

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от «26» 12 2024 года № 978-02

Клинические рекомендации

«Микозы кистей, стоп и туловища»

**Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем: В 35.0/В 35.4**

Возрастная категория: Взрослые/дети

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения	3
1. Краткая информация	5
1.1 Определение	5
1.2 Этиология и патогенез	5
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ 10	8
1.5 Классификация	8
1.6 Клиническая картина	9
2. Диагностика	18
2.1 Жалобы и анамнез	18
2.2 Физикальное обследование	18
2.3 Лабораторная диагностика.....	18
2.4 Инструментальная диагностика	20
2.5 Иная диагностика	21
3. Лечение	21
3.1 Консервативное лечение	21
3.2 Хирургическое лечение	29
3.3 Иное лечение	29
4. Реабилитация	30
5. Профилактика и диспансерное наблюдение,	30
6. Организация медицинской помощи	34
7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/синдрома	34
Критерии оценки качества медицинской помощи	34
Список литературы	35
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	40
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	41
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	43
Приложение В. Информация для пациента	45

Список сокращений

АЛТ - аланинаминотрансфераза
АСТ - аспартат аминотрансфераза
ГГТ - гамма-глутамин-аминотрансфераза
ИП - интенсивный показатель
МКБ - Международная классификация болезней
ПМК - поверхностные микозы кожи
ПЦР - полимеразная цепная реакция
РКИ - рандомизированные контролируемые исследования
Spp. - Speciales, вид, род

Термины и определения

Дерматофитии - группа грибковых заболеваний (микроспория, трихофития, руброфития, эпидермофития), обусловленных дерматофитами, при которых поражаются кожа, волосы, ногти.

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* (антропофильными, зоофильными и геофильными разновидностями).

Трихофития - (от греч. *Trichos* - волос, *phileo* - любовь, дружба) высоко контагиозный микоз, поражающий эпидермис и дерму (при глубокой форме - все слои кожи), с вовлечением в процесс волос и ногтей, вызывается грибами рода *Trichophyton* (антропофильные, зоофильные и геофильные виды).

Руброфития - микоз, поражающий кожу туловища, кистей, стоп и ногтевые пластины, обусловлен антропофильными грибами рода *Trichophyton* (*Tr. rubrum*).

Эпидермофития — микоз, поражающий кожу паховых складок, стоп, ногтевых пластин, обусловлен антропофильными грибами *Tr. mentagrophytes*, var. *Interdigitale*.

Кандидоз - микоз, поражающий поверхностные слои кожи, слизистых оболочек, область крупных и мелких складок, ногти. Возбудитель - грибы рода *Candida* (spp. *Candida* - *albicans*, *krusei*, *tropicalis*, *pseudotropicalis*).

Онихомикоз (микоз ногтей) - грибковое поражение ногтевых пластин.

Трихомикоз - (от греч. *thrix*, *trichos* - волос, *mykes* - гриб, *osis* - воспаление) - грибковое поражение волос.

Антропофильные - (от греч. *Anthropos* - человек, *phileo* - любовь, дружба) грибы,

поражающие человека.

Геофильные - (от греч. *ge* - земля, *phileo* - любовь) - грибы вегетирующие в почве.

Зоофильные - (от греч. *zoo*- животные, *phileo* - любовь) - грибы, паразитирующие на животных.

Разноцветный лишай или отрубевидный лишай (pityriasis versicolor, tinea versicolor) — это хроническая поверхностная грибковая инфекция кожи, вызванная пролиферацией липофильных дрожжей (*Malassezia Species*) в роговом слое эпидермиса.

1. Краткая информация.

1.1 Определение.

Дерматофития (Микоз) волосистой части головы и бороды включает в себя поражения при поверхностных и глубоких (инфильтративно-нагноительных) формах микроспории и трихофитии.

Дерматофития (Микоз) гладкой кожи - поражение гладкой кожи при поверхностной микроспории, трихофитии, руброфитии и отрубевидным лишаем (зоофильными и антропофильными грибами).

Дерматофития (Микоз) крупных складок - поражение поверхностных слоев кожи при кандидозе и эпидермофитии (геофильными и антропофильными грибами).

Дерматофития (Микоз) ногтей (онихомикоз) - поражение ногтевых пластин при руброфитии, кандидозе, эпидермофитии и недерматофитных плеснях (геофильными и антропофильными грибами).

1.2 Этиология и патогенез

Возбудителями микроспории являются грибы рода *Microsporum*, включающие антропофильный - *M. ferrugineum*, зоофильный - *M. Canis (lanosum)* и геофильный - *M. gypseum*.

Повсеместно распространённые в мире зоофильные грибы, spp. *Microsporum* вызывают дерматофиты у кошек (особенно у котят), собак, кроликов, морских свинок, хомяков и др. Заражение зоофильной микроспорией происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью.

Трихофитию вызывают грибы рода *Trichophyton*. Поверхностную трихофитию вызывают антропофильные грибы - *Tr. violaceum* и *Tr. tonsurans* (относящиеся к *Tr. endotrix*); глубокую (инфильтративно-нагноительную) - зоофильные - *Tr. mentagrophytes*, var. *granulosum*, *Tr. verrucosum* и геофильные - *Tr. gypseum* [4,5,6,10,18,22].

Антропофильные трихофитоны характеризуются тем, что при поражении волос

элементы гриба располагаются преимущественно внутри волоса (*Tg. Kndotrix*), не вызывая резкой воспалительной реакции со стороны кожи.

Зоофильные трихофитоны отличаются преимущественным расположением вокруг волоса и в эпителии внутреннего волосяного влагалища. При этом, поражение кожи характеризуется образованием перифолликулярного воспалительного инфильтрата, приводящего к гнойному расплавлению фолликулов и окружающей соединительной ткани - инфильтративно-нагноительная (глубокая) трихофития.

Наиболее частой причиной микоза кожи туловища, складок, стоп являются дерматофитии (*микроспория, трихофития, руброфития, эпидермофития*) и кандидоз [4,6,28].

Возбудителем дерматофитий гладкой кожи являются возбудители микроспории и трихофитии (*Spp. Microsporum, spp. Trichophyton*), руброфитии - (*tr. rubrum*). Причина микоза крупных складок - возбудители паховых дерматофитий (*эпидермофития*) *Epidermophyton floccosum* и кандидоза - *spp. Candida*.

Причиной микоза стоп являются возбудители дерматофитии стоп - *tr. rubrum* (трихофития) и *tr. mentagrophytes* (*эпидермофития*).

Причиной микоза ногтей (онихомикоза) **являются дерматофиты- *Trichophyton spp.*** (*rubrum, mentagrophytes, violaceum; Candida spp. (albicans, crusei, tropicalis pseudotropicalis), Scylalidium spp., разные Dematiaceae, Aspergillus spp., Scopulariopsis brevicaulis* [6,18,23,24].

Заражение патогенными грибами может происходить при непосредственном контакте с больным, а также через обувь, одежду, предметы обихода (коврики в ванной, мочалки, маникюрные принадлежности и др.), при посещении спортивных залов, бань, саун, бассейнов.

Проникновению грибов в кожу способствует нарушение целостности кожи (ссадины, трещины в межпальцевых складках), обусловленные потертостью, повышенной потливостью или сухостью кожи, плохим просушиванием после водных процедур, узостью межпальцевых складок, плоскостопием, расстройством кровообращения при сосудистых заболеваниях конечностей и др. Микозы могут приобретать распространенный характер при наличии сопутствующих заболеваний - эндокринных (чаще при сахарном диабете), иммунных нарушениях, генодерматозах, заболеваний крови, а также при использовании антибактериальных, кортикостероидных и цитостатических препаратов.

1.3 Эпидемиология

В настоящее время методами молекулярной биологии описано 12 представителей рода *Microsporum*. Для клиницистов наибольшее эпидемиологическое значение имеют 4

вида грибов: *M. canis*, *M. audouinii*, *M. gypseum*, *M. ferrugineum*. Патогенность грибов рода *Microsporum* обусловлена наличием кератинолитических ферментов [3,6,9,10,11].

Источником заболевания при *микроспории* является больной человек и животные (чаще кошки и собаки). В редких случаях, заражение возможно геофильными грибами (*M. gypseum*) в результате прямого контакта или через предметы, загрязненные микроорганизмами. В домашних условиях инфицирование происходит через одежду и предметы домашнего обихода (полотенце, постельное белье, одежда, головные уборы). Возможно заражение микроспорией в парикмахерских посредством ножниц, расчесок, фенов, пеньюаров; в детских учреждениях - через игрушки, полотенца, головные уборы, белье, книги. При микроспории возможен профессиональный путь передачи у работников вивария, зоопарков; лаборантов, осуществляющих исследования с загрязненным материалом.

Заболеваемость микроспорией неодинакова в течение года. Подъем начинается в июне, нарастает в августе-сентябре и достигает пика в октябре-ноябре, затем снижается до минимума в апреле. Сезонные колебания заболеваемости микроспорией обусловлены эпизоотиями микоза у кошек (в основном котят) и собак, а также увеличением контакта детей с животными в летний период. Изменения объема и качественного состава секрета сальных и потовых желез определяют возрастные особенности заболеваемости. Так, у детей старше 15 лет и взрослых кожа богата насыщенными жирными кислотами и сфингозинами, угнетающими рост дерматофитов, что объясняет частую заболеваемость детей до 15 лет [2,7,30].

При *антропофильной трихофитии* заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами (нательное и постельное белье, предметы обихода). Возможна передача возбудителя при несоблюдении санитарно-гигиенических требований в парикмахерских, детских садах, интернатах, школах, спортивных залах и т.п.

Зооантропонозной трихофитией чаще болеют сельские жители. Основным источником заражения являются животные: *крупный рогатый скот* - при фавиформной трихофитии; *мелкие дикие, домашние и лабораторные животные* - при гипсовидной трихофитии. Более подвержены заражению молодые особи животных, являющиеся частым источником заражения.

Наиболее часто микоз развивается у детей и взрослых, страдающих различными соматическими заболеваниями, со сниженным иммунитетом или эндокринной патологией [2,4,25,28].

При *поверхностной трихофитии* грибы могут распространяться гематогенным путем и вызывать висцеральные поражения. При отсутствии терапии заболевание переходит в хроническую форму. Пик заболеваемости наблюдается в зимнее время года, что связано с

эпизоотиями у домашних животных, прежде всего у крупного рогатого скота.

Среди больных *микозом стоп* преобладают мужчины - 57,8 и 42,3% соответственно, а его распространенность с возрастом увеличивается. Наиболее значимой группой риска являются лица старше 50 лет, которые составляют 37,8%, в возрасте 40-49 лет *микоз стоп* регистрируется в 20,5%, в возрасте 30 - 39 лет - 22,8%, а на возрастную группу от 10 до 29 лет приходится 17,8% больных. В структуре *микоза стоп* преобладает сквамозная и интертригинозная форма. При поражении ногтевых пластин нормотрофический тип *онихомикоза* выявляется в 48,2% случаев, чаще на III—IV пальцах [23,24].

