Приложение 3
к приказу № 287
от «15» сентября 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

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

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»

ТАШКЕНТ 2025

“УТВЕРЖДАЮ”
И.о. директора ГУ
“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
Сабиров У.Ю.

_____
«____» _____ 2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»

ТАШКЕНТ 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»

ТАШКЕНТ 2025

1. **Вводная часть**

Коды МКБ-10/11: .

B35.0	**Микоз волосистой части головы и бороды**	**1F28**	**Дерматофития**
B35.4	**Микоз туловища**	**1F28.0**	**Дерматофития волосистой части головы**
	https://mkb 10.com/index.php?pid=11157		**https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1639304259**

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 Улугбек Юсупханович – Директор РСНПМЦДВиК МЗ РУз, д.м.н., профессор.
2. Карабаева Индира Ташпулатовна – Главный методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов РСНПМЦДВиК МЗ РУз, к.м.н.
3. Боходирова Афруза Ахрор кизи - Ученый секретарь РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Рецензенты:

1 Мухамадиева Кибрие Мансуровна - заведующая кафедрой дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ «Таджикского государственного медицинского Университета имени Абуали ибн Сино», д.м.н., доцент

2.Фаттахов Бобур Шавкатович –лаборант научной лаборатории по изучению эпидемиологического состояния кожных и венерических заболеваний, к.м.н.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

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

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 4 от 24.04.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

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

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения микроспории в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов данной нозологии:
пациенты, подозреваемые на микроспорию и лица с подтверждённым диагнозом.

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

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	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
3	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
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев,

	исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

УУР	**Расшифровка**
A	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	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)
C	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 «МИКРОСПОРИЯ»……4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»……22

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»……29

Список сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РИФ	непрямая реакция иммунофлюоресценции
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФлА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
НИЛИ	Низкоинтенсивное лазерное облучение
М	Микроспорум

Основная часть.

Введение

Микроспория – высококонтагиозная дерматофития кожи и волос, вызываемая грибами рода Microsporum. По данным Всемирной организации здравоохранения установлено, что микроспория составляет 60-99,7% всех дерматомикозов, а ежегодный прирост заболеваемости достигает 8%. Общеизвестным является факт, что микроспорией болеют преимущественно дети: 90% случаев микроспории регистрируется у детей до 14 лет. Микоз обладает высокой контагиозностью и в детских коллективах может протекать в виде эпидемиологических вспышек [2,6,21,26].

Этиология и патогенез

В настоящее время известно более двадцати видов гриба Microsporum. Из них в качестве патогенов выделяют следующие:

• Антропофильная группа –M. ferrugineum, M. audouinii

• Зоофильная группа –M. canis, M. nanum, M. persicolor.

• Геофильная группа – M. gypseum, M. cookeii.

Для клиницистов наибольшее значение имеют следующие 4 вида грибов: M. canis, M. audouinii, M. gypseum и M. ferrugineum. Этиологическая роль различных видов рода Microsporum в патологии человека и животных неоднозначна. На территории стран СНГ микроспория обусловлена зоофильным M. canis и более контагиозным, хотя и менее распространенным антропофильным M. ferrugineum [8,15,24].

Носителями и основным источником заражения являются кошки (обычно котята), собаки, реже кролики, морские свинки. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным животным или предметами, инфицированными шерстью или чешуйками. (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. Грибы рода Микроспорум характеризуются высокой устойчивостью во внешней среде и могут сохранять свою жизнеспособность в чешуйках кожи, в обломках волос и шерсти животных в течение многих месяцев и даже лет (до 10 лет). Попав на кожу, возбудитель внедряется в нее и начинает размножаться. При расположении вблизи устьев волосяных фолликулов споры гриба прорастают, приводя к поражению волоса. Довольно быстро распространяясь по поверхности волос, гифы мицелия разрушают кутикулу, между чешуйками которой скапливаются споры. Таким образом, гриб окружает волос, формируя чехол, и плотно заполняет фолликулярный аппарат, что приводит к обламыванию волос [3,16].

