

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ**

Москва - 2013

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

1. Минуллин Искандер Кагапович - главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Приволжского федерального округа, главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер».
2. Абдрахманов Расим Миндрахманович - заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук.
3. Юсупова Луиза Афгатовна - заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ДПО «Казанский государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук.
4. Бильдюк Евгения Владимировна – заместитель главного врача ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» по медицинской части.
5. Вафина Гузель Гакильевна - заместитель главного врача ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» по поликлинической работе.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
V35.0

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Трихофития (*trich*, *trichos*греч.– волос; *phyton*, *греч.* – растение) – микоз, входящий в группу дерматофитий, вызываемых грибами рода *Trichophyton*, отличающийся высокой контагиозностью и поражающий кожу, волосы и ногти.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Различают поверхностную трихофитию, вызываемую антропофильными грибами (*Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*), паразитирующими на человеке, и инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную), обусловленную зоофильными грибами (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* и *Trichophyton verrucosum*), паразитирующими на животных.

При антропофильной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами (головные уборы, расчески, ножницы, постельные принадлежности и т.д.). Возможна передача возбудителя заболевания при несоблюдении санитарно-гигиенических требований в парикмахерских, детских садах, интернатах, школах, спортивных залах.

Инкубационный период заболевания составляет от 5 до 7 дней.

Зооантропонозная трихофития встречается главным образом у сельских жителей, основным источником заражения являются животные: больные мыши, крысы, суслики, морские свинки, кошки, а также крупный скот, чаще телята. Инфицирование в большинстве случаев происходит непосредственно от самих животных или через предметы, загрязненные их шерстью: подстилки, щетки, кормушки. Инкубационный период составляет от 1–2 недель до 1,5–2 месяцев. Болеют взрослые и дети.

Для возникновения трихофитии имеет значение общее состояние организма. Как поверхностная, так и инфильтративно-нагноительная формы микоза чаще развиваются у детей и взрослых, страдающих различными соматическими заболеваниями, со сниженным иммунитетом и эндокринной патологией. При поверхностной трихофитии грибы могут распространяться гематогенным путем и поражать любой орган. При отсутствии терапии заболевание переходит в хроническую форму, которой могут болеть в любом возрасте.

При заболеваемости наблюдается в зимнее время года, что связано с эпизоотиями у домашних животных, прежде всего у крупного рогатого скота.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- поверхностная трихофития гладкой кожи;

- поверхностная трихофития волосистой части головы;
- хроническая трихофития, включая трихофитию ногтей;
- инфильтративно-нагноительная трихофития.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Поверхностная трихофития волосистой части головы характеризуется появлением мелких очагов с четкими границами, округлой или овальной формы, без воспалительных явлений, с незначительным шелушением, с коротко обломанными волосами (на 2–4 мм от уровня кожи) по всей поверхности очага. На гладкой коже возникают очаги округлой или овальной формы, с четкими границами, возвышающимся валиком, состоящим из пузырьков и корочек ярко-красного цвета, по размеру они более крупные, чем на голове. Сливаясь, они могут образовывать более крупные очаги фестончатых очертаний розового цвета, с незначительным шелушением.

Хронической трихофитией, как правило, болеют лица женского пола, являясь источником заражения детей. Клинические проявления отличаются от поверхностной трихофитии. На голове очаги локализуются в затылочной и височных областях. Характерными признаками заболевания являются множественные атрофические плешинки, а также «черные точки» – обломанные волосы на уровне кожи. Также заболевание может проявляться выраженным шелушением, напоминающим сухую себорею, и мелкоочаговым шелушением на других участках головы. У некоторых больных заболевание может сопровождаться зудом. На гладкой коже характерным является расположение очагов на ягодицах, коленных суставах, внутренних поверхностях бедер, предплечьях, реже других участках. Очаги синюшно-красного цвета, с шелушением и узелками на поверхности, нечетких очертаний. Часто вовлекаются в процесс пушковые волосы. У многих больных поражаются ногти сначала на кистях, позже стопах. Ногтевые пластины становятся утолщенными, грязно-серого цвета, с бороздками, крошатся.

У больных с эндокринными заболеваниями и иммунными нарушениями могут развиваться генерализованные формы трихофитии с поражением внутренних органов. Однако эти формы наблюдаются крайне редко.

