания с приподнятым воспалительным валиком по периферии, признаки регресса в центре и склонность очага к росту и	обнаружение элементов патогенного гриба и выделение возбудителя при культуральном исследовании.	Микроскопия и культуральное исследование, ПЦР, ПИФ

	слиянию		
--	---------	--	--

## Лечение

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

**Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.**

## Цели лечения

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

При лечении трихофитии гладкой кожи без поражения пушковых волос применяются наружные антимикотические препараты. При множественных очагах на коже (3 и более), вовлечение в патологический процесс пушковых волос, а также при поражении волосистой части головы (или лобковой области) необходимо комплексное лечение, включающее системный противогрибковый препарат, наружные антимикотические средства, сбривание волос 1 раз в 7-10 дней. При выраженных воспалительных явлениях наружно применяют комбинированные препараты, содержащие антимикотические и глюкокортикостероидные средства.

**Таблица 1**

**Перечень основных лекарственных средств  
(имеющих 100 % вероятность применения)**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Противогрибковое средство	Гризеофульвин	Таб. 125 мг: 20 шт	А  <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin_3692">https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin_3692</a>

Противогрибковое средство	Тербинафин	Таб. 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в течение 5–6 недель	A <a href="https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine_30960">https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine_30960</a> <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri</a>
Противогрибковое средство	Итраконазол	Таб. 100 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в течение 4–6 недель	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri</a> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/itraconzol_29615">https://www.vidal.ru/drugs/itraconzol_29615</a>
Противогрибковое средство	Циклопирокс крем	2 раза в сутки наружно в течение 4–6 недель	B <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47">https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47</a>
Противогрибковое средство	Кетоконазол крем, мазь	1–2 раза в сутки наружно в течение 4–6 недель	B <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47">https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47</a>
Противогрибковое средство	Изоконазол крем	наружно 1 раз в сутки в течение 4–6 недель	B <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47">https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47</a>

Противогрибковое средство	Бифоназол крем	наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47">https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47</a>
Противогрибковое средство	Серная мазь	наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf</a>
Противогрибковое средство	Серно дегтярная мазь	серно (5%)-дегтярная (10%) местно вечером	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf</a>
Антисептические и противовоспалительные препараты (в виде примочек или мази) :	-ихтиол	мазь 10%-20% 2–3 раза в сутки местно в течение 2–3 дней	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t</a>
	калия перманганат, раствор 1:6000	2–3 раза местно в сутки в течение 1–2□ дней	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t</a>
	этакридин, раствор 1: 1000	2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t</a>
		2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней, затем -	С

	фурацилин, раствор 1:5000	серно-дегтярная мазь 10% местно 2 раза в сутки до разрешения инфильтраций	<a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t</a>
--	------------------------------	---	---

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица 2

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

<i>МНН препарата</i>	<i>Форма выпуска</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Цетиризин 10 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD">https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD</a>
Лоратадин 10 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547">https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547</a>
Левоситеризин 5 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3">https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3</a>

Дезлоратадин 5 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine">https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine</a>
Биластин 10 и 20 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473</a>
Эбастин 10 и 20 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352</a>
Кальция глюконат, раствор 10%	5–10 мл 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10–15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914">https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914</a>
Натрия тиосульфат, раствор 30%	5 -10 мл 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447">https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447</a>
Эссенциальные фосфолипиды	<p>в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1.</p> <p>При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения</p> <p>Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.</p>	C <a href="https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447">https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447</a>
	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора	C

Оксиматрин	<p>глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день</p> <p>внутри, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).</p>	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a>
Антраль	<p>внутри после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием</p> <p>детям 4-10 лет - по 100 мг на прием</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a>
Цианокобаламин (Витамин В12)	<p>в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	<p>в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	<p>Внутри: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.</p> <p>В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	<p>в/м (глубоко)</p> <p>Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы</p> <p>Взрослым назначают по 25–50 мг тиамина гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Альфа-липовая кислота	<p>в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут.</p> <p>Внутри взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца</p>	<p>С</p> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>