1.4 Кодирование по МКБ 10

В 35.0 - Микоз бороды и головы;

В 35.1 - Микоз ногтей;

В 35.2 - Микоз кистей;

В 35.3 - Микоз стоп;

В 35.4 - Микоз туловища;

В 35.6 - Эпидермофития паховая;

В 35.8 - Другие дерматофитии (диссеминированная, гранулематозная);

1.5 Классификация

1. Микоз волосистой части головы и бороды:

1.1. поверхностные формы микроспории и трихофитии с поражением волос (в т.ч. хроническая трихофития);

1.2. поверхностные формы микроспории и трихофитии без поражения волос;

1.3. глубокие (инфильтративно-нагноительные) формы трихофитии и микроспории.

2. Микоз гладкой кожи:

2.1. Микроспория:

2.1.1. антропофильная;

2.1.2. зооантропофильная;

2.1.3. ограниченная;

2.1.4. многоочаговая.

2.2. Трихофития

2.3. Руброфития:

2.3.1. эритематозно-сквамозная;

2.3.2. фолликулярно-узелковая форма.

2.4. отрубевидный лишай

3. Микоз крупных складок:

- 3.1. эпидермофития (паховых складок).
- 4. Микоз кистей:
 - 4.1. рубромикоз
- 5. Микоз стоп:
 - 5.1. сквамозная форма;
 - 5.2. гиперкератотическая форма;
 - 5.3. интертригинозная форма;
 - 5.4. дисгидротическая форма.
- 6. Микоз ногтей (онихомикоз):
 - 6.1. Этиология:
 - 6.1.1. дерматофиты;
 - 6.1.1.1. руброфития;
 - 6.1.1.2. эпидермофития;
 - 6.2. Клинические варианты:
 - 6.2.1. дистальный (дистально-латеральный);
 - 6.2.2. поверхностный (поверхностный белый);
 - 6.2.3. проксимальный;
 - 6.2.4. нормотрофический;
 - 6.2.5. гипертрофический;
 - 6.2.6. атрофический.

1.6 Клиническая картина

1. Микоз волосистой части головы и бороды (В.35.0)

Микоз волосистой части головы и бороды может быть обусловлен поверхностной микроспорией, трихофитией с поражением только кожи головы и/или кожи и волос, а также при глубоких формах трихофитии и микроспории.

Поверхностная форма микроспории волосистой части головы. Инкубационный период при зоонозной микроспории составляет 5 - 7 дней, при антропонозной - 4-6 недель.

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 «дочерних» очагов (отсевов), размером 0,3-1,5 см. Волосы в очагах обломаны и выступают над уровнем кожи на 6-8 мм. Кожа очага с незначительной эритемой или обычной окраски, вся поверхность покрыта белесоватыми чешуйками (симптом «терки»), которые могут пронизываться

обломками волос (симптом «муфты») [2,4,5,7,9,10,11,18,25,30].

Наряду с типичной клинической симптоматикой поверхностной микроспории могут наблюдаться атипичные формы: *экссудативная*, *розацеаподобная*, *псориазиформная* и *себорейная* (протекающая по типу асбестовидного лишая), *трихофитоидная*, а также «*трансформированный*» вариант микроспории (видоизменение клинической картины под действием «топических» глюкокортикостероидов).

Экссудативная форма микроспории характеризуется выраженной гиперемией и отеком кожи в очаге, с располагающимися на этом фоне мелкими пузырьками. При постоянном пропитывании чешуек серозным экссудатом и склеивании их между собой, образуются плотные корки, удаление которых приводит к образованию влажной эрозированной поверхности очага.

Трихофитоидная форма микроспории - процесс распространяется на всю поверхность волосистой части головы. Очаги множественные, мелкие, со слабым отрубевидным шелушением. Границы очагов нечеткие, воспаление неострое. Волосы разрежены или имеются участки очагового облысения. Наиболее часто эта форма микоза приобретает хроническое течение, продолжаясь от 4-6 месяцев до 2-х лет.

При *себорейной форме* микроспории на волосистой части головы появляются очаги разреженности волос. Очаги обильно покрыты желтоватыми чешуйками, при удалении которых, обнаруживается незначительное количество обломанных волос. Воспалительные явления в очагах слабо выражены, границы нечеткие.

Розацеаподобная форма чаще вызывается зоофильными грибами (*M. canis*), характеризуется высыпаниями на коже лица и, как правило, является последствием использования топических глюкокортикостероидов. Очаги крупных размеров, занимают одну или обе половины лица, с четкими границами, преобладанием эритемы и субатрофии, незначительным шелушением.

Псориазиформная разновидность микроспории характеризуется наличием очагов на гладкой коже с выраженным инфильтратом, покрытых серебристыми (асбестовидными) чешуйками - напоминает псориазные бляшки.

Трансформированный вариант микроспории является результатом применения топических глюкокортикостероидов. При этом очаги достигают крупных размеров, становятся более яркими, с сохранением периферического валика. Реже очаги приобретают менее интенсивную окраску и без валика по периферии.

При *поверхностной антропонозной трихофитии волосистой кожи головы* выделяют *мелкоочаговую* и *крупноочаговую* формы. При мелкоочаговой поверхностной трихофитии наблюдаются мелкие очаги округлых или неправильных очертаний, с нечеткими границами, покрытые небольшим количеством серых чешуек по периферии.

Воспалительные явления выражены незначительно. Волосы в очагах разрежены за счет их обламывания на уровне 1-2 мм над кожей. Пораженные волосы - тусклые, серого цвета. Волосы могут обламываться на уровне кожи и иметь вид «черных точек» с атрофией в очаге (чаще при хронической форме). Возможно диффузное шелушение волосистой кожи головы, симулирующее себорею (маскирующее атрофические очаги и обломанные волосы, включенные в чешуйки). Редко поверхностная трихофития протекает в виде *крупноочаговой* формы.

Микроспория гладкой кожи представлена отечными (возвышающимися) эритематозными очагами, с четкими границами, округлых или овальных очертаний, покрытыми сероватыми чешуйками - *эритематозно-сквамозная* форма зоофильной микроспории. При *антропонозной форме* - очаги имеют вид «мишени» (iris) с наличием валика из микроузелков и микровезикул. При периферическом росте появляются новые «окружности». Субъективные ощущения отсутствуют или больных беспокоит умеренный зуд. Процесс при микроспории гладкой кожи может иметь *ограниченный* характер (менее 5 очагов) и распространенный - *многоочаговый* (5 и более очагов). Количество очагов может варьировать, так описаны случаи обнаружения более 150 очагов у одного больного [2,4,5,7,10,28,30].

Поверхностная антропонозная трихофития гладкой кожи. Очаги могут локализоваться на любых участках кожи, но чаще открытых: лице, шее, предплечьях и плечах. Чаще представлены эритематозными очагами округлых или овальных очертаний, четко очерченными за счет периферического гиперемизированного валика (с наличием в нем узелков, пузырьков и корочек); центральные части очагов бледнее и шелушатся. Очаги нередко сливаются, образуя фигуры причудливых очертаний. Зуд отсутствует или незначительный. При локализации *поверхностной трихофитии* в области бровей, ресниц, кожи верхней губы и подбородка - очаги обычно мелкие, покрыты чешуйками и коротко обломанными волосами серого цвета.

Хроническая антропонозная трихофития гладкой кожи. Очаги микоза располагаются чаще всего симметрично, представлены пятнами размером с эритему, с синюшным оттенком и чешуйками по поверхности, без четких границ и периферического валика, с поражением пушковых волос. Сопровождается интенсивным зудом.

Поверхностная форма зооантропонозной трихофитии начинается с появления одного или нескольких эритематозно-сквамозных очагов округлых или овальных очертаний, резко отграниченных от окружающей кожи. Край очагов инфильтрирован, приподнят, за счет наличия узелков и мелких везикул, ссыхающихся в корочки. В свежих очагах обломанные волосы обнаруживаются редко. Постепенно очаги увеличиваются в размерах за счет периферического роста, в них прогрессируют воспалительные явления и

инфильтрация, что приводит к переходу в *инфильтративную форму*. Возможно длительное течение митотического процесса, по типу «пятнистой формы» с признаками хронической трихофитии.

Глубокая инфильтративно-нагноительная (форма микроспории) характеризуется тем, что очаг поражения обычно значительно возвышается над поверхностью кожи за счет резко выраженной инфильтрации и образования глубоких фолликулярных пустул. При надавливании из устья фолликулов выделяется гной. Разреженные волосы склеены гнойными или гнойно-геморрагическими корками. При удалении корок и пораженных волос обнажаются зияющие устья волосяных фолликулов, из которых выделяется светло-желтый гной (симптом «медовых сот»). Волосы в очаге расшатаны, легко удаляются из-за расплавленной фолликулярной части. Инфильтративно-нагноительная форма встречается чаще других форм, иногда протекает в виде «*керииона Цельса*» - воспаления волосяных фолликулов, нагноения и образования глубоких болезненных инфильтратов. Всасывание продуктов распада грибов и присоединившаяся вторичная инфекция приводит к *интоксикации* с выраженным недомоганием, головными болями, лихорадочным состоянием, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов, и другими признаками интоксикации.

Глубокие поражения при зооантропофильной трихофитии могут быть в виде инфильтративной и нагноительной формы в области волосистой части головы, бороды, усов.

Инфильтративная форма. Для этой формы трихофитии характерны резко очерченные, возвышающиеся над уровнем кожи очаги поражения, округлых очертаний, единичные или множественные, склонные к слиянию в обширные участки поражения с причудливыми, фестончатыми, гирляндоподобными очертаниями. В пределах очагов кожа гиперемирована, отечна, инфильтрирована с формированием остиофолликулитов и гнойных корочек. В очагах на волосистой части головы, в области верхней губы, подбородка, бровей, ресниц пораженные волосы обламываются в виде «пеньков». Распространенные формы микоза, с формированием обширных очагов на коже спины, чаще наблюдаются у детей. Диссеминации способствует мытье с растиранием очагов мочалкой (губкой). По периферии крупных очагов располагаются мелкие и крупные «отсевы» поверхностной или инфильтративной формы трихофитии.

Нагноительная форма трихофитии волосистой кожи головы характеризуется выраженной гиперемией в очагах, появлением множественных фолликулитов и перифолликулитов, которые сливаются в один общий массивный инфильтрат. Локализация очагов: на коже верхней губы, подбородка («*паразитарный сикоз*») и волосистой части головы в виде опухолевидных образований. Очаги имеют правильные округлые очертания,

рельефно поднимающиеся над уровнем кожи, с бугристой поверхностью, покрытой гноем и корками. Консистенция вначале плотноватая, далее - флюктуирующая, болезненна при пальпации. Кожа в очаге резко воспалена, насыщенно - красного или багрово-синюшного цвета. Устья волосяных фолликулов расширены, из них выделяется гной, склеивающий волосы. Поверхность очага покрыта грубыми гнойно-геморрагическими корками. Волосы в очагах расшатаны и легко удаляются (отсутствует расплавленная фолликулярная часть). Нередко вокруг основного очага появляются единичные фолликулиты, дающие начало новым очагам. Из-за слияния и периферического роста очаги нагноительной трихофитии могут достигать значительной величины.

