

**ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ  
ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ**

Имамов О.С.<sup>1</sup>,

Абдувахитова И.Н.<sup>1</sup>,

Тохтаев Г.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, Узбекистан,  
Ташкент

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, Ташкент

**OPTIMIZED EXTERNAL THERAPY FOR SEVERE  
ZOOANTHROPONIC TRICHOPHYTOSIS**

Imamov O.S.<sup>1</sup>

Abduvahitova I.N.<sup>1</sup>

Toxtayev G.Sh.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent regional skin and venereological dispensary, Uzbekistan, Tashkent

<sup>2</sup>Tashkent medical academy, Uzbekistan, Tashkent

**Резюме.** Зооантропонозная трихофития, обусловленная *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *gypseum*, относится к числу распространенных дерматомикозов сельской местности Узбекистана. Нагноительные формы микоза (керион Цельса) часто сопровождаются суппуративными явлениями, интоксикацией, вторичным инфицированием бактериальной микрофлорой. Применение комбинированного препарата мупиробан в комплексе системной и топической антимикотической терапии способствует ускорению регресса воспалительного процесса, что повышает эффективность лечения.

В Узбекистане трихофития доминирует в структуре микозов волосистой части головы и гладкой кожи и является актуальной медико-социальной проблемой. Отмечено неравномерное соотношение показателей заболеваемости в разных районах республики, что находится в зависимости от региональных условий природной среды, климата аридной зоны, а также усугубляется действием средовых факторов техногенного характера. В Узбекистане чаще встречается трихофития, вызванная именно зоофильными грибами, роль которых возрастает в периоды эпидемиологических вспышек микозов. При культуральном исследовании грибов почти в 90% случаев высевается *Tr. Ectothrix megaspores* (*Tr. faviforme*). У человека вызывает острые гнойные поражения гладкой кожи, волосистой части головы и лица, а также сикоз; споры грибов в патологическом материале годами сохраняют свою жизнеспособность в сухих помещениях. Вторым, по частоте, высевается *Tr. ectothrixmicroides* (*Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*). Культуры гипсовидного трихофитона располагаются рыхлым чехлом у основания волоса, культуры склонны к полиморфизму и вызывают у различных животных спонтанные микозы, а у человека - острые гнойные поражения кожи и волосистой части головы. Протеолитическая и кератолитическая активность *Tr. mentagrophytes* наиболее интенсивная. Инфильтративно-нагноительная форма зооантропонозной трихофитии зачастую осложняется явлениями интоксикации, лимфаденитом, нарушением общего состояния

пациентов и имеет прогрессирующее течение на фоне традиционной терапии системными и топическими антимикотическими препаратами. В большинстве случаев у больных отмечается вторичное инфицирование очагов за счет активации микрофлоры кожи, усиления колонизации стафилококками и условно-патогенными микроорганизмами кишечной группы.

В последние годы участились случаи инфильтративной – нагноительной формы (керион) микоза с атипичным течением и суппуративными явлениями. В этих случаях на фоне кожных поражений у больных часто возникают лимфадениты, абсцедирование, экзематизация, возможны развитие аллергических реакций, узловатой эритемы, дерматофитных гранулем, а в исходе - рубцовой алопеции.

**Ключевые слова:** зооантропонозная трихофития, нагноительная форма, керион Цельса, наружная терапия, мупиробан.

**Resume.** Zooanthroponic trichophytosis caused by *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrofites*, var.gypseum belongs to widespread dermatomycosis in the rural areas of the Uzbekistan. Suppurative mycosis forms (Celsus kerion) are often accompanied by suppurative manifestations, intoxication as well as secondary infection with bacterial microflora. Use of a combination drug mupiroban along with systemic and topical therapy promotes accelerated regression of inflammatory process that elevates therapeutic efficacy.

