

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА  
КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ КАФТИ) МИКОЗИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2024**



**“ТАСДИКЛАЙМАН”**  
Республика ихтисослаштирилган  
дерматовенерология ва косметология  
илмий-амалий тиббиёт маркази директори  
в.в.б. Джалилов Д.С.  
“19” “май” 2025 йил

**«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ КАФТИ) МИКОЗИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ 2025**

**«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ КАФТИ) МИКОЗИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2024**

## 1. Кириш қисми

### ХКТ-10/11 кодлари:

B35.1	Тирноқ микози	ЕА60	Замбуруғли инфекция туфайли келиб чиққан баъзи тери касалликлари
B35.2	Қўл кафт микози		
B35.3	Оёқ панжа микози		
B35.4	Тана микози		
B35.6	Чов эпидермофитияси		
B37.2	Тери ва тирноқ кандидози		
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>		<a href="https://icd11.ru/">https://icd11.ru/</a>

Дерматофитларнинг этиологик таснифи ҳам мавжуд: *Trichophyton rubrum* кўзгатадиган микозлар (руброфития, рубромикоз); *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* (эпидермофития) кўзгатадиган микозлар.

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025-йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028-йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлишига қараб. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

### Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

### Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:

1. Сабилов Улуғбек Юсупханович – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
2. Икрамова Наргиза Джурабаевна - мутахассислар ва клиник ординаторлар стажировка бўлими методисти Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ, тиббиёт фанлари номзоди.
3. Рахматов Акрам Баратович – микозлар муаммоларини ўрганиш илмий лабораторияси раҳбари Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
4. Халидова Халида Рашидовна – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) катта илмий ходими, тиббиёт фанлари номзоди.
5. Боходирова Афруза Ахрор қизи – Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ илмий котиби.

## **Такризчилар:**

1. Якубов Абдулазиз Абдужаббарович – Мутахассисларни стажировка қилиш ва клиник ординаторларни тайёрлаш бўлими мудири, PhD.
2. Мухаммадиева Кибриёхон Мансуровна – тиббиёт фанлари доктори, Абу Али Ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети дерматовенерология кафедраси мудири, доцент.

## **Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:**

1. Иноятов Аваз Шавкатович – клиниканинг даволаш бўйича директор ўринбосари, бош шифокор, тиббиёт фанлари доктори.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари, тиббиёт фанлари номзоди.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Солини салаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суурта бошармаси бошлии Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чишиш ва жорий этиш бўлими бошлии Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чишиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чирилган.

Клиник баённома РИДваКИАТМ ва олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, шунингдек, ҳудудий дерматовенерология хизмати муассасалари шифокорлари иштирокида 2024-йил 26-декабр куни офлайн форматда бўлиб ўтган Илмий кенгаш йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди (11-сон баённома).

### Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ОПМ	Оёқ панжа микози
ҚҚМ	Қўл кафт микози
ОМ	Онихомикоз
РИФ	Реакция иммунофлюоресценция
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
УТТ	Ультра товуш текшируви
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент анализ
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераз занжир реакцияси
Ig	Иммуноглобулин
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
м/о	Мушак орасига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ПИЛН	Паст интенсивли лазер нурланиши

### Протоколдан фойдаланувчилар:

- 1.Дерматологлар;
- 2.Умумий амалиёт шифокорлари;
- 3.Педиатрлар;
- 4.Лаборатория шифокорлари;
- 5.Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- 6.Клиник фармакологлар;
- 7.Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
- 8.Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

**Беморлар тоифаси:** оёқ панжалари (қўл кафтлари) микози билан оғриган беморлар.

### Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно

3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

<b>Далилларнинг исботланганлик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Тавсияларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончилилик даражаси</b>	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

## Мундарижа

«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ ҚАФТИ) МИКОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	4
«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ ҚАФТИ) МИКОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИНING ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	30
«ОЁҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ ҚАФТИ) МИКОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИНING ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	38

## Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ОПМ	Оёқ панжа микози
ҚҚМ	Қўл қафт микози
ОМ	Онихомикоз
РИФ	Реакция иммунофлюоресценция
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
АСТ	Аспаратаминотрансфераза
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
УТТ	Ультра товуш текшируви
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент анализ
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераз занжир реаксияси
Ig	Иммуноглобулин
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
м/о	Мушак орасига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ПИЛН	Паст интенсивли лазер нурланиши

## Асосий қисм

### 2.1. Кириш

Қўл панжа, оёқ панжа ва тана микозлари – тери ва унинг ортиқларини зарарловчи *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* замбуруғлари ва *Candida* туркуми замбуруғлари қўзғатадиган касалликлардир.