Нагноительная трихофития гладкой кожи. Преимущественно на коже тыла кистей, предплечий и шеи, появляются округлые или овальные очаги резко выраженного воспалительного характера, покрытые фолликулярными пустулами. Массивные инфильтраты развиваются быстро и сопровождаются значительной болезненностью, а при надавливании из них обильно выделяется гной. Заболевание сопровождается увеличением регионарных лимфоузлов, недомоганием, головными болями, снижением аппетита, лихорадкой, лейкоцитозом, ускорением СОЭ и другими *симптомами интоксикации*. Примерно у 5-7% больных появляются аллергические *высыпания-трихофитиды* в виде пятнистых, мелкопапулезных или скарлатиноподобных сыпей. Трихофитиды группируются вблизи основных очагов, а в тяжелых случаях распространяются по всему кожному покрову [2,4,5,8,10,18,22,24].

Руброфития гладкой кожи. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожи, чаще на голених, бедрах, ягодицах и животе. Типичные клинические признаки руброфитии гладкой кожи: четкие границы, кольцевидные или неправильные очертания с приподнятым воспалительным валиком по периферии, признаки регресса в центре и склонность очага к росту и слиянию [4,5,8,9,24,26].

Для *эритематозно-сквамозной формы* руброфитии характерно наличие очагов в виде пятен красно-розового цвета или с синюшным оттенком, округлых очертаний, имеющих четкие границы. На поверхности очага обычно присутствуют мелкие чешуйки, по их периферии проходит прерывистый валик, состоящий из «отечных» узелков. Нередко папулы бывают покрыты мелкими пузырьками и корочками. Пятна изначально небольшие, склонны к центробежному росту и слиянию друг с другом, при этом они образуют обширные очаги с фестончатыми очертаниями, занимающие обширные области кожного покрова.

Фолликулярно-узелковая форма руброфитии отличается поражением пушковых 13 волос в пределах эритематозно-сквамозных очагов. Волосы утрачивают естественный блеск, становятся тусклыми и ломкими.

Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом.

Кандидоз гладкой кожи возникает самостоятельно (на местах мацераций, под бандажами, компрессионными повязками, памперсами и др.) или при распространении из области складок. Возможно развитие кандидоза в области ареола груди у кормящих женщин, при инфицировании от грудных детей. Заболевание сопровождается интенсивным зудом. Высыпания представлены очагами округлых, овальных очертаний, в начале заболевания и неправильных - при росте и слиянии очагов. В очагах кожа эритематозно изменена, на ее поверхности мелкие - папуло -везикулы и точечные эрозии, с ростом эрозии увеличиваются в размерах, приобретают характер «мокнущих». По периферии очага белесоватый бордюр, отслаивающегося эпидермиса. При длительном течении мацерированные и эрозивные поверхности могут покрываться белесоватым налетом.

Разноцветный лишай или отрубевидный лишай (pityriasis versicolor, tinea versicolor) - хроническая поверхностная грибковая инфекция кожи, вызванная пролиферацией липофильных дрожжей (*Malassezia Species*) в роговом слое эпидермиса.

Возбудителями разноцветного лишая являются диморфные липофильные дрожжи рода *Malassezia* - представители типичной кожной микрофлоры. Наиболее часто обнаруживаются *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*, реже - *M. slooffiae*, *M. restricta* и *M. obtusa*. Установлено, что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба.

Разноцветный лишай в основном поражает подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 30 лет, но может встречаться у лиц любой возрастной категории, включая младенцев и пожилых людей. Разноцветный лишай, как правило, протекает без субъективных ощущений, у некоторых пациентов наблюдается легкий зуд.

Высыпания чаще всего локализуются на коже груди, верхней части спины, плеч, задней поверхности шеи, может поражаться кожа волосистой части головы и полового члена. К атипичной локализации разноцветного лишая относятся: лицо, ушные раковины, заушные складки, кисти, голени, паховая и подмышечная области, сосок и периареолярная область. У детей заболевание нередко начинается с кожи волосистой части головы, но волосы не поражаются. Разноцветный лишай не наблюдается на ладонях, подошвах и слизистых оболочках

2. Микоз крупных складок (B35.4)

Микоз крупных складок может быть обусловлен и эпидермофитией паховых складок и/или кандидозом [4,5,8,18,22,25,26].

Эпидермофития крупных складок характеризуется появлением на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, реже - в межъягодичной складке, а также в подмышечных и субмамарных областях розово-красных пятен с чешуйками. В

начале заболевания размер элементов около 1 см в диаметре, далее они увеличиваются в размерах, при этом воспалительные явления в центре могут уменьшаться, в связи с чем в центре очага окраска становится бледной. Формируются крупные (до 10 см в диаметре) кольцевидные пятна красного цвета с чешуйками, образующие при слиянии «фестончатые» очаги. Границы очагов четкие, подчеркнуты отечным, более ярким, воспалительным валиком, на его поверхности могут появляться пузырьки, корочки и чешуйки. Высыпания сопровождаются зудом.

Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом крупных складок (возбудитель *Candida spp.*), который имеет вид отечных очагов тёмно-красного или красно-бурого цвета, с умеренно-влажной или мацерированной поверхностью. По периферии очагов часто наблюдается своеобразный «бордюр» (отслаивающийся эпидермис) белесоватого цвета и дочерние мелкие «отсевы». Вначале очаги могут покрываться белесоватым налетом, при длительном течении формируются трудно- снимаемые пленки.

3. Микоз кистей (B35.2)

Микоз кистей может быть обусловлен руброфитией и кандидозом [4,5,18,23,26].

Руброфития кистей в начале заболевания характеризуется поражением кожи ладоней, носит односторонний характер и может сочетаться с онихомикозом кистей. Клинически наблюдаются: сухость кожи, легкая эритема, муковидные чешуйки, явления гиперкератоза и акцентуация кожных складок. Вследствие хронического воспаления снижается эластичность кожи и могут появляться мелкие трещины и повышенная сухость кожи. Очаги на тыле кистей имеют прерывистые края и представлены узелками и корочками. Инфицирование кистей, гладкой кожи и складок, как правило, происходит из очагов руброфитии на коже стоп в результате аутоинокуляции; в редких случаях возникает первично при экзогенном внедрении грибов.

Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом.

Кандидоз кожи ладоней протекает в виде хронического заболевания, сопровождающегося непостоянным зудом. Различают две формы: везикуло -пустулезную (чаще у детей) и гиперкератотическую; возможно сочетание с кандидозной паронихией, онихомикозом, межпальцевым (интертригинозным) кандидозом.

Везикуло-пустулезная форма характеризуется поражением ладоней, ладонной поверхности пальцев, где появляются мелкие пузырьки и нефолликулярные пустулы; в процессе разрешения образуются обильные чешуйки.

При гиперкератотической форме кандидоза - слабо выраженная эритема и утрированность рисунка естественных складок ладони, с буроватым оттенком.

Кандидоз межпальцевых складок (интертригинозный кандидоз, межпальцевая дрожжевая эрозия). Характерно расположение на боковых поверхностях, проксимальных фаланг пальцев с распространением на межпальцевую переходную складку, преимущественно между III и IV, IV и V пальцами кистей.

В начале лечения - гиперемия, мацерация кожи, далее - линейная эрозия вдоль складки; поверхность ее насыщенно-красного цвета, матовая или блестящая. По периферии очага - отслаивающийся эпидермис в виде бахромки белого цвета. Сопровождается зудом и жжением, при присоединении бактериальной инфекции - болью.

Процесс может быть односторонним или симметричным, склонен к хроническому течению и рецидивам.

Кандидозные паронихии. Наиболее часто поражается кожа кистей. Процесс начинается с заднего ногтевого валика, а затем распространяется на ногтевую пластинку, изолированное поражение кожи бывает редко. Околоногтевой валик отечный, нависает над ногтевой пластинкой, ярко-красный. Сопровождается резкой болезненностью, нередко боль приобретает пульсирующий характер (при сдавлении сосудисто-нервного пучка). При надавливании на валик возможно выделение гноя. При длительном течении прилегающая часть ногтевой пластинки мутнеет и крошится, образуя лунку [4,5,8,18,22,25,26].

4. Микоз стоп (B35.3)

Причиной микоза стоп может быть руброфития и эпидермофития. Различают следующие клинические формы микоза стоп: *сквамюзную, гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую.*

Сквамозная форма характеризуется наличием шелушения на коже межпальцевых складок и подошв. Все микозы стоп, как правило, начинаются с этой формы. В области боковых поверхностей подошв также могут наблюдаться явления десквамации эпидермиса, без субъективных ощущений.

Гиперкератотическая форма проявляется диффузным или очаговым утолщением рогового слоя (гиперкератозом) боковых и подошвенных поверхностей стоп, несущих наибольшую нагрузку. Обычно пораженные участки кожи имеют слабовыраженную воспалительную окраску и покрыты отрубевидными чешуйками. Измененная стопа может иметь вид «подследника» или «индейского чулка» - «мокасиновый тип». Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже «припудренный» вид. Субъективно отмечают сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения.

Интертригинозная (межпальцевая) форма клинически сходна с опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Процесс характеризуется гиперемией, отечностью, мокнутием и мацерацией, в ряде случаев -

пузырьковыми высыпаниями. Нередко образуются эрозии, покрытые серой массой клеточного детрита, а со временем и глубокие болезненные трещины с воротничком отекающего отслаивающегося эпидермиса по краям. Субъективно отмечаются зуд, жжение и болезненность в очагах поражения.

Дисгидротическая форма представляет собой наиболее тяжелую разновидность заболевания и проявляется множественными пузырьками с толстой покрывкой. Преимущественная локализация высыпаний - свод стопы, а также межпальцевые складки и кожа пальцев. Сливаясь, пузырьки образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета, экссудат подсыхает с формированием буро-коричневых корок. Высыпания располагаются на неизменной коже. При распространении процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи, что придает этой разновидности сходство с острой дисгидротической экземой [4,5,8,18,22,25,26].

5. Микоз ногтей (онихомикоз) (B35.1)

Микоз ногтей может быть обусловлен *рубромифией* (B 35.1), *кандидозом* (B 37.2), *недерматофитными плеснями*.

Выделяют нормотрофический, гипертрофический и атрофический типы онихомикоза. Для *нормотрофического* типа характерно появление в толще ногтя полос желтоватого и белого цвета, при этом ногтевая пластинка не изменяет своей формы, подногтевой гиперкератоз не выражен.

При *гипертрофическом* типе ногтевая пластинка утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, приобретает желтоватую окраску, крошится, края становятся зазубренными.

Атрофический тип онихомикоза характеризуется значительным истончением, отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа с образованием пустот или частичным ее разрушением.

Также в зависимости от поражения ногтя различают *дистальный*, *дистально-латеральный*, *белый поверхностный*, *проксимальный подногтевой*, *тотальный дистрофический онихомикоз*.

Дифференциальная диагностика. Клиническая картина *кандидозного онихомикоза* обычно представлена проксимальной формой, реже - дистальной.