Trichophytosis dominates in the pattern of scalp and smooth dermal layer mycosis in the Uzbekistan and poses a pressing medical and social problem. It was noted that morbidity rate was unevenly distributed in diverse regions of the Uzbekistan that depends on local environmental conditions, climate in arid zone being additionally aggravated by action of technogenic factors. In the Uzbekistan, more common is trichophytosis caused by zoophilous fungi, which role increases during mycosis epidemiologic outbreaks. Fungus culturing method detects Tr.

Ectothrix megaspores (Tr. faviforme) in around 90% cases that causes acute purulent lesions on the smooth skin, scalp and face as well as sycosis; fungal spores in pathological samples preserve viability for many years in dry premises. Tr. ectothrixmicroides (Tr. mentagrophytesvar. gypseum) hold the second place among fungi seeded from patient samples. Trichophyton gypsum culture is presented as a loose sheath at the base of hair, prone to polymorphic shape causing spontaneous mycosis in various animal species, whereas in human resulting in acute purulent skin and scalp lesions. Tr. mentagrophytes most prominently exerts proteolytic and keratolytic activity. Infiltrative-suppurative form of zooanthroponic trichophytosis may be often complicated by intoxication, lymphadenitis, disturbed patient general condition and display a progredient course after applying standard therapy with systemic and topical antimycotic drugs. In most cases, patients are noted to have secondary infection of mycotic foci due to activated skin microflora as well as increased colonization by staphylococci and opportunistic microorganisms of the intestinal group.

Over the last years, infiltrative-suppurative form of zooanthroponic trichophytosis (Celsus kerion) with atypical course and suppurative events have been recorded at higher rate. In such cases, dermal lesions are often associated with lymphadenitis, abscess formation, eczematization, potential development of allergic reactions, erythema nodosum, dermatophytic granulomas, finally resulting in cicatricial alopecia.

**Key words:** zooanthroponic trichophytosis, suppurative form, Celsus kerion, external therapy, mupiroban

1       **Введение.** Зоофильная трихофития, обусловленная патогенными  
2 грибами рода *Trichophyton*, относится к числу микотических заболеваний  
3 кожи и придатков, распространенных преимущественно в сельской  
4 местности (до 82,1%- 89,9%) и поражающих как детей, так и взрослых  
5 (1,3,4,14,24). В этиологической структуре зооантропонозной трихофитии  
6 присутствуют два возбудителя – *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton*  
7 *mentagrophytes*, var.gypseum, имеющие разные природные резервуары, что  
8 определяет особенности эпидемиологии трихофитии (3,6,7). При  
9 инфицировании *T. verrucosum* источником заражения чаще всего служит  
10 крупный рогатый скот, при инфицировании *T. mentagrophytes* -  
11 мышевидные грызуны (4,7,17). Выражена сезонность, однако существуют  
12 различия, связанные с особенностями сельскохозяйственных мероприятий.  
13 Так, *T. Verrucosum*-обусловленной трихофитии пик заболеваемости (более  
14 60% случаев) отмечается зимой в период стойлового содержания животных  
15 в загонах. При микозе, обусловленном *T. Mentagrophytes*, люди заражаются  
16 чаще при сельскохозяйственных работах в период сенокоса при контакте с  
17 сеном, пылью, загрязненной шерстью мышей, пораженной грибком, реже –  
18 при непосредственном контакте с животными. Пик заболеваемости обычно  
19 приходится на осенние месяцы. Трихофития-высококонтагиозное  
20 заболевание, риск инфицирования от больного человека особенно высок в  
21 замкнутом коллективе, внутрисемейных эпидемиологических очагах  
22 (1,3,4,6,9,24). Отмечены изменения возрастной структуры больных: хотя по-  
23 прежнему преобладающим контингентом остаются дети препубертатного  
24 возраста, возрастает доля подростков, взрослых, а также число  
25 инфицированных новорожденных и грудных детей (3,4,7,13,15,21)

26       В Узбекистане трихофития доминирует в структуре микозов  
27 волосистой части головы и гладкой кожи и является актуальной медико-  
28 социальной проблемой (1,10,13,14). Отмечено неравномерное соотношение  
29 показателей заболеваемости в разных районах республики, что находится в  
30 зависимости от региональных условий природной среды, климата аридной

