Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«Микроспория»**

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** В 35.0/В 35.4

**Возрастная категория:** Взрослые, дети

**Год утверждения:** 2021 год (пересмотр 1 раз в 5 лет)

# Оглавление

# Список сокращений………………………………………………………………………...3

# Термины и определения……………………………………………………………………3

# Краткая информация……………………………………………………………………3

# 1.1. Определение………………………………………………………………………..3

# 1.2. Этиология и патогенез………………………………………………………..........3

# 1.3. Эпидемиология……………………………………………………………………..3

# 1.4. Кодированине по МКБ 10…………………………………………………………4

# 1.5. Классификация……………………………………………………………………..4

# 1.6. Клиническая картина………………………………………………………………5

# Диагностика …………………………………………………………………………….6

# Жалобы и анамнез…………………………………………………………………..7

# Физикальное обследование………………………………………………………...7

# Лабораторная диагностика…………………………………………………………7

# Инструментальная диагностика……………………………………………………7

# Иная диагностика…………………………………………………………………...7

# Лечение …………………………………………………………………………………7

# Консервативное лечение…………………………………………………………...7

# Хирургическое лечение…………………………………………………………...11

# Иное лечение……………………………………………………………………. ..11

# Реабилитация…………………………………………………………………………..11

# Профилактика и дисциплинарное наблюдение……………………………………...11

# Организация медицинской помощи……………………………………………….....14

# Критерии оценки качества медицинской помощи…………………………………..14

# Список литературы …………………………………………………………………...14

# Приложение А1 Состав рабочей группы ……………………………………………19

# Приложение А2 Справочные материалы включая соответствие показаний к применению и противопоказании, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата……………...20

# Приложение Б. Алгоритмы действий врача ………………………………………...22

# Приложение В. Информация для пациента………………………………………… 23

# Список сокращений

AЛT - анинаминотрансфераза

AСT - аспартатаминотрансфераза

МКБ - Международная классификация болезней

РКИ - рандомизированные контролируемые исследования

# Термины и определения

**Микроспория** - (от греческого *micros* - малый, *sporos* - семя) высоко контагиозный микоз, поражающий эпидермис, дерму (при глубоких формах - все слои кожи) с частым вовлечением в воспаление волос, вызываемое грибами рода *Microsporum* (*антропофилъными, зоофилъными и геофилъными* разновидностями).

Microsporum – род паразитических грибков, относящихся к классу несовершенных грибов: включает возбудителей микроспории у человека и животных.

# Краткая информация

## 1.1 Определение

Микроспория – высоко контагиозная дерматофития, вызываемая грибами рода Microsporum.

## 1.2 Этиология и патогенез

Возбудителями микроспории являются грибы Microsporum canis, которые относятся к повсеместно распространенным в мире зоофильным грибам, вызывающим дерматофитии 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. Заражение происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью.

## 1.3 Эпидемиология

В настоящее время методами молекулярной биологии описано 12 представителей рода Microsporum: M. ferrugineum, M. audouinii, M. nanum, M.racemosum, M. gallinae, M.fulvum, M. cookei, M. gypseum, M. amazonicum, M. canis,   
M. persicolor, M. praecox.

Для клиницистов наибольшее значение имеют следующие 4 вида грибов:   
M. canis, M. audouinii, М.gypseum, М.ferrugineum.

Факторами патогенности грибов рода Microsporum являются кератинлитические ферменты:

а) M. canis – относится к повсеместно распространенным в мире зоофильным грибам, вызывая дерматофитозы у кошек (особенно часто - котят), собак, обезьян, реже – других животных. Микоз, вызванный M. canis, чаще всего передается от животных, реже – от человека к человеку или предметы быта;

б) M. audouinii – также повсеместно встречающийся антропофильный возбудитель;

в) M. gypseum – геофильный, широко распространенный возбудитель. Может вызывать заболевание у человека, а также у животных (имеются описания случаев заболевания у кошек, собак, грызунов и лошадей, M. gypseum относится к числу почвенных сапрофитов и в большинстве случаев заболевание у человека возникает после контакта с почвой или, реже – с инфицированными животными.

г) M. ferrugineum – антропофильный возбудитель, распространенный в Азии (Китай, Япония), Восточной Европе, Центральной и Восточной Африке.

Антропофильные возбудители (M. ferrugineum и M.audouinii) передаются непосредственно от человека к человеку или через предметы обихода.

Самым распространенным возбудителем микроспории в Приднестровье является зоофильный гриб Microsporumcanis, вторым по частоте встречаемости – антропофильный гриб Microsporumferrugineum. Существенно реже заболевание вызывает геофильный гриб Microsporumgypseum.

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).