При *инфильтративно-нагноительной трихофитии* заболевание может протекать в виде поверхностной, инфильтративной и инфильтративно-нагноительной форм.

При инфильтративной форме трихофитии наблюдаются очаги с воспалительными явлениями – инфильтрацией, гиперемией, часто с экссудацией, поражением регионарных лимфатических узлов.

Для инфильтративно-нагноительной формы трихофитии характерно возникновение опухолевидных образований темно-красного цвета, покрытых корками в результате присоединения бактериальной микрофлоры. При отторжении корок наблюдается отделение гноя из устьев

волосяных фолликулов, болезненность очагов при пальпации. Может нарушаться общее состояние больного, сопровождающееся повышением температуры тела, недомоганием, головной болью, увеличением лимфатических узлов, появлением аллергических высыпаний на коже. Клинические проявления заболевания могут разрешиться без лечения, на месте бывших очагов образуются рубцы.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз трихофитии устанавливается на основании комплекса клинических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями:

- микроскопическим исследованием на грибы (не менее 5 раз);
- культуральным исследованием для идентификации вида возбудителя.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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

При дифференциальной диагностике с микроспорией обращают внимание на высоко обломанные волосы, имеющие муфтообразные чехлики, покрывающие обломки волос, асбестовидное шелушение. Решающее значение в диагностике имеет флюоресценция изумрудным цветом в лучах лампы Вуда пораженных волос при микроспории, обнаружение элементов патогенного гриба и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

Для розового лишая Жибера характерно более выраженное воспаление, розовый оттенок бляшки, отсутствие резких границ, шелушение в виде «смятой папиросной бумаги», наличие «материнской бляшки», отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

Для псориаза более характерна четкость границ, сухость в области поражения, серебристый характер чешуек, отсутствие обломанных волос в очагах, отсутствие выявления элементов патогенного гриба при микроскопическом исследовании и выделение возбудителя при культуральном исследовании.

ЛЕЧЕНИЕ

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

Общие замечания по терапии

При лечении трихофитии гладкой кожи без поражения пушковых волос применяются наружные антимикотические препараты.

При множественных очагах на коже, особенно с вовлечением в патологический процесс пушковых волос, а также при поражении волосистой

части головы необходимо комплексное лечение, включающее системный противогрибковый препарат, наружные антимикотические средства, сбривание волос 1 раз в 7-10 дней.

При выраженных воспалительных явлениях применяют комбинированные препараты, содержащие антимикотические и глюкокортикостероидные средства.

Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения

Гризеофульвин (А) перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки (но не более 1 г в сутки) в 3 приема ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, затем через день в течение 2 недель, затем 2 раза в неделю до конца лечения [13,18,20, 22, 26,27].

Дополнительно проводится терапия местнодействующими препаратами:

– циклопирокс, крем (В) 2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [15]
или

– кетоконазол крем, мазь (В) 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель [15]

или

– 10% серно 3% салициловая мазь (А) наружно вечером + йод 2% спиртовая настойка наружно утром [27].

При *хронической форме* поверхностной трихофитии волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса (кислота салициловая 12,0 г, кислота молочная или бензойная 6,0 г, вазелин до 100,0 г) наружно на очаг поражения под компресс на 2 суток, затем салициловая мазь 2% наружно под компресс на 24 часа, после снятия повязки проводится чистка и эпиляция волос. После отслойки рогового слоя назначают антимикотические лекарственные средства по схемам, описанным выше.

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

– ихтаммол, раствор 10% 2–3 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней
или

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

или

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

- фурацилин, раствор 1:5000 2–3 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней,
затем - серно-дегтярная мазь 10% наружно 2 раза в сутки до разрешения инфильтраций [27].

Далее назначают антимикотические лекарственные средства по схемам, описанным выше.

При *поражении пушковых волос* на гладкой коже до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса 10% молочно-салициловым коллодием (кислота салициловая 10,0 г, кислота молочная или бензойная 10,0 г, коллодий эластический до 100,0 г, коллодий) 2 раза в сутки наружно в течение 3–4 дней.

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

Альтернативные схемы лечения

- тербинафин (В) 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 5–6 недель [13,14,17,18,22,25,26,27]
- или
- итраконазол (С) 100 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель [27].