31 зоны, а также усугубляется действием средовых факторов техногенного  
32 характера (1,2,13). В Узбекистане чаще встречается трихофития, вызванная  
33 именно зоофильными грибами, роль которых возрастает в периоды  
34 эпидемиологических вспышек микозов. При культуральном исследовании  
35 грибов почти в 90% случаев высевается *Tr. Ectothrix megasporae* (*Tr.*  
36 *faviforme*). У человека вызывает острые гнойные поражения гладкой кожи,  
37 волосистой части головы и лица, а также сикоз; споры грибов в  
38 патологическом материале годами сохраняют свою жизнеспособность в  
39 сухих помещениях. Вторым, по частоте, высевается *Tr. ectothrixmicroides*  
40 (*Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*) (1,2,10,13). Культуры гипсовидного  
41 трихофитона располагаются рыхлым чехлом у основания волоса, культуры  
42 склонны к полиморфизму и вызывают у различных животных спонтанные  
43 микозы, а у человека - острые гнойные поражения кожи и волосистой части  
44 головы. Протеолитическая и кератолитическая активность *Tr. mentagrophytes*  
45 наиболее интенсивная (3,20,25).

46 Клинические проявления характеризуются полиморфизмом от  
47 небольших поверхностных эритематозно-сквамозных очагов до  
48 распространенных поражений на гладкой коже и волосистой части головы с  
49 выраженными инфильтрацией и гнойным воспалением (3,4,6,7,17,18,24). В  
50 последние годы участились случаи инфильтративной – нагноительной  
51 формы (керион) микоза с атипичным течением и суппуративными явлениями  
52 (15,16,17,24,26,27). В этих случаях на фоне кожных поражений у больных  
53 часто возникают лимфадениты, абсцедирование, экзематизация, возможны  
54 развитие аллергических реакций, узловатой эритемы, дерматофитных  
55 гранулем, а в исходе - рубцовой алопеции (4,9,10,19,21,22,23,25). Тяжелые  
56 осложненные формы нагноительной трихофитии развиваются, как правило, у  
57 лиц ослабленных иммунодефицитными состояниями, авитаминозами, на  
58 фоне эндокринных дисфункций, а также вследствие нерациональной местной  
59 терапии (4,15,16,17,26). Развитие кериона у лиц препубертантного возраста  
60 связывают со сниженной продукцией кожного сала и жирных кислот,

61 повышением рН кожи волосистой части головы, способствующих  
62 колонизации и последующему инфицированию дерматофитами (3,6,13,24).  
63 Клинически керион характеризуется болезненными, резко  
64 гиперемированными, островоспалительными очагами, напоминающими  
65 абсцесс или карбункул, с множественными фолликулярными пустулами и  
66 расширенными устьями фолликулов, из которых при надавливании  
67 появляются капли гноя - «медовые соты» (2,3,4,7,17). Лечение таких форм  
68 микоза значительно затрудняется включает несколько этапов наружной  
69 обработки (7,8,26,27,28). Течение микотической инфекции осложняется  
70 присоединением вторичной бактериальной инфекции (10,28), и роль  
71 симбионтной микрофлоры кожи в патологическом процессе должна  
72 учитываться при выборе метода наружной терапии трихофитии, особенно ее  
73 нагноительных форм (15,28). Согласно данным литературы, наиболее часто  
74 выделяемыми возбудителями в очагах нагноительной трихофитии являются  
75 пиогенные грамположительные кокки *Staph aureus* и *Streptococcus*, а также  
76 грамотрицательные условно-патогенные представители кишечной группы –  
77 *Proteus mirabilis* и *Proteus vulgaris* (11,12,15,24). Результаты  
78 микробиологических исследований послужили основанием для разработки  
79 комплексных методов наружной терапии (на фоне стандартного системного  
80 антифунгального лечения) с включением антибактериальных компонентов,  
81 как например мазь «Банеоцин» (цинк-бацитрацин 250 МЕ и неомицина  
82 сульфат 5000 МЕ) (15), препарата «Пиополифаг» (12), раствора «Вита-дерм»  
83 (8), пробиотика «Бактисуптин» (11) и других. Очевидно, что выбор  
84 топических антибактериальных препаратов должен базироваться на  
85 характере микрофлоры очагов поражения и ее чувствительности как к  
86 фунгицидным, так и бактерицидным средствам.