### 2.2. Этиология

Дерматофитларнинг энг кўп учрайдиган қўзғатувчилари *Trichophyton rubrum* (90%) ва *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* патоген замбуруғларидир. Кам ҳолларда бу касалликлар *Epidermophyton floccosum* ва *Candida* туркуми замбуруғлари [1, 2] томонидан қўзғатилади.

Патоген замбуруғлар бемор билан бевосита мулоқотда бўлганда, шунингдек, спорт заллари, хаммомлар, сауналар, бассейнларга ташриф буюрганда поябзал, кийим-кечак, кундалик турмуш буюмлари (хаммомдаги гиламчалар, мочалкалар, маникюр буюмлари ва бошқалар) орқали юқиши мумкин.

Замбуруғларнинг терига кириб боришига тирналиш, терининг кўп терлаши ёки куруклиги, сув муолажаларидан кейин яхши қуримаслиги, бармоқлар орасидаги бурмаларнинг торлиги, оёқларнинг яссилиги, оёқ-қўлларнинг қон томир касалликларида қон айланишининг бузилиши ва бошқалар туфайли юзага келадиган тирналишлар, бармоқлар орасидаги бурмалар ёриқлари ёрдам беради. Микозлар йўлдош касалликлар - эндокрин, кўпинча қандли диабет, иммун бузилишлар, генодерматозлар, қон касалликлари мавжуд бўлганда, шунингдек антибактериал, кортикостероид ва цитостатик препаратлар қўлланилганда кенг тарқалган характерга эга бўлиши мумкин.

### 2.3. Эпидемиология

Кўп марказли тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, тери юзаки микозлари (ТЮК) билан оғриган беморларнинг улуши дерматологик патология таркибида 14% ни ташкил этди, улардан 34,6% оёқ панжа микозларига тўғри келди. ТЮК билан касалланишнинг интенсив кўрсаткичи (ИК) - 94,5%, дерматомикозлар - 62,5%, оёқ панжа микозлари - 32,7%. [3].

Дерматофития таркибида оёқ панжа микози етакчилик қилади - 35,7%, йирик бурмалар дерматофитиялари частотаси бўйича иккинчи ўринни эгаллайди - беморларнинг 26,4%. Текширилганларнинг 20,9% да силлиқ тери микозлари қайд этилган. Бошқа локализациядаги дерматофитиялар камроқ учрайди: кўл-оёқларда (оёқ панжалари ва кўл панжаларидан ташқари) - 7,8%, кўл панжаларида - 6,3%, юзда - 2,9%.

Оёқ панжа микози билан оғриган беморлар орасида эркаклар устунлик қилади - мос равишда 57,8 ва 42,3%, унинг тарқалиши эса ёш ўтиши билан ортиб боради. Энг муҳим хавф гуруҳи 50 ёшдан ошган шахслар бўлиб, улар 37,8% ни ташкил қилади, 40-49 ёшда оёқ панжа микозининг тарқалиши - 20,5%, 30-39 ёшда - 22,8%, 10 ёшдан 29 ёшгача бўлган ёш гуруҳига эса 17,8% тўғри келади. Оёқ панжа микози структурасида сквамоз ва интертригиноз шакли устунлик қилади. Тирноқ пластинкаларининг зарарланишида онихомикознинг нормотрофик тури 48,2% ҳолларда, кўпинча III—IV бармоқларда аниқланади.

## 2.4. Классификация

1. Силлиқ тери микози
2. Йирик бурмалар микози
3. Кўл кафтлари микози
4. Оёқ панжаси микози:
  - сквамоз;
  - гиперкератотик;
  - интертригиноз;
  - дисгидротик шакли.
5. Тирноқ микози (онихомикоз)

(зарарланишнинг локализацияси бўйича):

- дистал (дистал-латерал);
- юзаки (юзаки оқ);
- проксимал.

(касалликнинг клиник кўринишларига қараб, онихомикознинг уч тури фарқланади):

- Нормотрофик. Бунда тирноқ пластинкасининг шакли ўзгармайди. Тирноқнинг қалинлигида оқ-сарик чизиклар кўринади.
- Гипертрофик. Бу типда ранг ўзгаришидан ташқари тирноқ шаклининг деформацияси кузатилади. У қалинлашади, қийшайди ва қисман емирилади, асосан ён томонидан, йирткич қушнинг тирноғига ўхшаб қолади (бундай ҳолат онихогрифоз деб аталади).
- Атрофик. Бу тип учун тирноқ дистал қисмининг юққалашиши ва кўчиши характерлидир. У қўнғир-қулранг тусга киради, атрофияга учрайди ва йўқолиб кетади.