Витамин А + Е	внутри после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутри, в/м, в/в Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Холекальциферол	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(ОН)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутри - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутри - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутри - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутри Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(ОН)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутри - 200 000 МЕ однократно внутри - 150 000 МЕ однократно внутри - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутри Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутри - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутри	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha rm-group/922</a>
Экстракт алоэ	Подкожно. Ежедневно по 1 мл (максимальная суточная доза 3 - 4 мл), детям до 5 лет–0,2-0,3 мл, старше 5 лет–0,5 мл. Курс 30-50 инъекций, повторные курсы лечения проходят после двух-, трёхмесячного перерыва.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Стекловидное тело	Вводят под кожу по 2 мл ежедневно. Повторение курса лечения рекомендуется через один месяц или позднее. Продолжительность курса лечения определяется индивидуально.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>

	<p>У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p> <p>У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней</p>	
Инозин пранобекс	внутри, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	<p>С</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a></p>
Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	<p>С</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a></p>
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	<p>С</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a></p>
Пароксетин	<p>Внутри 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая</p> <p>Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a></p>
Гидроксизин	<p>Внутри. По 12.5-50мг/сут</p> <p>Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг.</p> <p>У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза. Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а также с печеночной</p>	<p>С</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a></p>

	недостаточностью необходимо снижение дозы.	
Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Адонис-бром	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ТРИХОФИТИЯ»**

**ТАШКЕНТ – 2024**

## Основная часть

### Введение:

По данным ВОЗ наступившее столетие будет ознаменовано ростом грибковых заболеваний, средний уровень которого уже достиг 25%, причем данная частота переменна и составляет примерно для России 30%, для остальных стран Западной Европы 70%. По данным статистической отчетности на сегодняшний день уровень заболеваемости населения микозами кожи в целом по Узбекистану составляет около 24,5%.

Трихофития – высококонтагиозная дерматофития кожи, волос и ногтей, вызываемая грибами рода *Trichophyton*. Антропофильная трихофития, вызываемая грибами *Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*, паразитирующими на человеке, и зооантропонозная, обусловленная зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных, являются – социально-значимыми высококонтагиозными заболеваниями гладкой кожи и волосистой части головы [5,9,12,13,20] с высоким уровнем заболеваемости среди детей и взрослых [8,16,17,19]. Процентное соотношение и доминирование различных возбудителей в общей структуре трихофитии варьирует и зависит от природно-географических, социально-экономических особенностей региона, традиционного уклада жизни населения, развития животноводства, санитарно-ветеринарного контроля [8,10,17].

Распространению инфекции способствуют миграция, уровень санитарной культуры, позднее выявление (от 2 нед до 3 мес) и ошибки в диагностике [12,16,17,18]. Своевременное выявление затрудняют первичный и вторичный патоморфоз: изменение путей передачи инфекции, клинический полиморфизм, атипичные, осложненные и стертые формы заболевания, протекающие под маской различных дерматозов [7,12,17]. Около 10% случаев осложняется абсцедированием [8,9,11,14,17], интоксикацией, при гнойно-воспалительных процессах (кериион Celsi) возрастает риск развития рубцовой алопеции и аллергических реакций [1,13,20,22]. В Узбекистане зооантропонозная трихофития представляет серьезную медико-социальную проблему - в 2013-2017 гг заболеваемость ЗАТ возросла от 20,2 до 28,2 на 100тыс населения [1,2].

Факторами способствующими экспрессии, являются широкое применение антибиотиков, цитостатических, кортикостероидных препаратов, заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем, снижение иммунного статуса населения, ухудшение санитарно-гигиенической обстановки (Бурова С.А., 1998; Кунакбаева Т.С., 2000).

Таким образом, в связи с вышеизложенным изучение клинико-эпидемиологических особенностей этого заболевания на современном этапе является актуальным с необходимостью создания национального протокола по работе с больными с учетом региональных особенностей, климатических условий и других важных социально-правовых факторов, которые могут влиять на систему оказания медицинской помощи данным пациентам.