При *проксимальной форме* наблюдается желтовато-коричневый или буроватый цвет ногтевой пластины с участком выраженной ломкости, что приводит к образованию «обрезанного» сбоку края ногтя (проксимально-латеральный вариант). Процесс сочетается с явлениями паронихии, когда могут наблюдаться яркая эритема околоногтевого валика и гнойное отделяемое при его пальпации.

Дистальная форма кандидозного онихомикоза проявляется изменением окраски,

гиперкератозом и последующим лизисом ногтевой пластины со свободного (дистального) края [4,8,18,22,23,24].

Дифференциальная диагностика с плесневым онихомикозом.

Клиническая картина плесневого онихомикоза чаще представлена *дистальной формой* и встречается у пожилых людей, уже страдающих онихопатиями стоп грибковой и негрибковой природы (*вторичный онихомикоз*). Ногтевая пластина приобретает различную окраску (чёрную, зеленовато-желтую или серую) в зависимости от плесневого возбудителя, вызвавшего данную патологию. Данные изменения зависят от пигментообразующей способности грибов и частой их ассоциации с бактериями и грибами spp. *Candida*. В дальнейшем нижняя часть ногтя разволокняется, а верхняя - утолщается. Развивается выраженный онихомикоз, при этом, ноготь деформируется, нередко изменяется по типу онихогрифоза, наиболее часто поражаются ногтевые пластины больших пальцев стоп.

Проксимальная форма онихомикоза с паронихией или без неё, вызываемая плесневыми грибами, встречается намного реже [4,8,23,24].

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез микозов описаны в разделе «клиническая картина».

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления микозов кожи, выявленные при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторная диагностика

Диагноз устанавливается на основании клинической картины и результатов лабораторного обследования.

- Рекомендовано для постановки диагноза поверхностного микоза гладкой кожи: микроскопическая диагностика чешуек с обнаружением нитей мицелия гриба и культуральное исследование для идентификации вида возбудителя: *Microsporum canis*, *M. ferrugineum*, *M. gypseum*, *Trichophyton violaceum*, *Tr. tonsurans*. [4,5,6,8-11,15,25,28].

Комментарии: при контроле излеченности микроскопическое исследование рекомендуется после окончания лечения и через 1 месяц после лечения.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательности - 2).

- Рекомендовано для постановки диагноза поверхностного микоза гладкой кожи: микроскопическая диагностика чешуек с обнаружением нитей мицелия гриба и

культуральное исследование для идентификации вида возбудителя: *Microsporum canis*, *M. ferrugum*, *M. gypseum*, *Trichophyton violaceum*, *Tr. tonsurans*. [4,5,6,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательности - 2).

Комментарии: при контроле излеченности микроскопическое исследование рекомендуется после окончания лечения и через 1 месяц после лечения.

- Рекомендовано для подтверждения диагноза поверхностного микоза с поражением волос микроскопическое исследование пораженных волос (пери- фолликулярное расположение спор при микроспории - *M. canis*, *ferrugineum*, *gypseum*; и расположение внутри волос в виде цепочек при поверхностной трихофитии - spp. *Trichophyton endotrix* - *violaceum*, *tonsurans*) *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*, реже - *M. slooffiae*, *M. restricta* и *M. obtusa* и культуральное исследование для идентификации возбудителей [4,5,8-11,15,25,28,57].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано для мониторингирования эффективности лечения: микроскопическое исследование через 2 недели от начала терапии, далее 2 раза в неделю и после окончания лечения (не менее 5 исследований) [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано для установления критерия излеченности: микроскопическое и культуральное исследование через 1 месяц после окончания лечения [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано для постановки диагноза глубокого нагноительного микоза: культуральное исследование с выделением *Tr. ectotrix* (*Tr. menthagrophytes*, var. *granulosum*, *Tr. verrucosum*, *Tr. gypseum*) и *Microsporum gypseum*. [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано для контроля излеченности повторное микроскопическое исследование после лечения и через 1 месяц после окончания терапии. [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано культуральное исследование чешуек при микозе кожи и ногтевой пластины при онихомикозе. [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2)

- Рекомендовано при мониторинговании эффективности лечения: повторить микроскопическое исследование после лечения и через один месяц после его окончания. [4,5,8-11,15,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при мониторинговании эффективности лечения онихомикоза проводить культуральное исследование через 6 и 9 месяцев после системной антимикотической терапии [4-6,8-11,15,23,25,28].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при назначении системных антимикотических препаратов: общий клинический анализ крови и мочи, проведение биохимического общетерапевтического анализа крови (для определения уровня билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочной фосфатазы, глюкозы - до начала лечения), а также через 3-4 недели при амбулаторном и через 10-14 дней - при стационарном лечении [71].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано для диагностики грибкового поражения волос (в т.ч. пушковых) при микроспории и при проведении дифференциальной диагностики с поверхностной трихофитией: осмотр под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) [1,4,5,8-10,18,22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: при микроспории определяется (наблюдается) зеленое свечение, при трихофитии - свечения нет (т.к. споры грибов находятся внутри волоса).

- Рекомендовано для мониторингования эффективности лечения и установления критерия излеченности: осмотр с люминесцентной лампой проводить еженедельно, начиная с 3-ей недели лечения, далее сразу после окончания терапии и через 1 месяц после лечения (всего не менее 5-ти раз) [71].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано для диагностики степени поражения и выраженности ониходистрофии при онихомикозах, а также при дифференциальной диагностике от иных поражений ногтевых пластин (в. т.ч. при опухолях): дерматоскопия [4,25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано при резистентности к лечению онихомикозов проведение ультразвукового исследования поверхностных и глубоких сосудов конечностей [4,5,18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано в качестве метода инструментальной диагностики при отрубевидном лишае осуществлять люминесцентную диагностику (осмотр под лампой Вуда) кожи пациента [35,36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *диагноз устанавливается на основании результатов по характерному желтому или золотисто-бурому свечению. Свечение в лучах лампы Вуда наблюдается в тех случаях, когда этиологическим агентом является M. furfur (около 1/3 заболевших).*

2.5 Иная диагностика

- Для диагностики отрубевидного лишая рекомендовано в качестве дополнительного диагностического теста использование пробы Бальцера (йодная проба) [57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек.*

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано для лечения больных с поверхностными микозами волосистой части головы (микроспория, трихофития): системная антимикотическая терапия:

Таб. 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 2 недели 1 раз в 3 дня (Всего 40-45 дней) [4,5,9,13,25,28,30,34,37].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Рекомендовано при непереносимости гризеофульвина для лечения больных с поверхностными микозами:

Таб. тербинафин, внутрь 250 мг 1 раз в сутки, ежедневно 5-6 недель [5,13,31,37,45].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано для наружного лечения назначение органических средств, с противовоспалительным антимикотическим действием:

туширование (смазывание) спиртовым раствором йода 2%, с последующим (через 30 минут) нанесением (2%) серно - (5%) дегтярной мази [4,5,9,11,18,22,29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

или назначение наружных синтетических антимикотиков:

- циклопирокс крем или кетоконазол крем/мазь 1-2 раза в сутки 4-6 недель [43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или сертаконазол 2% крем, 1-2 раза в день 4-6 недель [26,35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или изоконазол крем или бифоназол крем, 1-2 раза в сутки, 4-6 недель [22,44,49].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Наружные средства на волосистой части головы могут быть использованы при сбривании волос (1 раз в 7 дней) и ежедневном мытье головы.

- Рекомендовано для лечения детей:

Таб. гризеофульвин перорально с чайной ложкой растительного масла 21-22 мг на кг массы тела в 3 приема, ежедневно до первого отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов (3-4 недели), затем через день в течение 2-х недель, далее 1 раз в 3 дня (всего 40-45 дней) [2,5,9,30,48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при непереносимости гризеофульвина у детей:

Таб.тербинафин детям с массой тела до 40 кг - 250 мг 1 раз в сутки, ежедневно 5-6 недель [37,48].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Наружное лечение и уход проводится как у взрослых. (п.3.1.1.)

Лечение больных поверхностными микозами без повреждения волос (микроспория, трихофития).

Рекомендовано при многоочаговых поражениях (более 5-и очагов микроспории или

трихофитии) системное и наружное лечение

Таб. 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 2 недели 1 раз в 3 дня (Всего 40-45 дней) [4,5,9,13,25,28,30,34,37].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при непереносимости гризеофульвина для лечения больных с поверхностными микозами:

Таб. тербинафин, внутрь 250 мг 1 раз в сутки, ежедневно 5-6 недель [5,13,31,37,45].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

циклопирокс крем или кетоконазол крем/мазь 1-2 раза в сутки 4-6 недель [43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или сертаконазол 2% крем, 1-2 раза в день 4-6 недель [26,35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или изоконазол крем или бифоназол крем, 1-2 раза в сутки, 4-6 недель [22,44,49].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Рекомендовано для лечения больных с ограниченной формой поверхностной микроспорией и трихофитией гладкой кожи: только наружная монотерапия, назначение наружных синтетических антимикотиков:

циклопирокс крем или кетоконазол крем/мазь 1-2 раза в сутки 4-6 недель [43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или сертаконазол 2% крем, 1-2 раза в день 4-6 недель [26,35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или изоконазол крем или бифоназол крем, 1-2 раза в сутки, 4-6 недель [22,44,49].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Рекомендовано при неэффективном лечении: системное лечение:

Таб. 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 2 недели 1 раз в 3 дня (всего 40-45 дней) [4,5,9,13,25,28,30,34,37].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при непереносимости гризеофульвина:

Таб.тербинафин, внутрь 250 мг 1 раз в сутки, ежедневно 5-6 недель [5,13,31,37,45].

- Рекомендовано в лечении глубоких форм трихофитии и микроспории наружное лечение:

- ручная эпиляция пораженных волос
- применение противовоспалительных растворов: ихтиола (5%) или хлоргексидина биглюконата 0,05%, 1-2 раза в сутки 1-2 недели. При разрешении островоспалительных явлений - (2%) серно- (5%) дегтярной мази 1 раз в сутки, 1-3 недели [4,5,22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Лечение больных поверхностными микозами обусловленными грибами: *Malassezia globosa*, *M. Sympodialis*, *M. furfur*, *M. slooffiae*, *M. Restricta*, *M. Obtuse*

- для наружной терапии при ограниченных формах заболевания назначение препаратов для наружного применения:

миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [58, 59].

Комментарии: противопоказан у детей до 12 лет.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или тербинафин, крем, раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [60].

Комментарии: применение у детей возможно согласно режиму дозирования.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или бифоназол, 1% крем или 1% раствор 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [61,62].

Комментарии: противопоказан детям до 1 года.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или кетоконазол, крем 1 раз в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [60].

Комментарии: противопоказан в детском возрасте до 12 лет.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или клотримазол, крем, раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) [63].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или циклопироксоламин (циклопирокс) 1% крем (у детей, старше 10 лет) 2-3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [60,61].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или цинк пиритион, 0,2% крем 2 раза в день, 0,2% аэрозоль 2-3 раза в день до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [59,60].

Комментарии: противопоказан детям до 1 года.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или оксиконазол, крем 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 2 недель) [20].