## 2.5. Шикоятлар ва анамнез - "клиник кўриниши"

### Силлиқ тери микози

Силлик бадан териси микозида пушти ёки қизил-пушти, кўкимтир тусли доғлар, аниқ чегараларга эга бўлган юмалоқ шакллар пайдо бўлиши характерлидир. Доғлар юзасида одатда майда тангачалар бўлади, уларнинг четларидан ёркин тугунчалардан иборат узук-юлуқ валик ўтади. Доғлар дастлаб кичик, аммо вақт ўтиши билан катталашади. Кўпчилик беморларда шикастланиш ўчоқларида қичишиш кузатилади. Сурункали, инволюцияга мойил бўлмаган, йилнинг илиқ вақтида кўзиши ва топик глюкокортикостероидлар қўлланилганда ёмонлашиши билан кечади.

#### **Йирик бурмалар микози**

Йирик бурмалар микозида чов соҳаларининг терисида, сон, ёрғоқ ички юзаларида, гоҳида – думба оралиғидаги бурмада, шунингдек қўлтиқости ва субмамар соҳаларда пўст ташлайдиган пушти доғлар пайдо бўлади. Дастлаб тошмаларнинг диаметри 1 см гача бўлади, кейин улар катталашиб, катта (диаметри 10 см гача) ҳалқасимон ёки яхлит ўчоқлар ҳосил қилади, улар кичишиш ёки ачишиш билан бирга келади.

#### **Қўл кафтлари микози**

Касаллик бошланишида қўл панжалари терисининг зарарланиши бир томонлама бўлиб, кўпинча тирноқ пластинкаларининг зарарланиши ва товон терисида шунга ўхшаш ўзгаришлар билан бирга давом этиб боради.

Қўл панжалари микозидаги асосий шикастлар терининг қуруқлиги ва қалинлашуви, арзимас гиперемия фониди тери бурмаларининг пўст ташлаши бўлиб, субъектив равишда кичишиш билан бирга кечади.

#### **Оёқ панжалари микози**

Касалликнинг бошланиши одатда беморнинг ўзи сезмаган ҳолда бошланади ва бироз пўст ташлаш билан кечади. Вақт ўтиши билан пўст ташлаш кучаяди ва оёқ панжасининг катта майдонини эгаллаб, тарқалади ва қичишиш пайдо бўлади.

Баҳор-ёз даврида ёки оёқлар кўп терлаганида, ҳўл поябзал кийганида бармоқлар оралиғида аввалига енгил ачишиш ёки қичишиш билан кечадиган терининг бироз мацерацияси пайдо бўлади, кейинчалик эса ачишиш ва оғриқни келтириб чиқарадиган чуқур ёриқлар ҳосил бўлади.

Даволаш ўтказилмаса, вақт ўтиши билан оғриқли нуқсонлар мустақил равишда йўқолади, лекин бармоқлар оралиғида пўст ташлаш сақланиб қолиши мумкин.

Оёқ панжаси терисининг узок муддат сақланиб турадиган пўст ташлаши фониди ёзда гумбазда ёки товон соҳасида диаметри 5 мм гача бўлган, ичи тиник, катталашиб ва бир-бирига қўшилиб кетадиган зич пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин. Пуфакчаларнинг очилиши эрозиялар ҳосил бўлишига олиб келади, экссудат эса қурийди ва жигарранг пластинкали пўстлоқлар ҳосил бўлади. Бундай белгилар ҳар хил интенсивликда қичишиш, инфилтрация ва терида шиш пайдо бўлиши билан бирга давом этиб боради.

#### **Тирноқ микози (онихомикоз)**

Тирноқ пластинкаларининг замбуруғ билан зарарланишида оёқ панжалари ва қўл панжалари тирноқларининг ташқи кўриниши ўзгариши асосий шикаст ҳисобланади. Тирноқларнинг зарарланиши, кўпинча, оёқ панжаси ва қўл панжалари терисида узок вақтдан бери сезилар-сезилмас ўзгаришлар бўлиб турган маҳалда, гиперемия ва пўст ташлаш кўринишида бошланади.

Тирноқ пластинкаларининг ўзгаришлари ялтироқлик, шаффофликнинг йўқолиши, унинг рангининг ўзгариши билан тавсифланади, оқ, кулранг, сариқ, баъзан эса тўқ рангли жойлар пайдо бўлиши мумкин, улар вақт ўтиши билан бутун пластинкани шикастлайди. Тирноқнинг тузилиши ҳам ўзгариши мумкин - у қалинлашади ёки, аксинча, юпқалашади, ажралиб чиқади, еркин чети нотекис бўлиб қолади ва майдаланади.

#### **Руброфития**

Рубофитиянинг клиник манзарасида оёқ панжасининг бешта асосий шакли тафовут қилинади: сквамоз, сквамоз-гиперкератотик, интертригиноз, дисгидротик ва онихомикоз.

Сквамоз хили бадан терисида бармоқлар орасидаги бурмалар, товон, кафтлар пўст ташланиши, баъзан майда юза ёриқлари бўлиши билан таърифланади. Оёқ панжасининг ён юзалари соҳасида десквамация ходисалари ҳам кузатилиши мумкин.