### Определение

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

### Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

**Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.**

### Цели лечения

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

При лечении трихофитии гладкой кожи без поражения пушковых волос применяются наружные антимикотические препараты. При множественных очагах на коже (3 и более), вовлечение в патологический процесс пушковых волос, а также при поражении волосистой части головы (или лобковой области) необходимо комплексное лечение, включающее системный противогрибковый препарат, наружные антимикотические средства, сбривание волос 1 раз в 7-10 дней. При выраженных воспалительных явлениях наружно применяют комбинированные препараты, содержащие антимикотические и глюкокортикостероидные средства.

### Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения взрослых:

<b>А</b>	<b>Рекомендуется</b> Гризеофульвин 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].
----------	--

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

Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами:

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

При хронической форме поверхностной трихофитии волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса

<b>С</b>	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):

<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ихтиол, мазь 10-20% 2–3 раза в сутки местно в течение 2–3 дней</li><li>- или калия перманганат, раствор 1:6000 2–3 раза местно в сутки в течение 1–2– дней</li><li>- или этакридин, раствор 1: 1000 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней</li><li>- 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].</li></ul>
----------	--

**Комментарии:** 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

<b>С</b>	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.
----------	--

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

#### Альтернативные схемы лечения

<b>А</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в– течение 5–6 недель [13, 14, 17, 18, 22, 25-27]</li><li>или итраконазол 100 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в– течение 4–6 недель [27].</li></ul>
----------	---

#### Особые ситуации Беременность и лактация.

<b>В</b>	<p>Применение системных антимикотических препаратов во время беременности и лактации противопоказано. Лечение всех форм микроспории во время беременности проводится только местнодействующими препаратами.</p> <p>Волосы в очаге сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют.</p>
----------	--

#### Лечение детей

##### Рекомендованные схемы лечения

<b>А</b>	Гризеофульвин перорально с чайной ложной 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].
----------	---

**Комментарии:** 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:

<b>С</b>	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.
----------	---

**Комментарии:** После отслойки рогового слоя назначают гризеофульвин по схеме, описанной выше.

### Альтернативные схемы лечения

<b>А</b>	-тербинафин : 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 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].
----------	---

С целью повышения эффективности патогенетической терапии рекомендовано:

<b>Д</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Биогенные стимуляторы</li><li>• Витаминотерапия и микроэлементы: витамины А,С,Д,Е, группы В, цинк</li><li>• Гипосенсибилизирующая терапия</li><li>• Антигистаминные препараты</li><li>• Гепатопротекторы</li></ul>
----------	--

### 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 - 2 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.

### Немедикаментозное лечение:

<b>С</b>	<p><b>Режим №2 (общий)</b> – пациентам с трихофитией рекомендуется провести дезинфекцию С целью предупреждения повторного заражения трихофитией необходимо обследование всех контактов. Проведение противоэпидемических мероприятий. Ввиду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении.</p> <p>Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив дает врач-дерматовенеролог.</p> <p>При установленном источнике заражения рекомендуется животных направить в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным трихофитией.</p> <p>В случае подозрения на бездомное животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных.</p> <p><b>Термически и химически щадящее питание</b> – питание больных должно быть механически, термически и химически щадящим, обогащенным основными макро- и микроэлементами, с высокой калорийностью. При многочисленности высыпаний и нагноительных поверхностей пациент нуждается в восполнении теряемой жидкости.</p> <p>При нагноительной форме есть необходимость подбора питания с учетом количества белков, жиров, углеводов и электролитного баланса по назначению лечащего врача.</p>
----------	--

**Уход за пораженной кожей – ежедневный с использованием специализированных повязочных материалов и средств.**

<b>С</b>	<p>Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами: циклопирокс, крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [15]– или кетоконазол крем, мазь 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель– [15] или изоконазол, крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [34]– или бифоназол крем наружно 1 раз в сутки в течение 4-6 недель [34]– или 10% серная мазь местно вечером + йод 3% спиртовая настойка местно– утром [27,35] серно (5%)-дегтярная (10%) мазь местно вечером [35].</p> <p>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.</p>
----------	--