Комментарии: противопоказан детям до 8 лет.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 2).

• Рекомендовано при поражении кожи волосистой части головы назначение шампуней для наружной терапии
-кетоконазол, шампунь 1 раз в сутки (нанести на 5 минут, затем смыть) ежедневно в течение 5 дней [63].

Комментарии: противопоказан в детском возрасте до 3 лет.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или циклопироксоламин (циклопирокс) 1,5% шампунь (у детей, старше 10 лет) 2-3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [60,61].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

или цинк пиритион 1% шампунь 2-3 раза в неделю до разрешения клинических проявлений (в течение 2-3 недель) [61,62].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано применение системных антимикотических препаратов при распространённых и атипичных формах разноцветного лишая, а также неэффективности местной терапии при ограниченном поражении:

кеотоконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3-5 недель [63,64].

Комментарии: противопоказан детям до 3 лет.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

или итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно в течение 1 недели или 100 мг перорально 1 раз в сутки ежедневно после еды в течение 15 дней [65,66].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: при сохранении единичных высыпаний после 2-х-недельного перерыва рекомендуют проведение повторного курса лечения в той же дозе.

или флуконазол 300 мг перорально 1 раз в неделю в течение 2 недель или 150 мг 1 раз в неделю перорально в течение 4 недель [65,66].

Дети: противопоказан в детском возрасте до 1 года.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: обязательным условием назначения системной терапии является обнаружение возбудителя при микроскопическом исследовании. При отсутствии эффекта от лечения применяется корректирующая патогенетическая терапия (иммуномодуляторы, средства, нормализующие эндокринную патологию и др.) и/или замена антимикотического средства.

- Рекомендовано для лечения беременных:

клотримазол, крем, раствор 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 1-3 недель) [65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 2-).

или миконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) [65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 2-).

- Рекомендовано в лечении микоза гладкой кожи, складок, кистей, стоп,

обусловленных грибами spp. *Trichophyton*.: назначение наружной терапии следующими препаратами:

Изоконазол*, крем 1-2 раза в сутки в течение 4-х недель [40].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или кетоконазол*, крем, мазь 1-2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [44].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или клотримазол*, мазь, крем, раствор 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [4,5,24].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или тербинафин*, крем, спрей, дермгель 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений; раствор однократно на обе стопы на 24 часа [5,41].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или нафтифин*, крем, раствор 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [43,46,47].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или миконазол или *циклопирокс или сертаконазол 2%, эконазол, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [50,51]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или оксиконазол, крем 1-2 раза в сутки в течение 4-х недель [50,51]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или клотримазол+бетаметазон, крем 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [52,53]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или бетаметазон дипропионат + гентамицина сульфат + клотримазол, мазь, крем, 2 раза в сутки, наружно, в течение 3-5 дней [52,53]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

или ундециленовая кислота + ундециленат цинка, мазь, 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений [54, 55].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендовано при лечении микозов с островоспалительной реакцией кожи,

выраженным мокнутием (дисгидротическая форма), присоединением вторичной бактериальной инфекции:

бриллиантовый зеленый, водный раствор 1%, 1-2 раза в сутки, в течение 1-2 дней; [5,18,22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

или фукорцин, раствор (1-2 раза в сутки, в течении 2-3 дней); [5,18,22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Или ихтиол, раствор 5-10%, 2-3 раза в сутки, наружно в виде влажно-высыхающих повязок («примочек»), в течение 2-3 дней [5,18,22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Или миконазол+мазипредон 2 раза в сутки, в течение 7-10 дней [56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Или изоконазол нитрат+дифлукортолон валерат 2 раза в сутки, в течение 7-10 дней [55,56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

бетаметазон дипропионат+ гентамицина сульфат+ клотримазол, мазь, крем 2 раза в сутки, наружно, в течение 3-5 дней [59]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано в начальной фазе лечения микозов с выраженным гиперкератозом:

бифоназол, крем 1-2 раза в сутки, 3-4 дня (для отслойки) [55,56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при неэффективности наружной терапии микоза гладкой кожи, стоп, кистей и других локализаций назначение перорально антимикотических препаратов системного действия [5,25,45]:

итраконазол 200 мг в сутки, после еды, в течение 7 дней, далее 100 мг в сутки, после еды, в течение 1-2 недель [25]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Или тербинафин* 250 мг перорально, после еды, 1 раз в неделю, не менее 3-4 недель **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)** Или флуконазол 150 мг, перорально, после еды, 1 раз в неделю, не менее 3-4 недель [56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

Рекомендовано при острых воспалительных явлениях (мокнутье, наличие пузырей), выраженном зуде и аллергических реакциях назначение перорально антигистаминных препаратов [4,5,22]

клемастин - внутрь взрослым и детям старше 12 лет - таблетки по 1 мг 2 раза/сут. (утром и вечером) 10 дней. При необходимости суточную дозу увеличивают до 6 мг. Детям в возрасте 6-12 лет - по 0,5- 1 мг 2 раза/сут [63]

или лоратадин - взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке (10 мг лоратадина) 1 раз в сутки, 7-20 дней; для детей в возрасте 2-12 лет доза зависит от массы тела. При массе тела более 30 кг: 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки. Детям с массой тела менее 30 кг применять лоратадин в форме сироп [4,5,22].

Или цетиризин - внутрь, взрослым и детям старше 6 лет - 10 мг 1 раз в сутки или по 5 мг 2 раза в сутки, детям 2-6 лет - 5 мг 1 раз в сутки или по 2,5 мг 2 раза в сутки (в зависимости от тяжести состояния или ответной реакции), детям 1-2 лет - по 2,5 мг 2 раза в сутки, детям 6-12 месяцев - 2,5 мг 1 раз в сутки [4,5,22].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Лечение микоза ногтей (онихомикоза) [4,5,23,32,34,39,49];

- Рекомендовано при терапии онихомикоза стоп и кистей и поражении единичных ногтевых пластин с дистального или бокового краев на 1/3 - 1/2 пластины применять

только наружные противогрибковые препараты в виде лака и ногтевые чистки (с применением кератолитических средств или фрезерной машинки для маникюра /педикюра): аморолфин, лак для ногтей 5%, 1-2 раза в неделю, в течение 6 месяцев при поражении ногтей на кистях и в течение 9-12 месяцев при поражении ногтей на стопах. [23,32,34,]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)

Или циклопироксоламин, лак для ногтей 8%, ежедневно 6-12 месяцев (но не менее 6 месяцев) [56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

- **Рекомендовано** при выраженном гиперкератозе ногтевых пластин (чаще I и V пальцев стоп) использование кератолитического средства для удаления инфицированных участков ногтей или аппаратное удаление скалером [56]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано после удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное 28 ногтевое ложе наружно применять один из препаратов:

кетоконазол крем или клотримазол крем, 2 раза в сутки, до отрастания здоровых ногтей [54,55]

или нафтифин крем, раствор 2 раза в сутки, до отрастания здоровых ногтей [56]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

оксиконазол крем, 1 раз в сутки или тербинафин крем или циклопирокс крем, раствор 2 раза в сутки, до отрастания здоровых ногтей [55,56]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендовано при тотальном поражении ногтей, а также при неэффективном лечении наружными средствами назначение перорально системных антимикотических препаратов [33,38]:

итраконазол 200 мг 2 раза в сутки, после еды, 1 неделя в месяц, 3-4 месяца при микозе ногтей кистей и в течении 4-5 месяцев при онихомикозе стоп [33,38]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Или тербинафин 250 мг 1 раз в сутки, после еды, 1 неделя в месяц в течение 3-4

месяцев при онихомикозе кистей и в течении 4-5 месяцев при онихомикозе стоп [33,38];

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Или кетоконазол 400 мг в сутки в первый день терапии, далее - 200 мг 1 раз в сутки, после еды до полного отрастания ногтевых пластинок (не более 4-х месяцев) [33,38];

Комментарии: Возможно последовательное лечение: итраконазол 2 курса (400 мг в сутки, 1 неделя в месяц) далее тербинафин (500 мг в сутки, 1 неделя в месяц) 1 или 2 курса [38].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

3.2 Хирургическое лечение

• **Рекомендовано** при неэффективности консервативного лечения и выраженном гиперкератозе ногтевых пластин (чаще I и V пальцев стоп) экстирпация ногтевых пластин [4,8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

3.2 Иное лечение

Диетотерапия не проводится.

Обезболивание не проводится.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 . Профилактические мероприятия при дерматофитиях гладкой кожи и волосистой части головы включают следующие мероприятия [27]:

- регистрация больных,
- изоляция больного дерматомикозом,
- выявление источников заражения и лиц, бывших в контакте с больными дерматомикозами,
- диспансерное наблюдение после лечения,
- активное выявление больных,
- проведение дезинфекционных мероприятий,
- санитарно-просветительская работа среди населения,
- вакцинация животных.

Регистрация больных. Каждый случай заболевания подлежит регистрации в журнале «Учета инфекционных заболеваний» (форма №060/у).

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 ведётся во всех медицинских организациях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учёта 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 выхытия 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 бродячее животное, информация передается в соответствующие службы по отлову животных.

Изоляция больного с демофитией. При лечении на дому следует изолировать пациента в отдельную комнату или в какую-то ее часть, ограничить количество предметов, находящихся в его пользовании. Предметы личного пользования следует хранить отдельно, стирку постельного белья и личных вещей пациента проводят после предварительного обеззараживания. Больному ребенку микроспорией или трихофитией запрещается посещение детских организованных коллективов, парикмахерских, общественных бань до момента выздоровления.

Выявление источников заражения и лиц, бывших в контакте с больными дерматофитиями. Медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения. У пациента устанавливают: контакты за четыре недели до появления первых симптомов заболевания, с лицами, имеющими аналогичные клинические проявления, факты пребывания в закрытых коллективах, в том числе на отдыхе, участие в спортивных мероприятиях, посещение коммунальных объектов. При дерматофитиях зоонозного происхождения уточняются возможные контакты с домашними и/или сельскохозяйственными животными. [15,29].

Все контактные лица подлежат клиническому осмотру с целью выявления среди них больных дерматомикозами. Осмотр медицинским персоналом контактных лиц следует проводить в течение 1 месяца 1 раз в 10 дней, затем через 3-6 месяцев.

В образовательных учреждениях первый целевой осмотр контактных лиц проводит дерматовенеролог, второй - осуществляют медицинские работники детских учреждений через 2 недели. В течение двух недель рекомендуется не переводить детей в другие группы.

Мероприятия по предотвращению заражения микозами включают первичную индивидуальную профилактику, а именно, соблюдение правил личной гигиены, устранение гипергидроза (алюминия хлоргидрат 15% + децилен гликоль 1%), сухость кожи (tetranyl U 1,5 % + мочевины 10%) использование ортопедической обуви при деформации стоп,

лечение фоновых заболеваний, в том числе сахарного диабета, использование наружных противогрибковых препаратов при посещении бассейна, общественных душевых, спортзалов.