Сквамоз-гиперкератотик шакли оёқ панжасининг энг катта юкни ташийдиган ён ва товон юзаларининг шох қатламининг диффуз ёки ўчоқли қалинлашиши (гиперкератоз) билан намоён бўлади. Бадан терисининг зарарланган жойлари одатда яллиғланиш тусида бўлиб, майда-майда кепаксимон ёки унсимон тангачалар билан қопланган бўлади. Ўзгарган оёқ панжаси "кузатувчи" ёки "ҳинд пайпоғи" - "мокасин тури" кўринишида бўлиши мумкин. Тери эгатларида пўст ташлаш териға гўё "кукунсимон" кўринишга эға бўлган ювилган расми яратади. Субектив равишда терининг қуруқлиги, ўртача қичишиш, баъзан зарарланган жойлардаги оғриқ қайд этилади.

Интертригиноз (бармоқлар оралиғи, қирқимсимон) шакли клиник жиҳатдан қирқимға ўхшайди. Бармоқлар орасидаги бурмалар, кўпинча оёқ панжасининг III ва IV, IV ва V бармоқлари орасида зарарланади. Жараён гиперемия, шиш, ивиш ва мацерация билан бошланиши, баъзи ҳолларда пуфакчали тошмалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Кўпинча эрозиялар, чуқур ва оғриқли ёриқлар пайдо бўлади. Субъектив жиҳатдан яра ўчоқларида қичишиш, ачишиш, оғриқ сезилади.

Дисгидротик хили қалин қопқоқли кўп сонли пуфакчалар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Асосан оёқ панжаси гумбази, шунингдек, бармоқлар орасидаги бурмалар ва бармоқлар териси зарарланади; улар бирлашиб, катта кўп камерали пуфакларни ҳосил қилади, уларни очганда пушти-қизил рангли нам эрозиялар пайдо бўлади. Тошмалар ўзгармаган терида жойлашади. Касаллик бошланиб кетганида бадан терисида қизариб туриши, шишиб туриши ва қичишиб туриши ҳам қўшилиб боради, шу нарса бу касалликни ўткир дисгидротик экземаға ўхшатиб қўяди.

Болаларда оёқ панжаси силлиқ терисининг зарарланиши бармоқларнинг охириги фалангалари ички юзасида, кўпинча III ва IV бармоқлараро бурмаларда ёки бармоқлар остида майда пластинкали пўст ташлаш, гиперемия ва мацерация билан тавсифланади. Оёқ кафти терисининг шакли ўзгармаган ёки кучайган бўлиши мумкин, баъзан ҳалқасимон пўст ташлаш кузатилади. Касаллик қичишиш билан бирға давом этади. Болаларда катталарға қараганда фақат оёқ кафтларида эмас, балки қўл панжаларида ҳам экссудатив зарарланишлар кўпроқ учрайди.

Руброфитияда оёқ панжаси онихомикози асосан барча тирноқларнинг зарарланиши билан намоён бўлади. Онихомикознинг нормотрофик, гипертрофик ва атрофик хиллари тафовут қилинади.

Нормотрофик тип учун тирноқнинг қалинлигида сарғиш ва оқ рангли йўллар пайдо бўлиши характерлидир, бунда тирноқ пластинкаси ўз шаклини ўзгартирмайди, тирноқ ости гиперкератози ифодаланмайди.

Гипертрофик хилида тирноқ ости гиперкератози ҳисобига тирноқ пластинкаси қалинлашиб, сарғиш тусға қиради, майдалашиб, четлари тишли бўлиб қолади.

Онихомикознинг атрофик хили сезиларли даражада юпқалашиб, тирноқ пластинкаси тирноқ ўрнидан ажралиб чиқиб, бўшлиқлар ҳосил бўлиши ёки қисман емирилиши билан таърифланади. Шунингдек, дистал, дистал-латерал, оқ юзаки, тирноқ ости проксимал, тотал дистрофик онихомикоз тафовут қилинади. Кафтлар руброфитияси касалликнинг бошида кафтлар терисининг зарарланиши билан таърифланади ва табиатан бир томонлама бўлиб, кафтлар онихомикози билан бирға давом этиб бориши мумкин. Клиник жиҳатдан олганда бадан терисининг қуриши, мугуз қаватининг қалинлашуви, ун-шудрингли пўст ташлаш ва тери жўяқларининг йўқолиб кетиши кузатилади. Қўл панжалари орқасида пайдо бўладиган ўчоқлар четлари узилиб туради ва тугунчалар, пуфакчалар, пўстлоқчалардан иборат бўлади. Қўл панжалари, силлиқ тери ва бурмаларнинг