**1.4 Кодирование по МКБ 10**

В35.0 – Микоз бороды и головы; B35.4 – Микоз туловища

## 1.5 Классификация

1. Микоз волосистой части головы и бороды:

а) поверхностные формы микроспории с поражением волос;

б) поверхностные формы микроспории без поражения волос;

в) глубокие (инфильтративно-нагноительные) формы микроспории.

2. Микоз гладкой кожи:

а) микроспория:

1) антропофильная

2) зооантропофильная;

3) ограниченная;

4) многоочаговая.

## 1.6 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 отечных, 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 инфильтративую, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеа-подобную, псориазиформную и себороидную (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 отечностью, 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 разреженность волос. Очаги разряжения обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых можно обнаружить незначительное количество обломанных волос. Воспалительные явления в очагах минимальны, границы поражения нечетки.

# 2. Диагностика

# 2.1 Жалобы и анамнез

При поражении волосистой части головы: зуд, обламывание волос, шелушение.

При поражении гладкой кожи: зуд, покраснение, отечность, шелушение.

Инфильтративная форма: зуд, покраснение, отечность, шелушение, обламывание волос.

Инфильтративно-нагноительная форма: зуд, обламывание волос, шелушение, отделяемое желтого цвета, корки, недомогание, головные боли, лихорадочное состояние.

Экссудативная форма: зуд, покраснение, обламывание волос, отек, пузырьки, чешуйки и корки.

Трихофитоидная форма: зуд, шелушение, обламывание волос, облысение.

Себорейная форма: зуд, обламывание волос, шелушение с чешуйками желтого цвета.

**2.2 Физикальное обследование**

Объективные клинические проявления микроспории, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

## Лабораторная диагностика

## Для постановки диагноза микроспории рекомендуется основываться на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований:

## а) микроскопического исследования на грибы (не менее 4 раз);

## б) культурального исследования для идентификации вида возбудителя с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

## При назначении системных антимикотических препаратов рекомендуется:

а) проведение: общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);

б) общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);

в) биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели) AЛT, AСT, билирубин общий.

**2.4 Инструментальная диагностика**

Осмотр волосяного покрова под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) – 3 раза.

**2.5 Иная диагностика**

Не применяется.

# 3. Лечение

## 3.1 Консервативное лечение

## 3.1.1 Цели лечения:

## а) клиническое излечение;

## б) отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.

## 3.1.2 Общие замечания по терапии

а) при микроспории гладкой кожи (менее 3 очагов поражения), без поражения пушковых волос, применяют только наружные антимикотические средства;

б) 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.

## 3.1.3 Схемы лечения

* Рекомендуется применение системных антимикотических препаратов:

а) 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-х недель, далее -1 раз в 3 дня -2 недели.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

* Рекомендуются наружно:

а) циклопирокс, крем 2 раза в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1); или

## б) кетоконазол крем, мазь 1–2 раза в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1); или

в) изоконазол, крем 1 раз в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3); или

г) бифоназол крем 1 раз в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3); или

д) 10% серная мазь вечером + йод 3% спиртовая настойка утром.

## Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 4); или

е) серно (5%)-дегтярная (10%) мазь вечером.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).**

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

* Для лечения инфильтративно-нагноительной формы изначально рекомендуется применять наружно антисептики и противовоспалительные лекарственные средства (в виде примочек и мазей):

а) ихтиол, мазь 10% 2–3 раза в сутки в течение 2-3 дней.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4); или

## б) калия перманганат, раствор 1:6000 2-3 раза в сутки в течение 1-2 дней.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4); или

## в) этакридин, раствор 1: 1000 2–3 раза в сутки в течение 1-2 дней.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4); или

## г) Нитрофурал, раствор 1:5000 2–3 раза в сутки в течение 1-2 дней.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).**

*Комментарии: затем лечение продолжают вышеуказанными противогрибковыми лекарственными средствами. Применение системных антимикотических препаратов во время беременности и лактации противопоказано.*

* Лечение всех форм микроспории во время беременности рекомендуется проводить только местно-действующими препаратами.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

## Рекомендуются следующие альтернативные схемы лечения:

## а) тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды (взрослым и детям с массой тела >40 кг) ежедневно в течение 3-4 месяцев.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1); или

## б) итраконазол (С) 200 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

## Для лечения детей рекомендуется:

## а) гризеофульвин\* 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 1 раз в 3 дня- 2 недели.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

## Рекомендуются следующие альтернативные схемы лечения:

а) тербинафин перорально после еды: детям с массой тела >40 кг – 250 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела от 20 до 40 кг – 125 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела <20 кг – 62,5 мг 1 раз в сутки ежедневно в течение 5-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1); или

## б) 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.

## Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

* Для лечения детей рекомендуется использование наружно:

а) Циклопирокс крем (В) 2 раза в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1); или

## б) кетоконазол крем, мазь 1–2 раза в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1); или

## в) изоконазол крем 1 раз в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3); или

## г) бифоназол крем 1 раз в сутки в течение 4-6 недель.

## Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3); или

## д) серно (5%)-дегтярная (10%) мазь вечером.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).**

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

## 3.1.4 Требования к результатам лечения:

## а) разрешение клинических проявлений;

б) отсутствие свечения волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда);

в) 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 - 1раз в 3-5дней).