Первичная общественная профилактика включает повышение санитарной грамотности населения, в том числе через средства массовой информации, сети Интернет, гигиеническое содержание и дезинфекция мест общего пользования, активное выявление и лечение больных микозами, включая организацию профилактических осмотров среди отдельных контингентов. К ним относятся декретированные контингенты детские коллективы в дошкольных образовательных учреждениях, общеобразовательных школах, других закрытых учреждениях, а также в спортивных организациях.

Вторичная индивидуальная профилактика направлена на предупреждение рецидивов заболевания, что обеспечивается адекватным клинико-лабораторным контролем излеченности. Вторичная профилактика также включает противоэпидемические дезинфекционные мероприятия.

Вакцинация животных. При зооантропонозных дерматомикозах в профилактические мероприятия включают вакцинацию домашних животных от микроспории (вакцина «Вакдерм-Ф», «Поливак ТМ»), выявление скрытого миконосительства среди домашних животных, вакцинацию поголовья крупного и мелкого рогатого скота (вакцина «ЛТД-130») в личном подворье.

Диспансерное наблюдение. Диспансерному наблюдению подлежат все больные микроспорией и трихофитией взятые на учет. Длительность диспансерного наблюдения при микроспории (трихофитии) гладкой кожи с поражением пушковых волос, а также микроспории (трихофитии) волосистой части головы, составляет 3 месяца, при этом контрольные микроскопические исследования проводят раз в месяц. При микроспории (трихофитии) гладкой кожи без поражения пушковых волос больных наблюдают 1 месяц с контрольным микроскопическим исследованием 1 раз в 10 дней. При хроническом течении поверхностной трихофитии диспансерное наблюдение продолжается 2 года. Микроскопическое исследование проводится 1 раз в месяц в течение 6 месяцев.

После окончания лечения дети могут посещать детские коллективы после двух отрицательных контрольных исследований на грибы; закрытые детские учреждения - после трех отрицательных контрольных исследований.

Взрослые пациенты, относящиеся к лицам определенных профессий (декретированной группе населения), допускаются к работе после двух отрицательных контрольных исследований на грибы. Заключение о выздоровлении и допуске в организованный коллектив или к работе выдает дерматовенеролог.

Диспансерному наблюдению подлежат больные с распространенными, часто рецидивирующими формами микозов кистей, стоп (онихомикозов), вызванные *T. rubrum*, *T. Interdigitale*; больные микозами стоп декретированных профессий, дети, спортсмены.

При микозах гладкой кожи, складок, кистей, стоп и онихомикозе контрольные микроскопические исследования проводят после разрешения клинических проявлений на коже или отрастания здоровых ногтевых пластин до отрицательных результатов микроскопического исследования с интервалом в 7 дней.

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации:

1. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.
2. Инфильтративно-нагноительная форма микроспории/трихофитии с

нарушением общего состояния (подъем температуры тела, явления интоксикации и пр.).

3. Распространенные множественные очаги микроспории/трихофитии с поражением волосистой части головы, а также 5 и более очагов на гладкой коже с вовлечением пушковых волос.

4. 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, военнослужащие срочной службы. Лицам из указанных групп затруднено проведение надлежащих диагностических, лечебных и профилактических мероприятий вне стационара.

7. Дополнительная информация, влияющие на исход заболевания/синдрома

Развитию онихомикозов способствуют механические травмы ногтевой пластины, наличие химических профессионально-вредных факторов (постоянный контакт с водой, синтетическими моющими средствами), прием антибактериальных или гормональных препаратов.

Ношение обуви из синтетических материалов (создание влажной благоприятной и теплой среды, благоприятствующей для роста и размножения грибов;

Анатомическая особенность стопы

Наличие нарушения обмена веществ (сахарный диабет)

Скорость отрастания ногтевых пластин

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
1	Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим исследованием на грибы	1	A
2	Проведена терапия Гризеофульвином или тербинафином или итраконазолом	1, 2	A, B, C
3	Достигнуто разрешение клинических проявлений	4	C

Список литературы

1. Бондаренко В.В. «Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков»; канд. дис., 2002.
2. Гарибова Л.В., Лекомцева С.Н. «Основы микологии: морфология и систематика грибов и грибоподобных организмов». Учебное пособие. - М.: Товарищество научных изданий КМК, 2005. - С. 220.
3. «Дерматовенерология: национальное руководство»/ Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М., 2011. - С. 142-213.
4. Елинов Н.П. «Краткий микологический словарь» (для врачей и биологов). - СПб: International Clinic & Hospital MEDEM, 2004. - С. 174.
5. Климко Н.Н. «Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей». - М., 2007. - С. 124 - 178.
6. Кубанова А.А., Потеекаев Н.С., Потеекаев Н.Н. «Руководство по практической микологии». - М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92-104.
7. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомоллова Т.С. «Трихомикозы: история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении». Клиническая дерматология и венерология, 2011, №6, С. 4-9.
8. Т.М. Будумян, Ж.В. Степанова, Е.О. Панова, Н.Н. Потеекаев Методические указания № 2000/180 «Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории» (Екатеринбург, 2001).
9. 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.

10. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. «Дерматомикозы». Рук-во для врачей. - СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2006. - С. 184.
11. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. «Лечение кожных и венерических болезней». Руководство для врачей - М., 2015, С. 222-235.
12. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. 2-е изд. - М.: «Национальная академия микологии», 2007. - С. 164.
13. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. «Грибковые инфекции». Руководство для врачей-М., 2003, С. 175-178.
14. Сергеев, В.Ю. «Дерматофитии: новое в диагностике, терапии и профилактике наиболее распространенных микозов человека». Дерматология. - 2008. - № 1. - С. 30-35.
15. Степанова Ж.В. «Грибковые заболевания: диагностика и лечение». - М.: «Миклош», 2011. - С. 124.
16. Чеботарев В.В. «Исторические и современные аспекты лечения микозов волосистой части головы». Клиническая дерматология и венерология. 2006г., №3, С.69-73. A Randomized, Open Label, Single-Dose, three-period, Crossover study to evaluate the relative bioavailability of 250 mg terbinafine given orally either as one 250 mg Lamisil tablet (MF), Two 125 mg Lamisil tablet(MF) or as sixty minitables in healthy subjects.
17. Baran R., Feuilhade M., Darty A. et al. «A randomized trial of amorolfine 5% solution nail lacquer combined with terbinafine alone in the treatment of dermatophyte toenail onychomycosis affecting the matrix region». Br J Dermatol 2001; 42: 1177-1183.
18. Brautigam M., Nolting S., Schopf R.E. et al. «Randomized double blind comparison terbinafine itraconazole for treatment of toenail tinea infection». BMJ 1995; 311: 919-922.
19. Coulibaly O., Thera M.A., Koné A.K., Siaka G., Traore P., Djimde A.A., Brunel J.M., Gaudart J., Piarroux R., Doumbo O.K., Ranque S. «A double-blind randomized placebo-controlled clinical trial of squalamine ointment for tinea capitis treatment»// Mycopathologia. - 2015. - 179(3-4). - P. 187-193.
20. Das A., Sil A., Sarkar T.K., Sen A., Chakravorty S., Sengupta M., Das A., Chandra S., Pal S., Bandyopadhyay D., Das N.K. «A randomized, double-blind trial of amorolfine 0.25% cream and sertaconazole 2% cream in limited dermatophytosis»// Indian journal of dermatology, venereology and leprology.» - 2019. - 85(3). - P. 276-281.
21. Gupta A.K., Paquet M. «Placebo cure rates in the treatment of onychomycosis»// Journal of the American Podiatric Medical Association. - 2014. - 104(3). - P. 277-282.
22. Gupta A.K., Adam P., Dlova N. et al. «Therapeutic options for the treatment of tinea capitis caused by Trichophyton species: griseofulvin versus the new oral antifungal agents, terbinafine, itraconazole and fluconazole». Pediatr. Dermatol. 2001 Sep.-Oct.; 18(5): 433-438.

23. Gupta A.K., Lynde C.M., Konnikow N. «Single-blind, randomized, prospective study of sequential itraconazole and terbinafine pulse compared with terbinafine pulse for the treatment of toenail onychomycosis». *J Am Acad. Dermatol* 2001; 44: 485-891.
24. Gupta A.K., Shear N.H. «A risk-benefit assessment of the newer oral antifungal agents used to treat onychomycosis». *Drug Safety* 2000; 22: 33-52.
25. Jarratt M., Jones T., Adelglass J., Bucko A., Pollak R., Roman-Miranda A., Olin J.T., Swinyer L. «Efficacy and safety of once-daily luliconazole 1% cream in patients >12 years of age with interdigital tinea pedis: a phase 3, randomized, double-blind, vehicle-controlled study»// *Journal of drugs in dermatology*. - 2014. - 13(7). - P. 838-846.
26. Li R.Y., Wang A.P., Xu J.H., Xi L.Y., Fu M.H., Zhu M., Xu M.L., Li X.Q., Lai W., Liu W.D., Lu X.Y., Gong Z.Q. «Efficacy and safety of 1 % terbinafine film-forming solution in Chinese patients with tinea pedis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter, parallel-group study»// *Clinical Drug Investigation*. - 2014. - 34(3). - P. 223-230.
27. Markinson B., Caldwell B. «Efinaconazole Topical Solution, 10% Efficacy in Patients with Onychomycosis and Coexisting Tinea Pedis»// *ournal of the American Podiatric Medical Association*. - 2015. - 105(5). - P. 407-411.
28. Parish L.C., Parish J.L., Routh H.B., Fleischer A.B. Jr., Avakian E.V., Plaum S., Hardas B. «A randomized, double-blind, vehicle-controlled efficacy and safety study of naftifine 2% cream in the treatment of tinea pedis»// *Journal of drugs in dermatology*. - 2011. 10 (11). - P. 1282-1288.
29. Shi J.P., Zhang H., Zhang Z.D., Zhang G.H., Gao A.L., Xiang S.B. «Synergistic effects of tetrandrine on the antifungal activity of topical ketoconazole cream in the treatment of dermatophytosis: a clinical trial»// *Chinese journal of integrative medicine*. - 2011. - 17(7). - 499504.
30. «Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers» NCT00648713.
31. Stein Gold L.F., Parish L.C., Vlahovic T., Plaum S., Kircik L., Fleischer A.B. Jr., Verma A., Olayinka B., Hardas B. «Efficacy and safety of naftifine HCl Gel 2% in the treatment of interdigital and moccasin type tinea pedis: pooled results from two multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled trials»// *Journal of drugs in dermatology*. - 2013. - 12(8). P. 911-918.
32. Stein Gold L.F., Vlahovic T., Verma A., Olayinka B., Fleischer A.B. Jr. Naftifine Hydrochloride Gel 2%: «An Effective Topical Treatment for Moccasin-Type Tinea Pedis»// *Journal of drugs in dermatology*. - 2015. - 14(10). - P. 1138-1144.