инфекцияси, қоида тарикасида, замбуруғларнинг лимфогематоген тарқалиши натижасида оёқ панжаси руброфития ўчоқларидан келиб чиқади, аутоинокуляция пайтида; камдан-кам ҳолларда замбуруғлар экзоген киритилганда биринчи бўлиб пайдо бўлади. Эритематоз-сквамоз, фолликуляр-тугунчали ва инфилтратив-йирингли хиллари тафовут қилинади. Руброфитиянинг эритематоз-сквамоз хили учун аниқ чегараларга эга бўлган пушти ёки қизил-пушти тусли, кўкимтир тусли доғларнинг юмалоқ шакллариининг бўлиши характерлидир. Доғлар юзасида одатда майда тангачалар бўлади, уларнинг четларидан сувли тугунчалардан иборат узук-юлуқ валик ўтади. Тугунчалар кўпинча майда пуфакчалар ва қобиқчалар билан қопланган бўлади. Доғлар дастлаб кичик, марказдан қочма ўсишга ва бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил, шу билан бирга улар тери қопламанинг кенг майдонларини эгаллаган катта-катта ўчоқлар ҳосил қилади.

Руброфитиянинг фолликуляр туғунли хили тукларнинг эритематоз-сквамоз ўчоқлари доирасида зарарланиши билан ажралиб туради. Сочлар табиий ялтироқлигини йўқотади, хира ва мўрт бўлиб қолади.

Руброфитиянинг инфилтратив-йирингли хили жуда кам учрайди, асосан болаларда бошнинг сочли қисмида учрайди. Клиник кўринишлари зоофил трихофитонлар кўзгатадиган инфилтратив-йирингли трихофитияга ўхшаб кетади. Ўчоқлар йўқолиб кетганидан кейин уларнинг ўрнида алоҳида атрофик чандиқлар қолиши мумкин.

### **Эпидермофития**

Оёқ панжаси эпидермофитияси оёқ панжасининг *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* (бармоқлараро трихофитон) чақирадиган зарарланишидир. Бу замбуруғли жараён анча кам учрайди ва руброфития клиникасидан кам фарқ қилади. Оёқ панжаси эпидермофитияси кўзгатувчиси яққол аллергик таъсирга эга, шунинг учун бундай беморларда кўпинча касалликнинг интертригиноз ва дисгидротик шакллари пайдо бўлади, улар иккиламчи тошмалар (микидлар) билан бирга келади. Эритема, шиш, эрозиялар ва яралар пайдо бўлиши, граммусбат бактериялар келтириб чиқарадиган иккиламчи инфекция қўшилиши билан кўплаб десквамация ривожланиши мумкин. Бундай жараён минтақавий (чов-сон) лимфаденит, лимфангиит ва умумий аломатлар: иситма, ҳолсизлик билан бирга келади. Касалликнинг бошида оёқ панжасининг III ва IV бармоқлари ўртасидаги бурманинг шикастланиши кузатилади, оёқ панжасининг юқори учдан бир қисмига, гумбазга, оёқ панжасининг ён юзаларига ва бармоқларга ўтади. Кўпинча онихомикознинг юзаки шакллари аниқланади, аммо бир беморда руброфития онихияларига ўхшаш комбинацияланган ониходистрофия шакллари учраши мумкин.

Чов эпидермофитияси терида чов соҳалари, сон, ёрғоқ ички юзаларида, гоҳо – думбалар оралиғи бурмада, шунингдек қўлтиқ ости ва сут безлари остидаги бурмаларда пўст ташлайдиган пушти доғлар пайдо бўлиши билан таърифланади. Яллиғланиш элементлари диаметри 1 см гача бўлиб, аста-секин периферия бўйлаб ўсиб боради, шу билан бирга марказдаги яллиғланиш ходисалари ҳал қилиниши мумкин. Қизил рангли йирик (диаметри 10 см гача) ҳалқасимон доғлар ҳосил бўлади, улар бир-бирига қўшилиб, фестонсимон ўчоқлар ҳосил қилади. Ўчоқлар чегаралари кескин, шишган ёрқин гиперемияланган яллиғланиш валиги билан ажралиб туради, унинг юзасида пуфакчалар ва майда пустулар мавжуд. Субъектив равишда тошмалар кичишиш билан тавсифланади.

### **Тирноқлар ва тирноқ валиклари кандидози**

Кандидоз онихомикознинг клиник манзараси одатда проксимал, гоҳо дистал шаклда бўлади.

Проксимал шакли сариқ-жигарранг ёки жигарранг тирноқ пластинкаси билан ифодаланади, яққол мўртлик билан ажралиб туради, бу эса ён томондан кесилган тирноқ киррасининг шаклланишига олиб келади (проксимал-латерал вариант). Жараён паронихия ҳодисалари билан бирга кечади, бунда яллиғланган тирноқ валиги пайпасланганда флюктуация ва йирингли ажралма кузатилиши мумкин.