87 **Целью данной работы стало** изучение особенностей сопутствующей  
88 микрофлоры в очагах инфильтративно-нагноительной трихофитии и оценка  
89 эффективности мази «Мупиробан» в комплексе лечения осложненных форм  
90 зооантропонозной трихофитии.

91 **Материал и методы исследования.** Клинические наблюдения  
92 проводили у 96 (мужчин -50, женщин- 46) больных инфильтративно-  
93 нагноительной формой трихофитии в возрасте от 7 до 27 лет, находившихся  
94 на стационарном лечении в Ташкентском областном КВД в 2019г. Диагноз  
95 устанавливали на основании характерной клинической картины,  
96 микроскопического и культурального исследований, данных  
97 эпидемиологического анамнеза. Больные были обследованы общими  
98 клиническими методами. Микробиологические исследования на  
99 сопутствующую микрофлору проводили в бактериологической лаборатории  
100 Ташкентского областного КВД. Для качественного и количественного  
101 анализа микрофлоры кожи применяли методы смывов по Willamsonet  
102 Kligman (2001) с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных в  
103 питательном бульоне. Для посевов использовали высоко селективные  
104 питательные среды: кровяной агар, желточно - солевой агар, Сабуро, Эндо и  
105 др. Смывы производили с 1 см<sup>2</sup> поверхности кожи.

106 **Результаты и обсуждение.** В возрастной структуре преобладали дети  
107 дошкольного и младшего школьного возраста 46 (47,92%), подростков было  
108 23(23,96%) , взрослых – 27(28,13%) . При микроскопическом исследовании  
109 волос изочагов поражения во всех случаях был выявлен *Tr. Ectotrix*. Рост  
110 грибов в бактериологическом посеве получен у 46(47,92%) больных этой  
111 формой, из них *Tr.verrucosum* (син. *Tr. faviforme*) определялись у 32  
112 больных, а *Tr. Mentagrophytes var. gypseum* – у 14 больных. Сельских  
113 жителей было 92. Источники заражения были выявлены у 76 (30,4%);  
114 заражение произошло от крупного рогатого скота, содержащегося в личном  
115 подворье, а также вследствие бытового контакта с больными членами семьи,  
116 знакомыми. У 5(5,2%%) больных с локализацией поражения в лобковой  
117 области заражение произошло при половом контакте с партнерами.  
118 Большинство пациентов - 29(30,2%), были привлечены к лечению в первые  
119 7-14 дней с момента обнаружения ими признаков заболевания в сроки от  
120 15до 30 дней – 41(42,7%), через 1-2 месяца обратились 8(8,3%), свыше 2



121 месяцев – 8(8,3%). Более половины больных применяли наружно  
122 противовоспалительные комбинированные мази, содержащие  
123 антисептические, антифунгальные компоненты, анилиновые красители и  
124 другие средства, большинство больных занимались самолечением. При  
125 самообращении заболевание выявлено у 67(69,8%), у остальных - при  
126 обследовании контактных лиц. Отмечен «семейный» характер заболевания –  
127 заражение от членов семьи (родители–дети, муж-жена, братья-сестры)  
128 наблюдалось в 47 семьях.