Эпидемиология

Заболевание встречается повсеместно. Самым распространенным возбудителем микроспории в Узбекистане является зоофильный гриб Microsporum canis, вторым по частоте встречаемости – антропофильный гриб Microsporum ferrugineum. Существенно реже заболевание вызывает геофильный гриб Microsporum gypseum. M. canis является доминирующим возбудителем микроспории гладкой кожи и волосистой части головы в детском возрасте. Данная восприимчивость связана с особенностями организма ребенка (недостаточная плотность и компактность кератина эпидермиса и волос, непрочные связи между клетками эпидермиса, несовершенство защитной функции водно-липидной мантии за счет сдвига pH в нейтральную сторону). В последние два десятилетия отмечен рост заболеваемости микроспорией у новорожденных. Антропофильные возбудители могут вызывать эпидемические вспышки микроспории в семье, детском коллективе [9,23,28]. Инкубационный период для микроспории составляет от 5-7 дней при зоофильном возбудителе, до 4 недель — при антропофильной инфекции. Заболеваемость зоонозной микроспорией неодинакова в течение года. Подъем заболеваемости начинается в конце лета, пик приходится на октябрь–ноябрь, снижение до минимума наступает в марте–апреле. Показатели заболеваемости микроспорией значительно выше у городского населения, чем у сельского, в основном болеют мальчики от 3 до 11 лет [2,6,8].

Классификация

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория

По этиологии

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

По расположению выделяют

- Микроспорию гладкой кожи:
- Микроспорию волосистой части головы.
- Микроспорию гладкой кожи и волосистой части головы

Клиническая картина

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535

Microsporum canis поражает волосы, гладкую кожу, очень редко – ногти, очаги заболевания могут располагаться как на открытых, так и на закрытых частях тела.

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 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 асбестовидного шелушения. В дальнейшем характерно образование одного или двух крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами размером от 3 до 5 см в диаметре и нескольких мелких очагов – отсевов, размером от 0,3-1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 4-5 мм.

Наряду с типичной клинической симптоматикой зооантропонозной микроспории в последние годы нередко наблюдаются атипичные ее варианты. К ним относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, псориазиформную, трихофитоидную, экссудативную, себорейную 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. 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. Разреженные 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 разрежены или имеются участки очагового облысения.

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

При повышенной реактивности организма на внедрение грибов могут появляться вторичные аллергические высыпания — микиды. Чаще микиды наблюдаются при микроспории, обусловленой зооантропофильными грибами. Микиды могут быть поверхностными (лихеноидными, эритематозными, эритемато-сквамозными, везикулезными) и более глубокими (узловатыми). Они локализуются как вблизи от очагов микоза, так и на большом отдалении. Во вторичных высыпаниях обнаружить элементы гриба не удается. Клинико-морфологически дерматомикиды могут напоминать скарлатино- и кореподобную сыпь, парапсориаз, розовый лишай и т.д. Появление дерматомикидов может сопровождаться головной болью, недомоганием, слабостью, повышением температуры [3,7,9,14,25,26].

Методы, подходы и процедуры диагностики

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://diseases.medelement.com/disease/микроспория 2021/17548

Диагностика микроспории осуществляется на основании жалоб, эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями

Жалобы и эпидемиологический анамнез

Больные с микроспорией предъявляют жалобы на наличие ограниченных или распространенных эритематозных очагов на коже или волосистой части головы, сопровождающиеся зудом или болезненностью и обламыванием волос.
Больные часто указывают на контакт с больными домашними животными (кошки, собаки) или с больными людьми.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

https://diseases.medelement.com/disease/
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

- *объективные клинические проявления микроспории выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».*
- Общий анализ крови
- Микроскопическое исследование поражённых волос, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.
- Для определения вида возбудителя рекомендуется культуральное исследование и методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) с использованием тест-систем, разрешенных к применению в Республике Узбекистан.
- Биохимический анализ крови для определения уровня билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочной фосфатазы, глюкозы

- определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови
- В случае резистентных форм при длительном лечении препаратом тербинафин определение тербинафин-резистентности методом ПЦР
- Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР; Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- При наличии осложнений бактериальной флорой рекомендуется бактериологическое исследование с выявлением чувствительности к антибиотикам
- Иммунологические исследования
- Общий анализ мочи
- Общий анализ кала
- Диагностика инфекции методом ИФА, ПЦР и другими методами
- При наличии осложнений (аллергических высыпаний) иммуноглобулин Е методом ИФА
- Иммунологические исследования
- УЗИ внутренних органов
- Инструментальные методы исследования: дерматоскопия, осмотр под лампой Вуда
- Консультации смежных специалистов(терапевт, педиатр и другие)

При назначении системных антимикотических препаратов необходимо проведение:
-общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней);
-общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней);
-биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и каждые 3 недели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

Дифференциальная диагностика микроспории
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535

Микроспорию дифференцируют с трихофитией, руброфитией, розовым лишаем Жибера, псориазом, себорейным дерматитом.

Диагноз	**Обоснование дифференциальной диагностики**	**Обследование**
Трихофития	мелкие шелушащиеся очаги неправильной формы с выраженными воспалительными явлениями и некоторым поредением волос. Характерно наличие в очагах поражения коротких обломанных волос выступающие на 1-3 мм над уровнем кожи. Иногда волосы обламываются над уровнем кожи и имеют вид «черных точек».	Нет свечения при осмотре в лучах лампы Вуда пораженных волос при трихофитии, обнаружение элементов патогенного гриба микроскопическом исследовании и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

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.
Псориаз	Четкость границ, сухость в области поражения, серебристый характер чешуек, отсутствие обломанных волос в очагах. феномены: стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения, поражение ногтевых пластинок.	Отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделения возбудителя при культуральном исследовании
Себорейный дерматит	Шелушение без признаков воспаления (перхоть или простой питириаз). воспалительные пятна, реже слабо инфильтрированные бляшки 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 и заушных складок.	Отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделения возбудителя при культуральном исследовании
Руброфития	Четкие границы, кольцевидные или неправильные очертания с приподнятым воспалительным валиком по периферии, признаки регресса в центре и склонность очага к росту и слиянию	обнаружение элементов патогенного гриба микроскопическом исследовании и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://diseases.medelement.com/disease/микроспория 2021/17548

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

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.

При лечении микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос применяются наружные антимикотические препараты. При множественных очагах на коже (3 и более), вовлечении в патологический процесс пушковых волос, а также при поражении волосистой части головы необходимо комплексное лечение, включающее системный противогрибковый препарат, наружные антимикотические средства, сбривание волос или эпиляция 1 раз в 7-10 дней. При выраженных воспалительных явлениях наружно применяют антисептические и противовоспалительные средства. Ввиду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении:

- при микроспории волосистой части головы и гладкой кожи с поражением пушковых волос - 3 месяца
- при микроспории гладкой кожи - 1 месяц.

Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить:

- при микроспории волосистой части головы и микроспории гладкой кожи с поражением пушковых волос - 1 раз в месяц,
- при микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос - 1 раз в 10 дней.

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 в дозировке 21-22 мг на кг массы тела в сутки перорально в 3 приема после еды 4-6 недель	A https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin__3692
Противогрибковое средство	Тербинафин -250 мг (таб)	Таб. 250 мг в зависимости от массы тела >40 кг – 250 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела от 20 до 40 кг – 125 мг 1 раз в сутки,	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekom

		детям с массой тела <20 кг – 62,5 мг перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в течение 4-6 недель	endacii.pdf https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine__30960
Противогрибковое средство	Итраконазол- 100 мг (капсулы, таблетки)	Капс.100 мг детям в возрасте старше 12 лет - 5 мг на 1 кг массы тела, взрослым 200 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель.	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf https://www.vidal.ru/drugs/itraconzol__29615
Противогрибковое средство	Кетоконазол 200мг (таб)	Таб 200 мг взрослым и детям с массой более 30 кг — по 200 мг 1 раз в день, детям с массой тела от 15 до 30 кг — 100 мг 1 раз во время еды в течение 4–6 недель.	В https://www.rlsnet.ru/active-substance/ketokonazol-816
Противогрибковое средство	Кетоконазол крем	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/active-substance/ketokonazol-841
Противогрибковое средство	Циклопирокс крем	2 наружно раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47
Противогрибковое средство	Нафтифин крем	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/drugs/naftifin-79375
Противогрибковое средство	Тербинафин крем, мазь	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine__16430