33. Terbinafine Compared to Griseofulvin in Children With Tinea Capitis. Intervention Allocation: Randomized Endpoint Classification: Safety/Efficacy Study Intervention. Model: Single Group Assignment Masking: Single Blind Primary Purpose: Treatment NCT00117754.
34. Tietz H.J., Hay R., Querner S., Delcker A., Kurka P., Merk H.F. «Efficacy of 4 weeks topical bifonazole treatment for onychomycosis after nail ablation with 40% urea: a double-blind, randomized, placebo-controlled multicenter study»// Mycoses. - 2013. - 56(4). - P. 414-421.
35. М.А. Sergeeva «Ведение больных с микозами гладкой кожи, складок, кистей и стоп» сб., 28/10/2017
36. Sahoo AK, Mahajan R. «Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review».
37. Ж.В. Степанова «Микозы гладкой кожи» «Лечащий врач».
38. Потееаев Н.С., Потееаев Н.Н., Гаагиев М.Н., Литинская Е.С. «Поверхностные микозы кожи», Регулярные выпуски «РМЖ» №16 от 17.08.2001,
39. Fungicidal PMMA-Undecylenic Acid Composites Milica Petrovic, Debora Bonvin, Heinrich Hofmann, Marijana Mionic Ebersold
40. «Hexosomes with Undecylenic Acid Efficient against Candida albicans» Marijana Mionic Ebersold, Milica Petrovic, Wye-Khay Fong, Debora Bonvin, Heinrich Hofmann, Irena Milosevic
41. L-W Zhang, J-Y Fu, H Hua, Z-M Yan «Efficacy and safety of miconazole for oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis».
42. Stefano Veraldi - «Isoconazole nitrate: a unique broad-spectrum antimicrobial azole effective in the treatment of dermatomycoses, both as monotherapy and in combination with corticosteroids».
43. Васильева Н.В., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П., Михайлова М.А. «Мониторирование чувствительности клинически значимых микромицетов к изокконазолу (субстанции кремов травоген®, травокорт®), оценка его эффективности и безопасности в лечении больных микозами стоп».
44. Короткий Н.Г, Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. «Применение антибактериальных и противогрибковых средств в наружной терапии детей с атопическим дерматитом различной степени тяжести, осложнённым вторичной инфекцией».
45. Резниченко Н.Ю., Алдошина А.О. «Оптимизация лечения микозов кожи с использованием антимикотика наружного действия».

46. T E Lackner, S P Clissold Bifonazole. «A review of its antimicrobial activity and therapeutic use in superficial mycoses». T E Lackner, S P Clissold
47. Sherrill J Brown «Efficacy of fluconazole for the treatment of onychomycosis».
48. «A comparison between the efficacy of ketotifen and clemastine in children» Z Hlouskova, M Gutova, Z Hlousek
49. «Amorolfine vs. ciclopirox - lacquers for the treatment of onychomycosis» Katarzyna Tabara, Anna E Szewczyk ,Wojciech Bienias, Agnieszka Woiciechowska, Marta Pastuszka, Magdalena Oszukowska, Andrzej Kaszuba
51. «Местная и комбинированная терапия онихомикозов». Сергеев Ю.В., Мокина Е.В., Сергеев А.Ю., Бурцева Г.Н., Баранова М.О., Савченко Н. В., Сергеев В.Ю.
52. «Comparison of two topical preparations for the treatment of onychomycosis: Melaleuca alternifolia (tea tree) oil and clotrimazole» D S Buck, D M Nidorf, J G Addino [Ketoconazole and onychomycosis Article in French] D Parent, G Achten, J Andre, L Wiame
53. «In vitro antifungal activity of naftifine hydrochloride against dermatophytes» M Ghannoum, N Isham, A Verma, S Plaum, A Fleischer Jr, B Hardas
54. Л. П. Котрехова, Н. Н. Климко, К. И. Разнатовский «Современные методы лечения онихомикоза»
55. Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев «ОНИХОМИКОЗЫ грибковые инфекции ногтей».
56. Лоуэлла А.Голдсмит, Стивен И.Кац , Барбара А. Джилкрест, «Дерматология» Фицпатрика в клинической практике ,издание второе стр. 490
57. F. Keddie Clinical Signs in Tinea Versicolor, MD Arch Dermatol. 1963;87(5):641-642. doi:10.1001/archderm
58. Tanenbaum L, Anderson C, Rosenberg MJ, Akers W. 1% sulconazole cream versus 2% miconazole cream in the treatment of tinea versicolor: a double-blind, multicenter study. Arch Dermatol 1984; 120: 216-9;
59. Fredriksson T. Treatment of dermatomycoses with topical tioconazole and miconazole. Dermatologica 1983; 166: 14-9;
60. Soyinka F. Bifonazole in the treatment of fungal skin infections in the tropics: a clinical and mycological study. Curr Med Res Opin 1987; 10: 390-6.;
61. Hernandez-Perez E. A comparison between one- and two-weeks' treatment with bifonazole in pityriasis versicolor. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 561-4;
62. Balwada, R.P.; Jain, V.K.; Dayal, S. A double-blind comparison of 2% ketoconazole and 1% clotrimazole in the treatment of pityriasis versicolor. Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.1996, 62, 298-300;
63. Savin RC, Horwitz SN. Double-blind comparison of 2% ketoconazole cream and

placebo in the treatment of tinea versicolor. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 500-3;

64. Alchorne MMA, Paschoalick RC, Foraz MH. Comparative study of tioconazole and clotrimazole in the treatment of tinea versicolor. Clin Ther 1987;9: 360-7;

65. Gip L. The topical therapy of pityriasis versicolor with clotrimazole. Postgrad Med 1974; 50(Suppl 1): 59-60;

66. Subissi A., Monti D., Togni G., Mailland F. Ciclopirox: recent nonclinical and clinical data relevant to its use as a topical antimycotic agent. Drugs 2010; 70 (16):2133-52.

Приложение А1.

Состав рабочей группы .

Состав рабочей группы

Председатель:

Страт А.И. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Члены:

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Аврам-Визитиу Л.Н. - врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. - врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, заведующая КВО ГУ «БЦГБ»;

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности)

«Дерматовенерология» **Н.Т. Барановская** - главный врач государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер», врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории

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

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица 1.

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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

Таблица 2.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

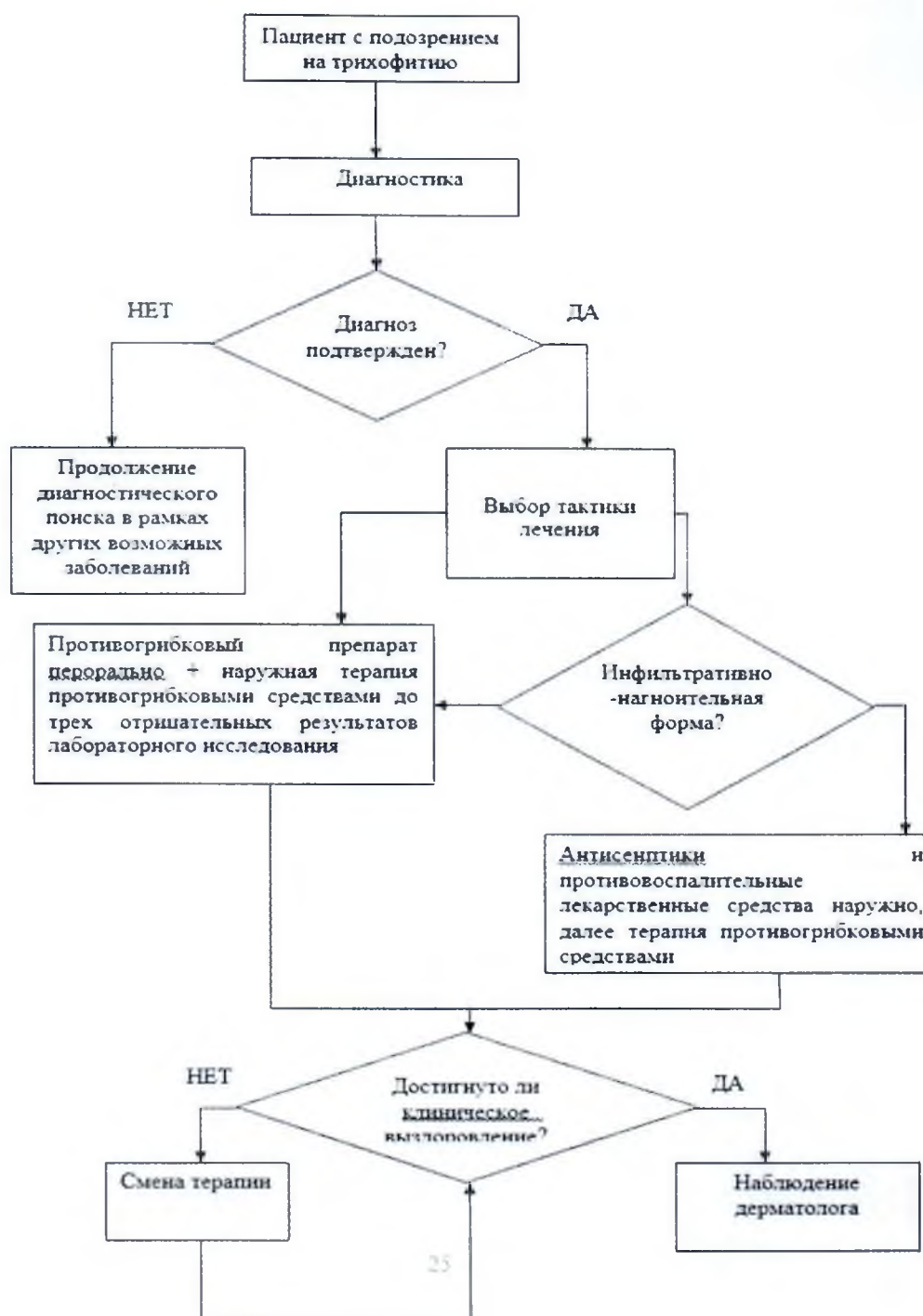
УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