129 По локализации очагов преобладали поражения волосистой части  
130 головы (*Tinea barbae et capitis*)- 74(77,1%) , реже на гладкой кожи (*Tinea*  
131 *corporis*)- 22(22,91%) (рис.1-2). У 5 больных отмечались поражения в  
132 аногенитальной и лобковой области. Изолированное поражение волосистой  
133 части головы отмечалось у 53 больных, поражение только на гладкой коже  
134 наблюдалось у 12, у остальных – сочетанное поражение гладкой и  
135 волосистой части головы, в том числе у пациентов с лобковой локализацией.  
136 При сочетанных формах отмечались очаги с разной выраженностью  
137 воспалительного процесса и наличием очагов поверхностно-пятнистого и  
138 инфильтративного характера. Эритематозно-сквамозные очаги чаще  
139 отмечались на туловище - одиночные и множественные округлые очаги  
140 размером от 2х3см до 6х7 см в диаметре, с четкими границами, выраженным  
141 периферическим краем, состоящим из мелких папулезно-везикулезных  
142 элементов, покрытых чешуйками и корочками (ring-forms). В центральной  
143 части очагов отмечалось мелкопластинчатое шелушение. При слиянии  
144 образовывались крупные очаги с географическими очертаниями.  
145 Инфильтративные очаги чаще были на голове и лобковой области. На  
146 волосистой части головы чаще отмечалась инфильтративная и нагноительная  
147 формы. Очаги в количестве 1- 5 различного размера, выступающие над  
148 кожей, волосы легко эпилировались, при надавливании из расширенных  
149 устьев фолликулов обильное гнойное отделяемое. В аногенитальной области  
150 при слиянии образовывались обширные участки с фестончатыми краями и

151 наличием «отсевов» в разной стадии воспалительного процесса. У 23 детей с  
152 нагноительной формой трихофитии наблюдались регионарный лимфаденит,  
153 явлениями интоксикации, повышение температуры тела до 38-39°, местная  
154 болезненность в очагах, в одной случае отмечалась многоформная  
155 экссудативная эритема. Различные сопутствующие заболевания (анемия,  
156 беременность, пиодермии, экзематизация, аллергодерматиты) выявлены у  
157 39(%) больных.

158

159 При бактериологическом исследовании содержимого пустул и волос из  
160 очагов нагноительной трихофитии было выделено 157 штаммов  
161 микроорганизмов, из них наиболее часто высеивались *Staph aureus* – 44  
162 (28,1%), *Staph. Epidermidis* – 26 (16,6%), *Staph. haemolyticus* -13 (8,28%). Реже  
163 выделялись грамотрицательные условно-патогенные представители  
164 кишечной группы микроорганизмов (табл1).

165 Лечение больных инфильтративно-нагноительной трихофитией  
166 проводили согласно стандартам МЗРУз по комплексной схеме, включающей  
167 обязательное назначение системного антимикотика тербинафин (терфалин) в  
168 возрастной дозировке согласно инструкции производителя, а также  
169 симптоматические средства, витамины. Наружное лечение проводили по  
170 обычной методике, начинали с обработки очагов антисептиками, эпиляции  
171 волос, с последующим применением противогрибковых мазей (серная,  
172 тербинафин). В опытной группе (47 больных) также применяли мазь  
173 «Мупиробан» (мупирацин) в виде аппликаций 2 раза в день в течение  
174 недели, затем наносили противогрибковые мази.

175 В процессе лечения отмечалась положительная динамика  
176 патологического процесса в обеих группах. Комплексное лечение с  
177 использованием мупиробана способствовало более быстрому купированию  
178 воспалительных явлений. В опытной группе уже через 48 часов очаги  
179 инфильтративно-нагноительной трихофитии уплощались, очищались от  
180 серозно-гнойных корок и гноя, что способствовало облегчению доступа к

181 волосяным фолликулам фунгицидных средств. Заметное разрешение очагов с  
182 периферического края началось с 7-е дня лечения, на 11 день очаги  
183 полностью разрешились. К окончанию 2-хнедельного курса лечения у всех  
184 больных отмечалось клиническое и микробиологическое излечение.  
185 Рецидивов заболевания в течение последующих 2 месяцев наблюдения не  
186 отмечалось, в очагах восстанавливался рост волос.