Противогрибковое средство	Изоконазол крем	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/active-substance/ekonazol
Противогрибковое средство	Миконазол крем	крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/active substance/mykonazol
Противогрибковое средство	Эконазол крем	крем 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель	В https://www.rlsnet.ru/active-
Противогрибковое средство	Бифоназол крем	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123
Противогрибковое средство	серно (10%)-салициловая (3 %) мазь	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikrospia,_kistej_i_tulovishcha.pdf

Примечание: 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.
Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.
Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.
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.

Таблица 2

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Иммуномодуляторы	Иммуномодулин-0.01%-1мл (амп)	в/м- взрослым по (амп)1мл 1р в день детям препарат вводят из расчета массы тела: до 10 кг - 0,1 мл; 10-30 кг- 0,3 мл; 30-50 кг - 0,5 мл- в течении 10 дней;	С https://pharmaclick.uz/ru/catalog/immunostimulyatory/immunomodulin
Гепатопротекторы	Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) раствор развести кровью пациента в соотношении 1:1. Перорально детям старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды в течении 2-4 недель.	С https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides__30447
Гепатопротекторы	Антраль (таб)	перорально взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием после еды 3 раза в сутки в течении 2-4 недель	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Гепатопротекторы	Силимарин 35 мг (таб)	Перорально 3раза в сутки взрослым и детям в возрасте старше 12 лет по 1–2 таблетки в течении 2-4 недель.	С https://www.vidal.ru/drugs/carsil_forte
Десенсибилизирующие	Кальция глюконат-10%-10 мл (амп)	В/в, В/м, глубоко внутримышечно, медленно внутривенно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 10% раствора. Детям до 14 лет — в зависимости от возраста, препарат вводится в следующих дозах: до 6 месяцев - 0,1-1 мл; 7-12 месяцев - 1-1,5 мл; 1-3 года -1,5-2 мл; 4-6 лет - 2-2,5 мл; 7-14 лет - 3-5 мл в течении 10 дней. Раствор перед введением согревают до температуры тела.	С https://farmak.uz/drugs/calcium-gluconate/
Десенсибилизирующие	Тиосульфат натрия 30% -10 мл(амп)	В/в. Взрослым и детям с 14 лет вводить по 5-10 мл, детям до 1-3 года – 1,5-2 мл; 4-6 лет – 2-2,5 мл; 7-14 лет – 3-5 мл. внутривенно в течение 10 дней	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c

Антигистаминные	Цетиризин 10 мг (таб)	Перорально- табл, раствор; табл 10 мг- взрослые и дети в возрасте старше 12 лет или по 20 капель (10 мг) или по 1 табл. 1 раз в сутки в течение 10-15 дней. Детям от 2 до 6 лет 2,5 мг (5 капель) 2 раза в день утром и вечером	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминные	Левоцетиризин 5 мг (таб)	Перорально-табл, раствор, Взрослые и дети старше 6 лет: 1таб или раствор 20 капель 1 раз в сутки . Дети в возрасте от 2 до 6 лет: по 1.25 мг (5 капель) 2 раза/сут10-15 дней.	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминные	Лоратадин 10 мг (таб)	Перорально-табл. Взрослые и дети старше 12 лет: 10 мг (1 таблетка) один раз в сутки. Дети от 2 до 12 лет: с массой тела > 30 кг – 10 мг (1 таблетка) один раз в сутки, с массой тела < 30 кг – 5 мг (½ таблетки) один раз в сутки. в течение 10-15 дней	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминные	Дезлоратадин- 5 мг (таб)	Перорально-табл. взрослым и детям с 12 лет принимать по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминные	Мебгидролин-50, 100 мг (таб, драже)	Перорально- табл взрослым и детям старше 10 лет - 100-300 мг/сут. Детям старше 10 лет - 100-300 мг/сут. Суточная доза для детей в возрасте 5-10 лет - 100-200 мг; 2-5 лет - 50-150 мг; до 2 лет - 50-100 мг. в течение 10-15 дней	С https://farmak.uz/drugs/diazolin-tabletky
Биогенные стимуляторы	Экстракт алоэ жидкий для инъекций (амп)	Подкожно взрослым по 1 мл, детям до 5 лет–0,2-0,3 мл, старше 5 лет–0,5 мл.- 1 раз в сутки в течение 10-15 дней	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Витамины	Цианокобаламин (амп)	в/м или в/в по 1 мл 1 раз в сутки в течение 10-15 дней .	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/
Витамины	Рибофлавин (таб, амп)	Перорально: в/м; Взрослым - 10 мг(1таб) 1 раз в сутки ; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки в течение 10-15 дней. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/
Витамины	Фолиевая	Перорально-таб после еды	С