### **При инфицировании ран**

При всех формах возможна бактериальная колонизация или инфекции, особенно при более тяжелых формах, где раны могут быть множественными и длительными. Увеличение бионагрузки в колонизированных или инфицированных ранах ухудшает заживление. Следовательно, для профилактики инфицирования, снижения воспаления и нивелирования, имеющейся инфекции, назначаются системные антибиотики, которые являются основополагающими для ухода за ранами.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО  
НОЗОЛОГИИ «ТРИХОФИТИЯ»**

**ТАШКЕНТ – 2024**

## Основная часть

По данным ВОЗ наступившее столетие будет ознаменовано ростом грибковых заболеваний, средний уровень которого уже достиг 25%, причем данная частота переменна и составляет примерно для России 30%, для остальных стран Западной Европы 70%. По данным статистической отчетности на сегодняшний день уровень заболеваемости населения микозами кожи в целом по Узбекистану составляет около 24,5%.

Трихофития – высококонтагиозная дерматофития кожи, волос и ногтей, вызываемая грибами рода *Trichophyton*. Антропофильная трихофития, вызываемая антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и зооантропонозная, обусловленная зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных, являются – социально-значимыми высококонтагиозными заболеваниями гладкой кожи и волосистой части головы с высоким уровнем заболеваемости среди детей и взрослых. Процентное соотношение и доминирование различных возбудителей в общей структуре трихофитии варьирует и зависит от природно-географических, социально-экономических особенностей региона, традиционного уклада жизни населения, развития животноводства, санитарно-ветеринарного контроля [5,8,9,10,12,13,16,17,19,20].

Распространению инфекции способствуют миграция, уровень санитарной культуры, позднее выявление (от 2 нед до 3 мес) и ошибки в диагностике [12,16,17,18]. Своевременное выявление затрудняют первичный и вторичный патоморфоз: изменение путей передачи инфекции, клинический полиморфизм, атипичные, осложненные и стертые формы заболевания, протекающие под маской различных дерматозов [7,12,17]. Около 10% случаев осложняется абсцедированием [8,9,11,14,17], интоксикацией, при гнойно-воспалительных процессах (кериион Celsi) возрастает риск развития рубцовой алопеции и аллергических реакций [1,13,20,22]. В Узбекистане зооантропонозная трихофития представляет серьезную медико-социальную проблему - в 2013-2017 гг заболеваемость ЗАТ возросла от 20,2 до 28,2 на 100тыс населения [1,2].

Факторами способствующими экспрессии, являются широкое применение антибиотиков, цитостатических, кортикостероидных препаратов, заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем, снижение иммунного статуса населения, ухудшение санитарно-гигиенической обстановки (Бурова С.А., 1998; Кунакбаева Т.С., 2000).

Таким образом, в связи с вышеизложенным изучение клинико-эпидемиологических особенностей этого заболевания на современном этапе является актуальным с необходимостью создания национального протокола по работе с больными с учетом региональных особенностей, климатических условий и других важных социально-правовых факторов, которые могут влиять на систему оказания медицинской помощи данным пациентам.

## Определение

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

## Методы и процедуры профилактики:

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-х дневный срок подается извещение 058 форма в СЭС согласно приказу МЗ РУз №363 от 31.12.2020 года и в кожно-венерологические диспансеры по месту жительства.

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.

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. *gypseum*, 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.

### **Методы и процедуры реабилитации:**

Не проводится.

### **Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:**

- выздоровление;
- отсутствие появления свежих случаев заболевания
- уменьшение количества рецидивов заболевания
- улучшение качества жизни;

### **Литература:**

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., Потеева Н.С., Потеева Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
4. Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Состояние продукции цитокинов у больных зооантропонозной трихофитией. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2020. -№1-2. –С.124-128. (14.00.00; №1).
5. Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Роль эндогенных антимикробных пептидов и витамина Д в защите кожи от бактериальной и микотической инфекции. // Тиббиёт ва спорт.- Ташкент, 2020. -№4. –С.112-115. (14.00.00; №23).
6. Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш., Джумаев Н.Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика и цитокиновый статус у больных зооантропонозной