187 **Заключение.** Инфильтративно-нагноительная форма  
188 зооантропонозной трихофитии зачастую осложняется явлениями  
189 интоксикации, лимфаденитом, нарушением общего состояния пациентов и  
190 имеет прогрессирующее течение на фоне традиционной терапии системными и  
191 топическими антимикотическими препаратами. В большинстве случаев у  
192 больных отмечается вторичное инфицирование очагов за счет активации  
193 микрофлоры кожи, усиления колонизации стафилококками и условно-  
194 патогенными микроорганизмами кишечной группы. Применение  
195 комбинированного антибактериального препарата мупиробан в комплексе с  
196 системной и топической фунгицидной терапией способствует более  
197 успешной динамике воспалительного процесса и не уступает по  
198 эффективности стандартным методам лечения.

РИСУНКИ



**Рис 1.** Инфильтративно-нагноительная форма зооантропонозной трихофитии на волосистой части головы и лобковой области (Kerion Celci).

Figure 1. Infiltrative-suppurative form of zooanthroponic trichophytosis on the scalp and pubic area (Celsus kerion).



**Рис 2.** Инфильтративно-нагноительная трихофития, осложненная пиодермией и многоформной эритемой

Figure 2. Infiltrative-suppurative trichophytosis, complicated by pyoderma and erythema multiforme.

**ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ\_МЕТАДАННЫЕ**

Оптимизация наружной терапии тяжелых форм зооантропонозной трихофитии.

Optimization of external therapy of severe forms of zooanthroponic trichophytosis.

**Блок 1.** Информация об авторе, ответственном за переписку

**Тохтаев Гайратилло Шухратилло угли**, ассистент кафедры дерматовенерологии Ташкентской Медицинской Академии.

**Toxtayev Gayratillo Shuxratillo ogli**, Assistant of the Department of Dermatovenereology, Tashkent Medical Academy

Ташкентская Медицинская Академия  
Tashkent Medical Academy

Адрес: 100109, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фаробий, 2  
Address: 100109, Farobiy 2, 100109, Tashkent, Uzbekistan

тел.: +998935543034; e-mail: [gayrat.uz@list.ru](mailto:gayrat.uz@list.ru)

**Блок 2.** Информация об авторах

Имамов Отабек Суннатович, доцент, к.м.н, Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, главный врач. тел.: +998998650020: факс: +998712781111: e-mail: [ios78@mail.ru](mailto:ios78@mail.ru)

Imamov Otabek Sunnatovich, associate professor, candidate of medical sciences, Tashkent regional dermatovenerologic dispensary, chief physician. tel. : +998998650020: fax: +998712781111: e-mail: [ios78@mail.ru](mailto:ios78@mail.ru)

Абдувахитова Индира Нуриллаевна, Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, заведующая отделением, врач-дерматовенеролог; тел.: +998977240540; e-mail: [miss.doctor.1684@mail.ru](mailto:miss.doctor.1684@mail.ru)

Abduvakhitova Indira Nurillaevna, Tashkent Regional Skin and Venereal Diseases Dispensary, head of the department, dermatovenerologist; tel. : +998977240540; e-mail: [miss.doctor.1684@mail.ru](mailto:miss.doctor.1684@mail.ru)

Тохтаев Гайратилло Шухратилло угли, Ташкентская Медицинская Академия, Кафедра Дерматовенерология, ассистент, тел.: +998935543034; e-mail: [gayrat.uz@list.ru](mailto:gayrat.uz@list.ru)

<sup>1</sup>Имамов О.С., <sup>1</sup>Абдувахитова И. Н., <sup>2</sup>Тохтаев Г.Ш.  
<sup>a</sup>Imamov O.S., <sup>a</sup>Abduvakhitova I.N., <sup>b</sup>Toxtayev G.Sh.