Особые ситуации

Лечение детей

Рекомендованные схемы лечения

Гризеофульвин (А) перорально с чайной ложкой растительного масла 18 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, затем через день в течение 2 недель, затем 2 раза в неделю до конца лечения [13,18,20, 22, 26,27].

При *хронической форме* поверхностной трихофитии волосистой части головы до назначения антимикотических препаратов проводят отслойку рогового слоя эпидермиса: кислота салициловая 6,0 г, кислота молочная или бензойная 3,0 г, вазелин до 100,0 г) наружно на очаги поражения под компресс на 2 суток, затем салициловая мазь 2% наружно под компресс на 24 часа, после снятия повязки проводится чистка и эпиляция волос. После отслойки рогового слоя назначают гризеофульвин по схеме, описанной выше.

Альтернативные схемы лечения

- тербинафин, таблетки (В): детям с массой тела >40 кг - 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды, детям с массой тела от 20 до 40 кг - 125 мг 1 раз в сутки перорально после еды, детям с массой тела <20 кг - 62,5 мг 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 5–6 недель [13,14,17,18,22,25,26,27]

или

- итраконазол, капсулы (С): детям в возрасте старше 12 лет - 5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в сутки перорально после еды ежедневно в течение 4–6 недель [27].

Беременность и лактация.

Применение системных антимикотических препаратов и гризеофульвина во время беременности и лактации противопоказано.

Лечение всех форм микроспории во время беременности проводится только местнодействующими препаратами.

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

Требования к результатам лечения

- разрешение клинических проявлений;
- три отрицательных контрольных результата микроскопического исследования (трихофития волосистой части головы - 1 раз в 7-10 дней, трихофития гладкой кожи 1 раз в 5-7 дней).

В виду возможности рецидивов, после окончания лечения, пациент должен находиться на диспансерном наблюдении: при трихофитии волосистой части головы - 3 месяца, при трихофитии гладкой кожи - 1 месяц.

Контрольные микроскопические исследования при диспансерном наблюдении необходимо проводить: при трихофитии волосистой части головы - 1 раз в месяц, при трихофитии гладкой кожи - 1 раз в 10 дней.

Показания для госпитализации

Показаниями для госпитализации являются:

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- инфильтративно-нагноительная форма;
- тяжелая сопутствующая патология.
- по эпидемиологическим показаниям: больные из организованных коллективов при отсутствии возможности изоляции их от здоровых лиц (например, при наличии трихофитии у лиц, проживающих в интернатах, детских домах, общежитиях, дети из многодетных и асоциальных семей).

ПРОФИЛАКТИКА

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

Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских учреждениях и учреждениях здравоохранения и др.

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

Противоэпидемические мероприятия

1. На больного трихофитией, выявленного впервые, в 3-х дневный срок подается извещение в отделение учета и регистрации инфекционных заболеваний ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» и его филиалов, в территориальные кожно-венерологические диспансеры (№089/у-кв).

Каждое новое заболевание следует рассматривать, как впервые диагностированное, и подавать на него извещение.

2. При регистрации заболевания в учреждениях здравоохранения, организованных коллективах и других учреждениях сведения о заболевшем вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний (форма №060/у).

Журнал ведется во всех учреждениях здравоохранения, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений и других организованных коллективах. Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между учреждениями здравоохранения и органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3. Проводится изоляция больного.

При обнаружении в детских учреждениях больного трихофитией немедленно изолируют и до перевода в больницу или домой проводят текущую дезинфекцию.

До выздоровления больного трихофитией ребенка не допускают в дошкольное образовательное учреждение, школу; взрослого больного не допускают к работе в детские и коммунальные учреждения. Больному запрещается посещение бани, бассейна.

В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или ее часть, предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, мочалку, расческу и др.). Ограничивают число предметов, с которыми он может соприкоснуться.

4. В первые 3 дня после выявления больного в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних специальных образовательных учреждениях и других организованных коллективах медицинским персоналом данных учреждений проводится осмотр контактных лиц. Осмотр контактных лиц в семье проводится врачом-дерматовенерологом или врачом, на которого возложена обязанность врача дерматовенеролога. Осмотр проводится до проведения заключительной дезинфекции.

Дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы производится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

5. Текущую дезинфекцию в очагах организует учреждение здравоохранения, установившее заболевание. Текущую дезинфекцию до госпитализации, выздоровления проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо.