	кислота 1мг (таб)	взрослым по 1–2 мг 3 раза в сутки. Детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг 1–2 раза в сутки в течении 20–30 дней	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/
Витамины	Тиамин (амп)	в/м- взрослым назначают по 25–50 мг (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14849254/
Витамины	Аскорбиновая кислота (таб, драже, амп)	Перорально, в/м; взрослым по 0.05-0.1 г (1-2 драже) 3-5 раз/сут, детям с 5 лет - по 0.05-0.1 г (1-2 драже) 3 раза после еды; в/м 1-2 мл (5% раствора) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148154/
Антисептические и противовоспалительные препараты	Йод 2-5% спиртовой раствор	наружно 2 раза в сутки в течение 4-6 недель	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
Антисептические и противовоспалительные препараты	фурацилин, раствор 1:5000	наружно 2 раза в сутки в течение 1–2 дней	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
Антисептические и противовоспалительные препараты	фукорцин спиртовой раствор.	наружно 2 раза в сутки . После подсыхания на обработанный участок можно наносить мази.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
Антисептические и противовоспалительные препараты	бриллиантовый зеленый, спиртовой раствор 1%	наружно 2 раза в сутки. после подсыхания жидкости на обработанный участок можно наносить мази.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx

Антисептические и противовоспалительные препараты	ихтиоловая мазь 10%-20%	наружно 2 раза в сутки в течение 2–3 дней	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx

Примечание: 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.
Применение наружных и системных антибактериальных средств, топических глюкокортикостероидов и комбинированных препаратов проводится строго по показаниям, с учётом клинической необходимости.
Выбор конкретного препарата определяется лечащим врачом.
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.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ

«МИКРОСПОРИЯ»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Микроспория – высококонтагиозная дерматофития кожи и волос, вызываемая грибами рода Microsporum. По данным Всемирной организации здравоохранения установлено, что микроспория составляет 60-99,7% всех дерматомикозов, а ежегодный прирост заболеваемости достигает 8%. Общеизвестным является факт, что микроспорией болеют преимущественно дети: 90% случаев микроспории регистрируется у детей до 14 лет. Микоз обладает высокой контагиозностью и в детских коллективах может протекать в виде эпидемиологических вспышек [2,6,21,26].

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория

https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Тактика лечения микроспории на амбулаторном и стационарном уровнях:
направлена на уничтожение возбудителя с помощью антимикотических препаратов. Неспецифические методы терапии используют для лечения осложнений, сопутствующих микозу и профилактики побочных эффектов системных антимикотических препаратов.

Показания для госпитализации:

-отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;

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

- поражение волосистой части головы

-множественные очаги на коже (3 и более),

-вовлечении в патологический процесс пушковых волос

-тяжелая сопутствующая патология

-по эпидемиологическим и социальным показаниям: пациенты, проживающие в интернатах, детских домах, социально-реабилитационных центрах, учебно- воспитательных учреждениях закрытого типа, общежитиях. Лицам из указанных групп затруднено проведение надлежащих диагностических, лечебных и профилактических мероприятий вне стационара.

При выраженных воспалительных явлениях наружно применяют антисептические и противовоспалительные средства.
При микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос, единичных очагах (менее 3 очагов поражения) применяют только наружные антимикотические средства;

Показанием к назначению системных антимикотических препаратов являются:

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

Лечение этих форм основано на сочетании системных и местных антимикотических препаратов.
Волосы в очагах поражения сбривают или эпилируют 1 раз в 5-7 дней до микологической негативации.

Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения взрослых:

A	Гризеофульвин 125 мг 21-22 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема (не более 1,0 г в сутки) перорально после еды с чайной ложкой растительного масла ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (обычно 3-4 недели), затем через день в течение 2 недель, далее 1 раз в 3 дня- 2 недели [11,19].
B	Тербинафин 250 мг доза устанавливается в зависимости от массы тела. Взрослым 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4–6 недель [14,22,24]. или Итраконазол 100 мг взрослым 200 мг 1 раз в сутки перорально после еды в течение 4–6 недель [11,15,27].

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

При аллергических высыпаниях (микидах) и выраженном зуде применяются антигистаминные препараты:

C	- Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней - Левоцитеризин 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней - Лоратадин 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней - Дезлоратадин 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней

	- Мебгидролин 0,1 1 раз в сутки перорально в течение 10 дней - Кальция глюконат, раствор 10% 5–10 мл 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10 дней - Натрия тиосульфат, раствор 30% 5 -10 мл 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней

Дополнительно проводится терапия местно-действующими препаратами:

В	-2-5% спиртовой раствор йода 2–3 раза местно в сутки в течение 1–2 дней изоконазол, крем 2 раза в сутки наружно в течение 4 недель или кетоконазол, крем, мазь 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или тербинафин крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или миконазол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или нафтифин, крем, раствор 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или сертаконазол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или циклопирокс, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или эконазол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или бифоназол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений или серно (10%)-салициловая (3 %))мазь 2раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений

При многоочаговой микроспории волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса

С	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. [11,13].

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

С	калия перманганат, раствор 1:6000 2–3 раза местно в сутки в течение 1–2 дней или этакридин, раствор 1: 1000 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней или фурацилин, раствор 1:5000 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней или фукорцин спиртовой раствор. 2–3 раза в сутки местно в течение 1–2 дней или бриллиантовый зеленый**, спиртовой** раствор 1% затем - серно-салициловая мазь 10% местно 2 раза в сутки до разрешения инфильтраций – ихтиоловая мазь 10-20% 2–3 раза в сутки местно в течение 2–3 дней [12,19].

Комментарии: далее назначают антимикотические лекарственные средства по схемам, описанным выше.
https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer
https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

С	НИЛИ Озонотерапия

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

Особые ситуации: Беременность и лактация.

В	Применение системных антимикотических препаратов во время беременности и лактации противопоказано. Лечение всех форм микроспории во время беременности проводится только местнодействующими препаратами. Волосы в очагах поражения сбривают или эпилируют 1 раз в 5-7 дней. [17,20]

Лечение детей

Рекомендованные схемы лечения

А	Гризеофульвин 125 мг перорально 18-20 мг на кг массы тела в сутки после еды с чайной ложной растительного масла 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 [11,13,19,20].

В	Тербинафин 250 мг доза устанавливается в зависимости от массы тела. При массе тела ребенка меньше 20 кг в дозе 62,5 мг в сутки; детям с массой тела от 20 до 40 кг – 125 мг; более 40 кг – 250 мг. перорально 1 раз в сутки после еды ежедневно в– течение 5–6 недель [14,22,24]. или Итраконазол 100 мг: 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. [11,15,27].

С целью повышения эффективности патогенетической терапии рекомендовано: [15,17,27,29].

С	• Биогенные стимуляторы • Витаминотерапия и микроэлементы: витамины A,C,D, E, группы B • Гипосенсибилизирующая терапия • Антигистаминные препараты • Иммуномодуляторы • Гепатопротекторы

Требования к результатам лечения

- разрешение клинических проявлений;
- три отрицательных контрольных результатов микроскопического исследования
  при микроспории волосистой части головы - 1 раз в 5-7 дней
  при микроспории гладкой кожи 1раз в 3 дня
- отсутствие свечения при осмотре под лампой Вуда

При наличии симптомов, изменений в лабораторно-инструментальных исследованиях назначаются витаминотерапия и лечебные средства, обладающие гепатопротекторным свойством, выбор препарата, обладающим данными свойствами, определяется врачом [15,17,27,29].