## 3.2 Хирургическое лечение

Не назначается

## 3.3 Иное лечение

## Не требуется

# 4. Реабилитация

Не применяется.

# 5. Профилактика и диспансерное наблюдение

## Профилактические мероприятия

Профилактические мероприятия при микроспории включают:

а) санитарно-гигиенические, в т.ч. соблюдение мер личной гигиены;

б) дезинфекционные (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.

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 среди семьи проводится врачом дерматовенерологом на амбулаторном приёме. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции. Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы с использованием люминесцентный лампы проводится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

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.

**5.2 Противоэпидемические мероприятия**

На больного микроспорией, выявленного впервые, в 3-хдневный срок подается извещение в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний «Центра

гигиены и эпидемиологии», в территориальные кожно-венерологические диспансеры (отделения или кабинеты). Каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые диагностированное.

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 медицинскими организациями и организациями государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Проводится изоляция больного.

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

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

Текущую дезинфекцию в очагах выявления случая микроспории в лечебных учреждениях организует медицинская организация, установившая заболевание. Текущую дезинфекцию на дому до госпитализации, 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 ее выполнение начинается не позднее, чем через 3 часа с момента выявления больного.

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 или дезинфекционный отдел Центра гигиены и эпидемиологии.

Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и другое.

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

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

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.

## 5.3. Диспансерное наблюдение

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.

# 6. Организация медицинской помощи

## Показания для госпитализации:

а) отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;

б) инфильтративно-нагноительная форма микроспории/трихофитии с нарушением общего состояния (подъем температуры тела, явления интоксикации и пр.).

в) Очаги микроспории/трихофитии с поражением волосистой части головы, а также 5 и более очагов на гладкой коже с вовлечением пушковых волос.

г) тяжелая сопутствующая патология

д) по эпидемиологическим и социальным показаниям: пациенты, проживающие в интернатах, детских домах, социально-реабилитационных центрах, учебно- воспитательных учреждениях закрытого типа, общежитиях, а также дети из многодетных, малоимущих семей, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Лицам из указанных групп затруднено проведение надлежащих диагностических, лечебных и профилактических мероприятий вне стационара.

# Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности доказательств |
| 1 | Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим исследованием на грибы | 1 | А |
| 2 | Выполнено исследование волос под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) | 1 | А |
| 3 | Проведена терапия гризеофульвином или тербинафином или итраконазолом | 1,2 | А, В, С |

# 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. Ухманов 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 Cl, 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., Шебашова Н.В. Cравнительная 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 TineaCapitis.
20. Terbinafine Compared to Griseofulvin in Children With TineaCapitis. Intervention Allocation: RandomizedEndpoint Classification: Safety/Efficacy StudyIntervention Model: Singl e Group AssignmentMasking: Single Blind 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 TineaCapitis in Children NCT00127868
23. A Randomized, Open Label, Single-Dose,three-period, Crossover study to evaluate the relative bioavailability of 250 mg terbinafint given orally either as one 250 mg Lamisil tablet(MF), Two 125 mg Lamisil tablet(MF) or as sixty minitablets in healthy subjects.
24. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with TineaCapitis caused by MicrosporumCanis 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. RassaAly, PHD Pediatr Infect Disease J. 1999 18180-5.
36. Jones T.C. British Journal of Dermatology 1995, 132: 683 – 689.
37. Caceres Rhos H., Rueda M., Ballona R., Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tineacapitis. J AmAcadDermatol, 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 tineacapitis caused by Trichophyton species: griseofulvin versus the new oral antifungal agents, terbinafine, itraconasole 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 edtion. G.S. de Hoog, J. Guarro, J. Gene, M.J. Figueras. UniversitetRovire 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.

# Приложение А1

# Состав рабочей группы

Председатель:

Барановская Н.Т. - врач дерматовенеролог высшей категории, заместитель главного врача по ОМР ГУ «РКВД».

Члены:

Перчун А.М. – врач дерматовенеролог высшей категории, заведующая диспансерным отделением ГУ «РКВД»;

Спорыш Е.Л. –врач дерматовенеролог первой категории, заведующая КВО ГУ «БЦГБ».