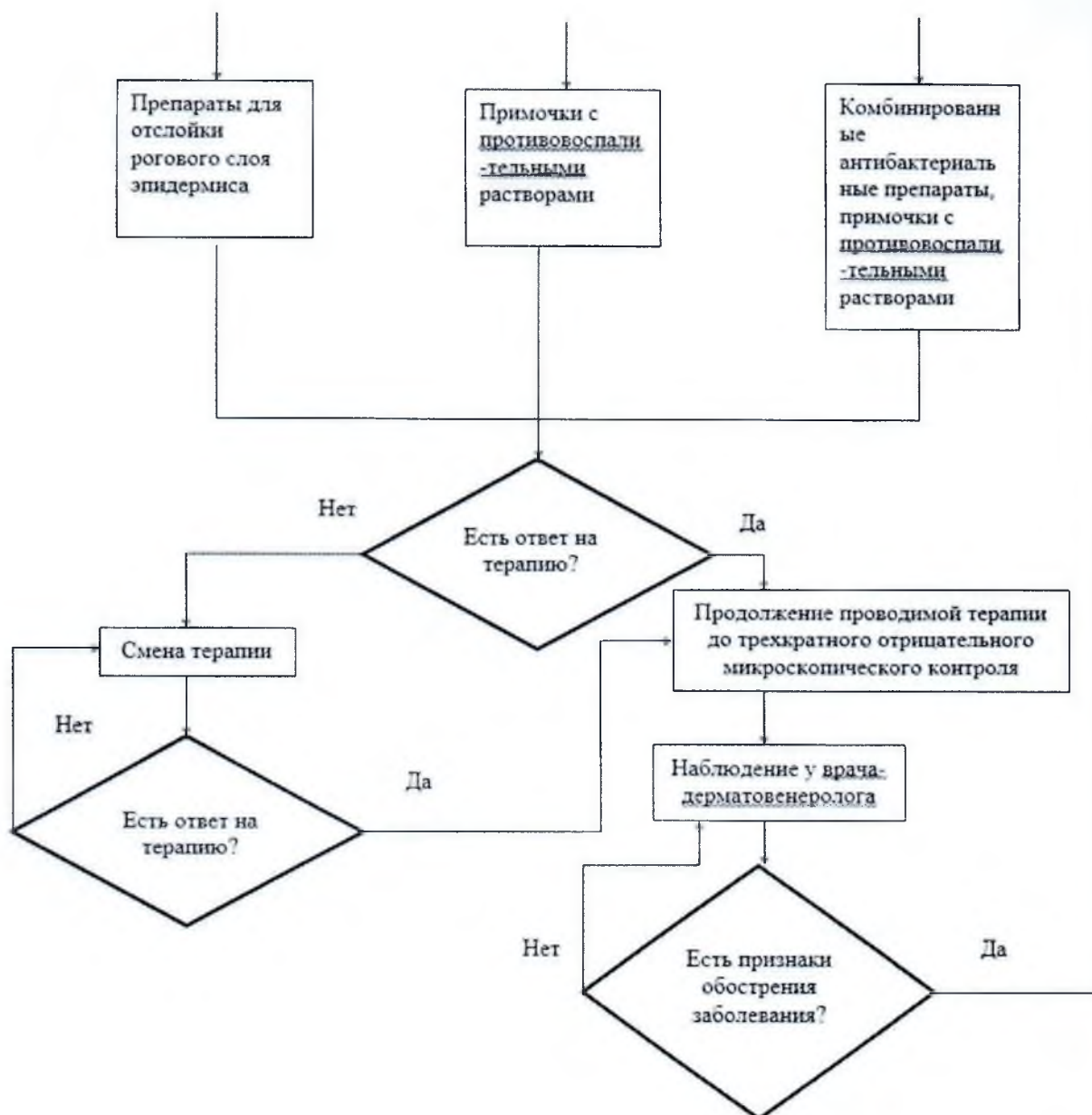
Таблица 3.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)

Алгоритмы действий врача





Информация для пациента

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:

1. Стирка в стиральной машине при высоких температурах (90 градусов).
2. Проглаживание верхней одежды, чехлов с мебели, постельных принадлежностей горячим утюгом с двух сторон через влажную ткань или отпаривателем.
3. 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.
4. С помощью пылесоса проводить чистку верхней одежды и мягкой мебели (при условии последующего обеззараживания матерчатого сборника пыли кипячением или использовании одноразового пылесборника).
5. 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 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. Заклучительную 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 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 46

дерматовенеролога. При хроническом течении поверхностной трихофитии диспансерное наблюдение продолжается 2 года.

Информация для больных микозом кистей, стоп, ногтей

Микоз кистей, стоп и ногтей — это заразные грибковые заболевания, передаются от больного человека.

Сроки лечения длительные: грибок кистей, стоп лечится до 1,5 месяцев, ногтей (онихомикоз) - 6-9 месяцев.

При микозе кистей, стоп, онихомикозе необходимо своевременное и полное излечение от грибка с проведением контрольных исследований. При этом во время лечения **рекомендуется**: носить хлопчатобумажные носки, менять их ежедневно и хранить отдельно, стирать горячей водой, кипятить или проглаживать утюгом, обувь следует обрабатывать ультрафиолетовыми сушками. У пациента должны быть индивидуальные маникюрные ножницы, их дезинфекция осуществляется над пламенем после использования. Необходимо периодически обрабатывать пол дезинфектантами, проводить паровую чистку ковров, содержать ванну/душевую кабину в чистоте, дезинфицировать ее перед каждым использованием.

После лечения возможно повторное заражение. Для предотвращения повторного инфицирования, необходимы меры профилактики:

1. Соблюдение правил личной гигиены (ежедневный уход за ногами, использование индивидуальных полотенец, носков, обуви, дезинфекция ванны, душевых).
2. Использование удобной обуви из натуральных материалов, летом отдавать предпочтение хорошо вентилируемой, открытой обуви.
3. Использование пляжных тапочек в сауне, душевых и бассейнах.
4. Своевременное лечение хронических заболеваний.
5. Лечение у дерматовенеролога повышенной потливости стоп.
6. Устранение сухости кожи, мозолей (использование крема для ног).
7. Обследование и лечение у дерматовенеролога больного микозом стоп из числа семейных контактов.

Рецензия

Детского травматолога-ортопеда, доктора медицинских наук, профессора кафедры травматологии, ортопедии и ЭМ Гарбуз Иван Филиппович

На клинические рекомендации «Микозы кистей, стоп и туловища»

Представленная работы относятся к практическому здравоохранению и применяются в практике врача дерматолога-венеролога.

Работа написана правильно, грамотно с соблюдением всех правил печатания.

В работе имеется несколько разделов из которых: Краткая информация о микозах, где описываются варианты микозов, этиология и патогенез микозов, особенности каждой формы микоза, Классификация различных форм микозов, клиническая картина различных форм микозов.

Клиническая картина описана в самом подробном стиле из которых микозы крупных складок, Микозы кистей, Микозы стоп, Микозы ногтей.

Подробно описана диагностика этого сложного заболевания на самом современном уровне начиная от простого осмотра, жалоб больного и далее, специальное лабораторные исследования.

Лечение описано подробно с использованием самых современных способов как медикаментозных, так и других способов. При всех перечисленных способах лечение указывается эффективность самого лечения.

Использована современная литература и в большом количестве что говорит о компетентности специалистов работающим в создании клинических материалов.

В заключении освещён алгоритм действия врача подробно и конкретно.

Заключение: Клинические рекомендации «Микозы кистей, стоп и туловища» - завершённая работа и может быть применена в клинической практике, в практическом здравоохранении.

Представленные клинические рекомендации «Микозы кистей, стоп и туловища» - Соответствуют современным требованиям оформления и могут быть напечатаны с использованием в практическом здравоохранении.

Доктор медицинских наук,

профессор, детский травматолог ортопед И.Ф. Гарбуз

Экспертиза проектов клинических рекомендаций по специальности «Дерматовенерология» главный внештатный дерматовенеролог министерства здравоохранения, главный врач ГУ «РКВД», врач дерматовенеролог высшей квалификационной категории Барановская Наталья Тиграновна.

На экспертизу, согласно «План - графику» и «Дорожной карте» разработки клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи на 2024 год (Приказ 47-ОД МЗ ПМР от 27.01.2023 г.), согласно приказа №363 от 6 мая 2021 года «Об утверждении порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения от 23 августа 2024 года №598-ОД «Об утверждении персонального состава рабочей группы по разработке (пересмотру) клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи и экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи», с целью повышения качества оказания медицинской помощи гражданам, проживающим на территории Приднестровской Молдавской Республики представлены четыре проекта клинических рекомендаций, разработанных в 2024г.:

«Локализованная склеродермия», «Микозы кожи головы, туловища, кистей, стоп», «Сифилис», «Чесотка».

Согласно приложению к Приказу МЗ ПМР 47-ОД от 27 января 2023 года данные проекты клинических рекомендации представлены рабочей группой в составе: председателя рабочей группы Страт А.И., члены рабочей группы Аврам-Визитиу Л.И..

Спорыш Е.Л., Козак И.И.

Титульные страницы проектов клинических рекомендаций соответствуют типовой титульной странице в соответствии с Приказом №363, Приложением №4 (от 6.05.2021 г.).

Рассматриваемые проекты клинических рекомендаций, по своей структуре и содержанию оформлены в соответствии с типовой структурой, установленной Приказом №363.

Приложением №3. Построение, изложение, оформление и форматирование проектов

клинических рекомендаций осуществлено в соответствии с требованиями Приказа №363.

Для обоснования положений клинических рекомендаций разработчики использовали результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии современными принципами клинической эпидемиологии. В проектах клинических рекомендаций представлены современные классификации, патогенез, на современном

уровне с доказательной эффективностью отражены клиника, лечение и профилактика.

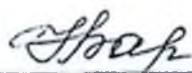
Присутствуют рекомендации по применению конкретных медицинских вмешательств, позволяющих оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. При описании в проектах клинических рекомендаций конкретной лечебной или диагностической медицинской технологии в них указаны уровень убедительности доказательств целесообразности ее применения с учетом унифицированной шкалы оценки убедительности доказательств.

Замечаний по представленным проектам клинических рекомендаций экспертом нет.

Члены Экспертной группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чём заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов».



 Барановская Н.Т.

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 02 12 24 » ФИО Барановская Н.П. Подпись Н.П.

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет нет

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет нет

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Своевременность нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата 02.12.2024 ФИО Алексей Витальевич подпись [подпись]

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата «5» 12.2024г. ФИО Розак И. Ч. подпись ИИ

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ✓

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ✓

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

отсутствуют

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 5 » 12 июля ФИО Врач АН подпись [подпись]

«Декларация отсутствия конфликта интересов»

Имеете ли Вы финансовую или другую заинтересованность в теме обсуждаемого документа, которая может повлиять на Ваши суждения? Отметьте только один пункт:

Да _____ Нет ☒

Имели ли Вы какое-либо финансирование или вознаграждение от группы, которая имеет интерес к разрабатываемому проекту клинических рекомендаций?

Да _____ Нет ☒

Укажите, пожалуйста, существующие сложности, которые могут воспрепятствовать Вашей работе, а также нарушат Вашу объективность и свободу суждений при работе над клиническими рекомендациями:

Ничего сложного нет

Я, нижеподписавшийся, ответственно заявляю, что все данные, изложенные в данной декларации, являются правильными и верными.

Я готов информировать Вас о любых изменениях, в вопросах, изложенных выше.

Дата « 3 » XII 24 ФИО Спориш В.А. подпись 

Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:

1. Председатель экспертной группы: Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи» города Бендеры;

2. Заместитель председателя экспертной группы: Кравцова Алина Геннадьевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент Кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-педиатр, неонатолог;

3. Секретари экспертной группы:

1) Гурецкая Елена Валентиновна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Кошелева Наталья Игоревна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

4. Члены экспертной группы:

1) Гырбу Валерия Андреевна - начальник Управления нормативно-правового, документационного, информационного обеспечения и системного администрирования Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Марьян Анастасия Антоновна - начальник Отдела организации лекарственного обеспечения Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

3) Окушко Ростислав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

4) Гарбуз Иван Филиппович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной медицины медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета имени Т.Г. Шевченко;

5) Горшков Николай Иванович - главный специалист Управления организации

медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный оториноларинголог и челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, заведующий отделения головы, шеи и восстановительной хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

6) Кацавель Ольга Николаевна - заведующая отделением дополнительного профессионального образования государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»