С	- Эссенциальные фосфолипиды в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения. 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.; -Антраль внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием, детям 4-10 лет - по 100 мг на прием -Силимарин 35 мг внутрь 3раза в сутки взрослым и детям в возрасте старше 12 лет перорально по 1–2 таблетки. -Экстракт алоэ жидкий п/к по 1 мл ежедневно, детям до 5 лет–0,2-0,3 мл, старше 5 лет– 0,5 мл. в течении 10-15 дней - Аскорбиновая кислота внутрь по 1-3(50 мг) таблетки в день во время еды, в/м, в/в 250-1000мг/сут в течении 10-15 дней - Рибофлавин внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. в/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней - Фолиевая кислота 1мг внутрь после еды взрослым по 1–2 мг (1–2 таблетки) 1–3 раза в сутки, детям в возрасте старше 3 лет по 1 мг 1–2 раза в сутки в течении 20 дней - Цианокобаламин в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в в течение 10-15 дней -Тиамин в/м 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 в течении 10-15 дней.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКРОСПОРИЯ»

ТАШКЕНТ – 2025

Введение

Микроспория – высококонтагиозная дерматофития кожи и волос, вызываемая грибами рода Microsporum. По данным Всемирной организации здравоохранения установлено, что микроспория составляет 60-99,7% всех дерматомикозов, а ежегодный прирост заболеваемости достигает 8%. Общеизвестным является факт, что микроспорией болеют преимущественно дети: 90% случаев микроспории регистрируется у детей до 14 лет. Микоз обладает высокой контагиозностью и в детских коллективах может протекать в виде эпидемиологических вспышек [2,6,21,26].

Методы и процедуры профилактики:

Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно- гигиенические, в том числе 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 микроспорией, выявленного впервые, в 3-х дневный срок подается извещение форма 058 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 микроспорией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию.

До выздоровления больного микроспорией 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 микроспории 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.

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 микроспории 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.

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.

Методы и процедуры реабилитации:

Не проводится.

Литература:

1.Абилкасимова Г.Е., Неумывакина Е.А. Применение итраконазола в случае распространенной микроспории // Успехи медицинской микологии. 2020. Т.21. С.81.

2. Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — 2016. —Т. 95. — No 2. — С. 142–146.

3.Базаев В.Т., Дашевская О.В., Фидаров А.А. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.

4.Бухарева В.Ю., Беляев В.С. Резистентность возбудителей дерматомикозов к антимикотикам // Молодежь. Наука. Медицина. –2022. –№1. –С.201-204.

5.Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина.- Москва. 2011.

6.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.

7.Ерзина Е.И., Позднякова О.Н. Микроспория: клинические особенности у детей и подростков // Медицина и образование в Сибири.— 2012. — No2. — 6 с.

8. Касаткин Е.В., Лысогорская И.В., Козырева Т.Н. Этиологическая структура дерматофитий в Красногвардейском районе Санкт-Петербурга в 2016-2018 годах. Успехи медицинской микологии. 2019; 20: 76-77.

9.Кутасевич Я.Ф., Олейник И.А., Белозоров А.П., и др. К вопросу об атипичных формах микозов гладкой кожи // Дерматологія та венерологія. — 2015. — No 4. — С. 96–101.

10. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С., Котрехова Л.П. Микроспория: редкие клинические случаи // Клиническая дерматология и венерология. - 2012. - 4.- С. 94-101.

11. Мишина Ю.В., Шебашова Н.В. Сравнительная эффективность системных антимикотиков в терапии микроспории волосистой части головы. В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. 10. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии. 2007. С. 130-131.

12. Национальный клинический протокол по ведению больных с микроспорией.- Ташкент. - 2021.

13.Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина»- 1983. С. 135–143.