Козак И.И. - врач дерматовенеролог ГУ «РКВД»;

Манталуца А.В. – врач дерматовенеролог, заведующая стационарным отделением ГУ «РКВД»;

**Конфликт интересов**: конфликт интересов отсутствует.

**Приложение А2**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и** **противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно- правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года №29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1) в текущей редакции;

2. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в текущей редакции;

3. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи»;

4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 01 ноября 1999 года № 363 «О дополнительных мерах по усилению профилактических мероприятий по борьбе с чесоткой, дерматомикозами и другими заразными кожными болезнями»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 3 июля 2013 года № 297 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 20 января 2011 года № 42 «О введении в действие СанПиН Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики 3.2.1333-10 «Профилактика паразитарных болезней на территории Приднестровской Молдавской Республики»;

6. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 01 июля 2019 года № 446 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств», в текущей редакции.

# 

# Приложение Б

# Алгоритмы действий врача по ведению пациента



# Приложение В

# Информация для пациента

С целью предупреждения повторного заражения микроспорией необходимо обследование всех контактов больного, проведение противоэпидемических мероприятий

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.

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

При установленном источнике заражения рекомендуется животных (кошек, собак) направить 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.

## Дополнительная информация для пациентов с микозом волосистой части головы и гладкой кожи

Микоз волосистой части головы и гладкой кожи (микроспория, трихофития) – заразное грибковое заболевание кожи*.*

Заражение происходит от животных: кошек, собак, крупного и мелкого рогатого скота. Заражение может возникнуть от больного человека, в том числе при занятиях в спортивных секциях контактными видами спорта (греко-римская борьба, самбо, дзюдо и др.), поэтому необходимо обследовать всех лиц, бывших в контакте с больным микозом

Ребенок, больной микозом волосистой части головы, не допускается в детское учреждение (детский сад, школа), а также в спортивные секции. Взрослые пациенты, относящиеся к лицам определенных профессий (*декретированной группе населения)* не допускаются к работе до полного излечения.

Лечение проводится амбулаторно. Средние сроки лечения составляют 1,5–2 месяца.

Лабораторные исследования на грибы (соскоб) осуществляются 1 раз в 1–2 недели.

Водные процедуры (душ, баня, ванна, бассейн) исключаются до выздоровления.

Возможны гигиенические процедуры.

Одежда на время лечения должна быть распашная (например, рубашки). Для больного необходимо выделить отдельную комнату или часть ее с отдельной постелью и предметами ухода (расческа, мочалка, таз для мытья, ножницы, носки и обувь). Комнату, где живет больной, мебель, предметы ухода за ним подвергают влажной уборке, мягкую мебель покрывают чехлами.

Сбор грязного белья больного и хранение до дезинфекции проводят отдельно от белья других членов семьи.

При поражении волосистой части головы весь период лечения больной должен носить белую, плотно прилегающую шапочку или косынку из легко стирающейся ткани, закрывающую всю волосистую часть головы.

Лицо, осуществляющее уход за больным, должно соблюдать правила личной гигиены: работать в халате, в косынке, после ухода за больным и его вещами и после уборки помещения тщательно мыть руки.

Домашние животные, поголовье крупного и мелкого рогатого скота обследуются у ветеринара. Не допускается совместное пребывание детей и домашних животных.

В каждом случае заболевания проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

* Для дезинфекции в домашних условиях рекомендуется:

а) стирка в стиральной машине при высоких температурах (90 градусов);

б) проглаживание верхней одежды, чехлов с мебели, постельных принадлежностей горячим утюгом с двух сторон через влажную ткань или отпаривателем;

в) погружение в дезинфицирующий раствор - 0,06% раствор натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (4 таблетки натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты на 10 л воды) в течение 1 часа;

г) с помощью пылесоса необходимо проводить чистку верхней одежды и мягкой мебели (при условии последующего обеззараживания матерчатого сборника пыли кипячением или использовании одноразового пылесборника);

д) влажную уборку помещения, где находится больной, а также обработку предметов обихода, с которыми он соприкасался, проводят моющими средствами (ветошь по окончании уборки дезинфицируют кипячением). Мягкую мебель, покрытую чехлами из легко стирающейся ткани, подвергают ежедневной обработке пылесосом.

Заключительная дезинфекция проводится после окончания лечения больного.

При двух отрицательных результатах соскобов на грибы ребенок допускается в детский коллектив, взрослый пациент декретированной группы населения допускается к работе. Третий контрольный соскоб на грибы производится через десять дней, затем в течение 3 месяцев пациент находится под диспансерным наблюдением у дерматовенеролога.