### **Блок 3. Метаданные статьи**

Терапия зооантропонозной трихофитии

Зооантропонозная трихофития, нагноительная форма, керион Цельса, наружная терапия, мупиробан;  
12 страниц, 9 рисунков

**Указать, для какого раздела журнала предназначена работа:**  
оригинальная статья.

**Дата отправления работы:** апреля 5, 2020

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Порядковый номер	ФИО авторов ,название на русском	ФИО авторов, названия на английском	DOI/URL
1.	Абидова З.М., Имамов О.С., Собиркулов Ш.У., Жуманов Д.Х. Узбекистонреспубликасида трихофитиякасаллигининг эпидемиологияси.// дерматовенерология и эстетическая медицина.-2018(38).-№2.-20-23		
2.	Аллаева М.Д. Прогнозирование заболеваемости и совершенствование терапии трихофитии с учетом средовых факторов. Дисс ...к.м.н., Ташкент, 2009,149 с.		
3.	Амакджанов М.Р. Эпидемиология, клиничко-патогенетические особенности и лечение трихофитии и микроспории		



	лобково-генитальной области у взрослых. Дисс к.м.н.,-Душанбе.-2017.-398с		
4.	Ерзина Е.И.,Позднякова О.Н. Современные особенности эпидемиологии микроспории и трихофитии у детей// медицина и образование в Сибири.-2012.-№1.		
5.	<a href="#">Иванова Ю.А.</a> , Сафонов Н.Е. Дифференциальная диагностика инфильтративно-нагноительных процессов волосистой части головы – микоза, хронической пиодермии, фолликулите Гоффмана и патомии. //проблемы медицинской микологии, 2010,том 12,стр14-20.		
6.	Карибаева А. Т. Современные особенности клиники, эпидемиологии,		

	иммунных механизмов трихофитии, микроспории и усовершенствование терапии. Автореферат дисс к.м.н., 2010, Алма-Аты. 20с		
7.	Клинико-диагностические параллели инфильтративно-нагноительной микроспории и глубокой трихофитии/ Куляев К.А., Епифанова А.Ю., Каткова И.О., Каракаева А.В., Слесаренко Н.А., Еремина М.Г., Давтян В.А., Колпакова Н.Н.// Саратовский научно-медицинский журнал.-2013.-Т.9.-№3.-601-607		
8.	Комплексное лечение инфильтративно-нагноительной трихофитии раствором «Витадерм»/Хамидова З.Ф., Хамидов Ф.Ш., Мирзаев К.К., Ибрагимов В.М., Нигматшева Х.Н., Жалалидинов С.//		

	успехи медицинской микологии.-2014.- том 13.-112-113.		
9.	Латыпов А. Б. Научное обоснование профилактики зооантропонозной трихофитии и совершенствования медицинской помощи больным: на примере Республики Башкортостан: автореферат дис. ... к. м. н., Екатеринбург, 2007.- 27 с.:		
10.	Мусаева Н.Ш. Оценка диагностических характеристик кожи при зооантропонозной трихофитии и совершенствование ее терапии (клинико-экспериментальные исследования). Дисс к.м.н.- Ташкент.-2006.-176		
11.	Мухамадеева О.Р. Антимикотическая активность препарата-пробиотика «Бактиспорин» invitro и его		

	использование в комплексном лечении зооантропонозной трихофитии. Автореферат дисс. канд. мед наук. Уфа. - 2005. - 27 с.		
12.	Мухамадеева О.Р., Хисматуллина З.Р., Попова Д.Р., Медведев Ю.А. Комплексное лечение зооантропонозной трихофитии с использованием препарата Пиополифаг//Медицинский вестник Башкортостана. Том 7, № 5, 2012,49-51		
13.	Нурматов У.Б. Результаты изучения рН среды и микрофлоры кожи в очагах поражения у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области// Материалы 5 съезда дерматовенерологов Узбекистана.- Ташкент.-2008.-с84		
14.	Тилавбердиев Ш.А., Климко Н.Н. Деннинг Д.В. Использование программ		