14.Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
15.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.
16.Уфимцева, М. А. Дерматомикозы у детей, занимающихся в секциях контактных видов спорта // X Международный форум дерматовенерологов и косметологов IFDC (Москва, 15-17 марта 2017 г). – Москва. 2017. - С. 132-133.
17. Федеральные клинические рекомендациями по ведению больных микроспорией. - Москва, 2013. - 17 с.
18.Харисова, А. Р. Роль ПЦР при диагностике микроспории / А. Р. Харисова, З. Р. Хисматуллина, А. Р. Мавзютов // Успехи медицинской микологии. - 2017. - Т. 17. - С. 56.
19.Шмелькова, Е. С. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспории // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. - 2010. - № 3. - С. 99-102.
20.Яковлев А.Б., Полонская А.С., Круглова Л.С. Микроспория у детей раннего возраста: клинические случаи. Вопросы современной педиатрии. 2022; 21(5).
21. Alteras I, Feuerman EJ, David M, Segal R. The increasing role of Microsporum canis in the variety of dermatophytic manifestations reported from Israel. Mycopathologia. 1986;95(2):105.
22. Ang, C. C. Inflammatory tinea capitis: non-healing plaque on the occiput of a 4-year-old child // Ann. Acad. Med. Singapore. - 2010. -Vol. 39, № 5. - P. 412-414.
23.Brasch, J. Unusual strains of Microsporum audouinii causing tinea in Europe / J. Brasch, S. Müller, Y. Gräser // Mycoses. - 2015 -№ 10. - P. 573-577.
24 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / C. Williams [et al.] // Notes from the field: outbreak of skin lesions among high school wrestlers. – Arizona. 2014.
25.Clinical features of 80 cases of tinea faciei treated at a rural clinic in Japan / H. Noguchi [et al.] // Drug Discov Ther. - 2014. - Vol. 6. - P. 245-248.
26.Decreasing prevalence of Microsporum canis infection in Korea: through analysis of 944 cases (1993-2009) and review of our previous data (1975-1992) / W. J. Lee [et al.] // Mycopathologia. - 2012. - № 4. - P. 235-239.
27. Chia, C. Kerion mimicking erosive pustular dermatosis in elderly patients / C. Chia, M. V. Dahl // Cutis. - 2013. - Vol. 9, № 2. - P. 73-77.
28.Mahmoudabadi, A. Z. First case of Microsporum ferrugineum from Iran / A. Z. Mahmoudabadi // Mycopathologia. - 2006. - № 5 - P. 337-339.
29.Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://diseases.medelement.com/disease/микроспория 2021/17548
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535
https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikrospia,_kistej_i_tulovishcha.
https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/file:///C:/Users/
https://www.medicina.ru/patsientam/zabolevanija/mikoz/https://diseases.medelement.com/disease/
https://omnidoctor.ru/upload/iblock/459/4595f5d9f02d5d35d983c805bcd5cfff.pdf
https://elib.gsmu.by/xmlui/bitstream/handle/GomSMU/2723/Микроспория PD

Компетенции практических навыков по менеджменту микроспории (task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы пациента	+*	+	+
Применение знаний о симптомах микроспории при сборе анамнеза заболевания у пациента.		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
На гладкой коже -эритематозные пятна с четкими границами, округло-овальных очертаний, с сероватыми чешуйками на поверхности, возвышающимся валиком по периферии, покрытым пузырьками и серозными корочками. На волосистой части головы один или два крупных очагов округлых или овальных очертаний с четкими границами, покрыты чешуйками, размерами 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.		+	+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований		+	+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:		+	+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)		+	+

Скрининговые тесты на наличие сифилиса (старше 14 лет)		+	+
Микроскопическое исследование на дерматофиты		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Комплекс биохимических исследований			+
Исследование инфекций методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР			+
Гистологическое исследование			+
Микробиологическое исследование с очагов поражения с определением чувствительности к антибиотикам			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
Лечение микроспории			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения микроспории (стр. 13)		+	+
Компетенция назначения медикаментозного лечения микроспории (стр. 15-20)			+
Профилактика микроспории			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни	+	+	+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения	+	+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению микроспории

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание микроспории		+	+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов			+
Создание подхода к диагностике микроспории на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).		+	+
Интерпретация основных анализов		+	+
Формирование подхода к лечению микроспории		+	+
Опишите немедикаментозную терапию микроспории	+	+	+
Опишите медикаментозную терапию микроспории.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при микроспории.			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития микроспории в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.