Кандидоз онихомикознинг дистал хили тирноқ пластинасининг ранги ўзгариб, гиперкератоз бошланиб, эркин (дистал) чеккасида лизисга учраши билан таърифланади.

Тирноқларнинг кандидоз зарарланишларининг дифференциал ташхисоти экзема ва псориаз билан оғриган беморларда бактериал табиатли онихия ва паронихия билан ўтказилади.

### **Моғорли онихомикозлар**

Моғорли онихомикознинг клиник манзараси кўпинча оёқ панжасининг турли генезли, ҳам замбуруғли, ҳам замбуруғсиз генезли онихопатиялари билан оғриган кекса одамларда кузатиладиган дистал шаклда ифодаланади. Бу иккиламчи онихомикоз деб аталадиган касалликдир. Шу билан бирга, тирноқ пластинкаси ушбу патологияни келтириб чиқарган моғор кўзгатувчисига қараб ҳар хил рангга эга бўлади: қора, яшил-сариқ ёки кулранг. Бу замбуруғларнинг пигмент ҳосил қилиш фаолиятига ва уларнинг бактериялар ва ачитқисимон замбуруғлар билан тез-тез бирлашишига боғлиқ. Кейинчалик тирноқнинг пастки қисми ажралади, устки қисми қалинлашади. Анча ифодаланган онихомикоз бошланади, тирноқ деформацияланади, кўпинча онихогрифоз типига ўзгариб туради. Кўпинча оёқ бармоқларининг тирноқ пластинкалари зарарланади. Моғор замбуруғлари кўзгатадиган паронихияли ёки паронихиясиз онихомикознинг проксимал шакли анча кам учрайди.

### **3. Оёқ панжалари ва қўл кафтлари микози диагностикаси**

<https://diseases.medelement.com/disease/>

#### **3.1. Оёқ панжалари, қўл кафтлари, тана ва тирноқлар микози ташхиси касалликнинг клиник кўринишлари ва лаборатория текширувлари асосида амалга оширилади**

##### **Физикал текширув:**

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_861/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_861/)

- Объектив текширувда аниқланадиган қўл кафт, оёқ панжа, тана ва тирноқ микозларининг объектив клиник кўринишлари "Клиник кўриниш" бўлимида баён этилган.
- Зарарланган тирноқ пластинкаларини микроскопик текшириш, силлиқ теридаги ўчоқлардан тангачаларни қирқиш.
- Кўзгатувчининг турини аниқлаш учун Ўзбекистон Республикасида қўллашга рухсат этилган тест-тизимларидан фойдаланган ҳолда културал тадқиқот ва нуклеин кислоталарни амплификациялаш (ПЗР) усуллари тавсия этилади.
- Тизимли антимикотик препаратларни тайинлашда қон зардобиди билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, ишқорий фосфатаза, глюкоза биокимёвий текширув, ички аъзоларнинг ултратовуш текшируви, гепатит В (Hepatitis B virus) вирусининг юза антигенига

(HBsAg) ва гепатит С (Hepatitis C virus) вирусига антитаначаларни аниқлаш текширувларини ўтказиш тавсия этилади.

- Тербинафин препарати билан узоқ муддатли даволанишда резистент шаклларда ПЗР усули билан тербинафин резистентлигини аниқлаш текшируви.
- Тербинафин препарати билан узоқ муддатли даволанишда резистент шаклларда ПЗР усули билан тербинафин резистентлигини аниқлаш текшируви.
- Онихомикознинг терапияга чидамли шаклларида юзаки ва чуқур томирларни ултратовуш текширувидан ўтказиш тавсия этилади.
- Захмга скрининг тестлари қуйидагилардан бири: РМП, RPR, КСР; Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM.
- Тегишли мутахассисларнинг маслаҳати (эндокринолог, қон томир жарроҳи ва бошқалар)
- Асоратлар (аллергик тошмалар) мавжуд бўлганда иммуноглобулин Е нинг ИФА, ИХЛА усули билан тахлили.
- Бактериал флора билан асоратланганда антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан бактериологик текшириш тавсия этилади.
- Иммунологик тадқиқотлар
- Гистологик текшириш
- Инструментал текшириш усуллари: Дерматоскопия, Вуд лампаси остида текшириш.

<https://diseases.medelement.com/disease/микозы-костей-стоп-и-туловища-рекомендации-рф/15238>

### 3.2. Дифференциал диагностика

<https://diseases.medelement.com/disease/микозы-костей-стоп-и-туловища-рекомендации-рф/15238>

Руброфитияга дифференциал диагностика псориаз, себореяли дерматит, экзема, қизил ясси темирлатки, Дюрингнинг герпетиформ дерматити, қизил югурак, тери лимфомаси билан қилинади.