	Lifeprogram для оценки распространенности тяжелых и хронических микотических заболеваний в Республике Узбекистан.//проблемы медицинской микологии.-2016.том18-№3.-3-7		
15.	Хисматуллина З.Р.,Даниленко З.У., Медведев Ю.А. Метод наружной терапии больных зооантропонозной трихофитией// Лечащий врач,2015		
16.	Шамли Н.Б., Разнатовский К.И., Максимова М.Д. Случай необычного клинического течения микоза гладкой кожи.//Проблемы медицинской микологии, том 12, 2010,с 21-24		
17.	Щелкунова О.А.,Решетникова Т.Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности		

	микроспории и трихофитии// Сибирское медицинское обозрение.-2012.-Т.73,№1.		
18.		Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). <i>Int J Dermatol.</i> 2012;51(4):410-415.	
19.		Childhood Erythema Nodosum Associated With KerionCelsi: A Case Report and Review of Literature /Ines Zaraa <sup>1</sup> , SondesTrojjet, Nadia El Guellali, Dalenda El Euch, Ines Chelly, MouradMokni, Mohamed Zitouna, Amel Ben Osman //PediatrDermatol , 29 (4), 479-82 Jul-Aug 2012	
20.		Deep facial mycosis due to	

		Trichophyton verrocosum – molecular genetic identification of the dermatophyte in paraffin-embedded tissue : case report and review of literature / U.Wollina, G.Hansel, S.Uhrlab, C.Kruger, J.Schonlebe, U-Ch.Hipler, P.Nenoff //Mycoses.-2018.-vol.61.-3.	
21.		<a href="#">Erythema nodosum due to tinea.</a> /Kelati A, Meziane M, Soughi M, Mernissi F. //Arch Pediatr. 2016 Jul;23(7):727-30. Epub 2016 Jun 3.PMID: 27266640 French.	doi: 10.1016/j.arcped.2016.04 .014.
22.		Erythema nodosum induced by kerioncelsi of the scalp in a child: a case report and mini-review of literature./Castriota M, Ricci F, Paradisi A, Fossati B, De Simone C,	doi: 10.1111/myc.12020.

		Capizzi R, Guerriero C.//Mycoses. 2013 May;56(3):200-3. Epub 2012 Nov 4.PMID: 23121556 Review.	
23.		<a href="#">Erythema nodosum induced by kerioncelsi of the scalp in a woman.</a> /Morrone A, Calcaterra R, Valenzano M, Fazio R, Franco G.//Mycoses. 2011 Jul;54(4):e237-9..x. Epub 2010 Jan 22.PMID: 20113399	doi: 10.1111/j.1439-0507.2009.01844
24.		John A.M., Schwartz R.A., Janniger C.K. The kerion: an angry tinea capitis. review// Int J of Dermatology,2016.-1-7	
25.		Kerion and dermatophytic granuloma. Mycological and histopathological findings in 19 children with inflammatory tinea capitis of the scalp / R. Arenas [et al.] // Int. J. Dermatol. –	



		2006. – Vol. 45, N3. – P. 215-219.	
26.		Tinea Barbae profunda due to Trichophyton mentagrophytes after journey to Thailand: case report and review/ Wendrock-Shinga G., Mechtel D., Uhrlab S, Koch D., Kruger C., Nenoff P.// Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie ,und verwandte Gebiete.-2017.- 68:8/-Aug pg 639-648	
27.		Tinea Barbae profunda due to Trichophyton mentagrophytes: case report and review/ Kirsten H., Haiduk J., Nenoff P., Uhrlab S., Ziemer M., Simon J.C// Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie ,und verwandte Gebiete.-2019.-apr 18pg	
28.		Tinea capitis profunda due to	

		Trichophyton verrucosum with CMRSA superinfection in an infant / Blomer R.H., Keilani N. Faber A., Rodeck B., Kruger C,Uhrlab S., Nenoff P., Graser Y //Der Hautarzt/- 2012.,vol.63(8)/-648-652	
--	--	--	--