- трихофитией. // Проблемы медицинской микологии. - Россия, 2021. -Том23. -№1. –С. 25-31. (14.00.00; №107).
- 7.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Маликов К.З., Тохтаев Г.Ш. Оптимизация наружной терапии тяжелых форм зооантропонозной трихофитии. // Инфекция и иммунитет- Россия, 2022. -Том12. -№1. Online first (SCOPUS).
- 8.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Джумаев Н.Д. Видовой состав возбудителей зооантропонозной трихофитии у больных в Ташкентской области. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. -Ташкент, 2019. -№3. –С.46-47.
- 9.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Clinic features of trichophytha, approaches to treatment.// Перспективы развития дерматовенерологии в детском возрасте. 2-я Научно-практическая онлайн конференция с международным участием Сборник тезисов. -Ташкент, 2021,С. 61-62.
- 10.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н, Махмудов Ш.Х., Тохтаев Г.Ш. Clinical Course And Methods Of Treatment Of Trichophytosis. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. –Ташкент, 2023 №1. (101) –С.120-12.
11. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. 50 с.
12. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
13. 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.
14. Скрипкин Ю.К. и др. Микроспория. Российский медицинский журнал. - 1997, № 2, с. 37-40.
15. Рукавишникова В.М., Самсонов В. А. Лечение дерматофитий с преимущественным поражением волос. //Вестник дерматологии и венерологии. 1996. - 3. -С.17-20.
16. 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.
17. 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.
- 18.Eshboev E.X., Imamov O.S., Djumaev N.D., Toxtayev G.Sh. Dermatofycozes and methods of laboratory diagnosis. // Central Asian journal of medicine – Ташкент, 2023. - №1. -21-31p(SCOPUS).
- 19.Imamov O.S., Abduvakhitova I.N. Methods of treatment of zoonthroponotic trichophytosis.//II international scientific conference Beijing. 18-19.07.2023.-China, 2023 p.17.
20. Open -label, Multicenter Study Of Diflucan (Fluconazole) Given Once Daily To children With Tinea Capitis for 6 weeks" NCT00645242.
21. Randomized, single-blind study of efficacy and safety of Terbinafine compared to Griseofulvin in children with Tinea Capitis.
22. 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.
23. Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713.
24. 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.
25. 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.

26. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with Tinea Capitis caused by *Microsporum Canis* for 8 weeks.
27. Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина», 1983. С. 135–143.
28. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Бутова Ю.С. – М.: Медицина, 2002.
29. 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.
30. Аравийский Р.А., Горшкова Г.И. Практикум по медицинской микологии. – СПб.: СПбМАПО, 1995.- 40 с. 18
31. Бондаренко В.В. Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков; канд.дисс., 2002.
32. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения, профилактика. – М.: Крон-Пресс,1996. – 164 с.
33. Rassa Aly, PHD *Pediatr Infect Disease J.* 1999 18180-5.
34. Jones T.C. *British Journal of Dermatology* 1995, 132: 683 – 689.
35. 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.
36. Базаев В.Т., Дашевская О.В., Фидаров А.А., Царуева М.С., Фидаров А.В. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.
37. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред.. А.А.Кубановой, В.И. Кисиной – М., 2005, том VIII. С. 336-338
38. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Под редакцией Кубановой А.А. – М., 2008г., С. 266-268.
39. Рубинс А. Дерматовенерология Под общей редакцией А.А.Кубановой –М., 2011г., С. 70-72.
40. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей –М.,2015г.,С.222-235
41. 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.
42. Дерматовенерология /Под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова-СпецЛит., 2008, С.118-131.
43. Справочник кожные и венерические болезни / Под ред.Иванова О.Л. – М.: Медицина, 1997.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1639304259>

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_873/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/)

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_873/#paragraph\\_0h22g](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/#paragraph_0h22g)

[https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin\\_\\_](https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin__)

[https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine\\_\\_30960](https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine__30960)

<https://www.lsgeotar.ru/izokonazol.html>