<b>Оёқ панжаси микози, оёқ панжаси тирноқлари (қўл кафти) микози</b>	<b>Замбуруғ этиологияли бўлмаган оёқ панжалари (қўл кафти), тирноқлари терисининг касалликлари</b>
<p><b>Т. Рубрум чақирган оёқ панжа (қўл кафти) микози.</b></p> <p>Оёқ панжаси ва/ёки кафт терисида унсимон, ҳалқасимон ёки пластинкасимон пўстлок, гиперкератоз ўчоқлари</p>	<p><b>Кафт-товон псориази.</b></p> <p>Кафтлар ва/ёки товон терисида оғриқли ёриқлар билан гиперкератоз кўринишидаги изоляцияланган ёки бир-бирига қўшилиб кетган тугунчалар ва пиллакчалар</p> <p><b>Кафт ва товонларнинг пустулез псориази.</b></p>

	<p>Кафтлар ва/ёки оёқ кафти терисида нормал ёки гиперемияланган тери фонида гуруҳланган пустикулалар мавжуд. Куриган пустикулалар ўрнида сариқ ёки тўқ жигарранг пустилоқлар ҳосил бўлади. Тошмалар бармоқларнинг проксимал фалангаларига тарқалиши мумкин; одатда, симметрик. Субъектив: қичишиш ва оғриқ. Сурункали кечади.</p>
<p><b>T. var. interdigitale чакирган оёқ панжа микози (дисгидротик шакли)</b></p> <p>Пуфакчалар ва пуфаклар гумбазлар соҳасида, оёқ панжасининг ташқи ва ички чеккасида, баъзан бармоқлар орасидаги бурмаларда жойлашади. Пуфакчалар ёрилиб, эрозиялар ҳосил бўлади. Иккиламчи инфекция қўшилганида пустикулалар, лимфаденитлар, лимфангитлар пайдо бўлади, қўл бармоқларининг ён ва кафт юзларида, кафтлар, билаклар, болдирларда иккиламчи аллергик тошмалар пайдо бўлади. Микоз бирдан бошланиб, кейин сурункали тус олиб, баҳор-ёз ойларида зўрайиб боради.</p>	<p><b>Дисгидротик экзема</b></p> <p>Қўл панжалари ва/ёки оёқ бармоқларининг ён юзларида, баъзан кафтлар ва товонлар терисида майда, зич пуфакчалар, улар майда эрозиялар ёки шишлар ҳосил бўлиши билан ёрилиши ёки сариқ қобиқчалар ҳосил бўлиши билан куриб қолиши мумкин. Кейинчалик аниқ чегараларга эга бўлган зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлади. Субъектив: кучли қичишиш. Кечиши узок давом этади.</p>
<p><b>Тирноқ микози</b></p> <p>Тирноқларнинг конфигурацияси нормал, лекин улар хира, сарғиш тусли, пластинканинг бурчакларида ёки бутун юзаси бўйлаб шох массаларининг тўпланиши ҳисобига дистал четида қалинлашган (нормотрофик шакл), тирноқлар деформацияланган бўлиши мумкин, ранги ифлос-кулранг. Онихолизисда ёки тирноқ ости гиперкератози туфайли тирноқларнинг қалинлашганлиги; пластинканинг ўзгарган дистал четида валик терисининг чуқурчалари билан тирноқсимон зичлашади. Тирноқ пластинкаси дистал четида юмшоқлашган (гипертрофик шакл) ёки тирноқ пластинкаси сезиларли даражада бузилган, тирноқ ўриндиғи юмшоқ шохли массалар билан қопланган (атрофик шакл) ёки тирноқ пластинкаси ўриндиғидан ажралган, хиралашган, баъзан ифлос-кулранг тусга кирган,</p>	<p><b>Экземада</b></p> <p>Қўл ёки оёқ бармоқларидаги тирноқлари кўндаланг эгатлар ҳосил бўлиши ҳисобига нотекислашади, юмшайди, дистал четида қотиб қолади. Тирноқнинг орқа валиги қалинлашган, эпонихион бўлмаслиги мумкин, яллиғланиш ҳодисалари аҳамиятсиз.</p> <p><b>Ясси қизил темираткада</b></p> <p>Тирноқ пластинкасининг марказида чуқур ёриқ ёки бўйлама тароқчалар ва ёриқлар, тирноқ ости гиперкератози, дистал чеккасида пластинкалар синади. Ноаниқ этиологияли тирноқ дистрофияси тўсатдан пайдо бўлиши, монотон кечиши, кўпинча қўл ва оёқ бармоқларининг барча пластинкаларининг бир вақтнинг ўзида жараёнга жалб қилиниши, тирноқларнинг симметрик ўзгариши, тирноқнинг ангишививонасимон ботиши</p>