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

6. Заключительная дезинфекция проводится в очагах трихофитии после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома не зависимо от сроков госпитализации или выздоровления.

В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды (например, в случае изоляции и лечения больного ребенка в изоляторе школы интерната: после изоляции – в помещениях, где находился больной и после выздоровления – в изоляторе). Если заболевает ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение или школу, заключительную дезинфекцию проводят в детском дошкольном учреждении (или школе) и дома. В общеобразовательной школе заключительную дезинфекцию проводят по эпидемиологическим показаниям. Заключительную дезинфекцию в очагах проводит дезинфекционная станция. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности, верхняя одежда, обувь, головные уборы, ковры, мягкие игрушки, книги и др.

В очагах зоонозной трихофитии, обусловленной *Trichophyton mentagrophytes var. gypseum*, в обязательном порядке проводятся мероприятия по уничтожению грызунов.

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

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

9. При зооантропонозной трихофитии медицинским работником, установившим заболевание, проводится работа по выявлению источника заражения (наличие контакта с больными животными). Принимаются меры по выявлению инфекции на фермах и личных хозяйствах среди крупного рогатого скота совместно с ветеринарной службой. Животных обследуют в учреждениях ветеринарии с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за больным трихофитией.

Список литературы

1. Нурматов У.В., Туляганов А.Р. VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. Ч 1. // Дерматология. – М, 2001. С.154–155.
2. Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова. – М., 2011.
3. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
4. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. 50 с.
5. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
6. Урманов Д.Х. Клиническое течение и эффективность специфической терапии дерматофитий волос головы у детей с сопутствующими гельминтозами. Автореф. дис. на соиск. уч. степ. к.м.н. - М., 1985. RU 2058141 С1, 20.04.1996.
7. Скрипкин Ю.К. и др. Микроспория. Российский медицинский журнал. - 1997, № 2, с. 37-40.
8. Рукавишникова В.М., Самсонов В. А. Лечение дерматофитий с преимущественным поражением волос. //Вестник дерматологии и венерологии. 1996. - 3. -С.17-20.
9. Рукавишникова В. М., Федоров С.М. О терапевтической эффективности ламизила у больных дерматофитиями и некоторыми недерматофитными микозами. //Вестник дерматологии и венерологии. - 2. -1997. -С.19-23.
10. Степанова Ж.В. К вопросу о хронической трихофитии у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 177-178.
11. Open -label, Multicenter Study Of Diflucan (Fluconazole) Given Once Daily To children With Tinea Capitis for 6 weeks" NCT00645242.
12. Randomized, single-blind study of efficacy and safety of Terbinafine compared to Griseofulvin in children with Tinea Capitis.
13. 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.
14. Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713.
15. A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Study Observing the Efficacy of Selenium Sulfide 1% Shampoo, Ketoconazole 2% Shampoo, and Ciclopirox 1% Shampoo as Adjunctive Treatments for Tinea Capitis in Children NCT00127868.
16. A Randomized, Open Label, Single-Dose,three-period, Crossover study to evaluate the relative bioavailability of 250 mg terbinafint given orally either as one 250 mg Lamisil tablet(MF), Two 125 mg Lamisil tablet(MF) or as sixty minitabets in healthy subjects.
17. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with Tinea Capitis caused by Microsporum Canis for 8 weeks.
18. Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина», 1983. С. 135–143.
19. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Бутова Ю.С. – М.: Медицина, 2002.
20. Степанова Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 178-179.

21. Аравийский Р.А., Горшкова Г.И. Практикум по медицинской микологии. – СПб.: СПбМАПО, 1995.- 40 с.
22. Бондаренко В.В. Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков; канд.дисс., 2002.
23. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения, профилактика. – М.: Крон-Пресс,1996. – 164 с.
24. Rassa Aly, PHD *Pediatr Infect Disease J.* 1999 18180-5.
25. Jones T.C. *British Journal of Dermatology* 1995, 132: 683 – 689.
26. Saceres Rhos H., Rueda M., Ballona R., Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tinea capitis. *J Am Acad Dermatol*, 2000 Jan, 42:1 Pt 1, 80 – 4.
27. В.Т.Базаев, О.В.Дашевская, А.А.Фидаров, М.С.Царуева, А.В.Фидаров Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.