матриксада нормал рангда бўлади (онихолизис типига зарарланиш)	
---	--

#### 4. Даволаш

[https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy\\_stop\\_kistej\\_i\\_tulovishcha.pdf](https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf)

<https://diseases.medelement.com/disease/микозы-кистей-стоп-и-туловища-рекомендации-рф/15238>

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Жадвал 1

#### Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%)

Ташқи даво		
1. Ташқи қўллаш учун антимикотик препаратлар		
Дори воситаларининг (халқаро патентланмаган) номи	Ишлаб чиқариш шакли	Ишончлилик даражаси
Изоконазол, крем	кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 4 ҳафта давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>
Кетоконазол, крем, мазь	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 1-2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>
Клотримазол, мазь, крем, эритмаси	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>
Тербинафин спрей, дермгель	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>
Тербинафин эритмаси	Бир марта ҳар иккала оёқ панжасига 24 соатга ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>

Миконазол, крем	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Нафтифин, крем	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Оксиконазол, крем	кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 4 ҳафта давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578</a>
Сертаконазол, крем 2%	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/258">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/258</a>
Циклопирокс, крем	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016</a>
Ундецилен кислотаси + Рух ундециленати, мазъ	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Эконазол, крем	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Бифоназол, крем	кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 5 ҳафта давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>

		<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/719">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/719</a>
Борат кислотаси, 2% ли эритмаси	кунига 2-3 марта ташқи кўллашга, 1-2 кун давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/785">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/785</a>
Бриллиант яшил, 1% ли сувли эритмаси	кунига 1-2 марта ташқи кўллашга, 1-2 кун давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Резорцин, 1-2% ли эритмаси	кунига 1-2 марта ташқи кўллашга, 1-2 кун давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Фукорцин эритмаси	кунига 1-2 марта ташқи кўллашга, 2-3 кун давомида	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Миконазол + Мазипредон	кунига 2 марта ташқи кўллашга, 7-10 кун давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Изоконазол нитрат + Дифлукортолон валерат	кунига 2 марта ташқи кўллашга, 7-10 кун давомида	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123</a>
Клотримазол + Бетаметазон, крем	кунига 2 марта ташқи кўллашга, 7-10 кун давомида	Д <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Натамицин + Неомицин + Гидрокортизон крем	кунига 2 марта ташқи кўллашга, 3-5 кун давомида	Д <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Бетаметазон дипропионат + Гентацимин сульфат +	кунига 2 марта ташқи кўллашга, 3-5 кун давомида	Д <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>

Клотримазол, мазь, крем		<a href="#">top, kistej i tulovishch a.pdf</a>
Гидрокортизон + Окситетрациклин, аэрозоль	кунига 2-3 марта ташқи кўллашга, 1-3 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Мочевина ёрдамидаги бирикмалар (20% лик пластир, 40% ли крем-паста)	тирноқнинг инфекциланган очоқлари тўлиқ олиб ташлангунга қўлланади	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Нафтифин, крем, эритма	кунига 2 марта ташқи кўллашга, соғлом тирноқлар осиб чиққунига қадар	B <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>
Циклопирокс, крем, эритма	кунига 2 марта ташқи кўллашга, соғлом тирноқлар осиб чиққунига қадар	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/227">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/227</a>
Аморолфин, тирноқлар учун лак 5%	Тирноқлар қўл панжаларида зарарланганда 6-8 ой давомида ҳафтасига 1-2 марта ва оёқ панжаларида зарарланганда 9-12 ой давомида ташқи кўллашга	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/d01ae14">https://www.vidal.ru/drugs/atc/d01ae14</a>
Циклопироксоламин, тирноқлар учун лак 8%	Кун ора 1 ой давомида, ҳафтасига 2 марта - иккинчи ой давомида, ҳафтасига 1 марта - учинчи ой давомида ва соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар (камида 6 ой) ташқи кўллашга	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/61">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/61</a>
<b>Тизимли даво</b>		
Ташқи даво самарасиз бўлса, тизимли таъсирга эга антимикотик препаратлар буюрилади:		
Итраконазол	Капсулалар, суткасига 200 мг овқатдан кейин 7 кун давомида оғиз орқали, кейин суткасига 100 мг овқатдан кейин 1-2 ҳафта давомида оғиз орқали  (тирноқлар зарарланганда: 200 мг кунига 2 марта овқатдан кейин 7 кун	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_s_top_kistej_i_tulovishch_a.pdf</a>  A

	давомида оғиз орқали, такрорий курс - 3 ҳафтадан кейин, 2-3 ой давомида қўл панжа тирноқлари микозида ва 3-4 ой давомида оёқ панжа тирноқлари микозида)	<a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf</a>
Тербинафин	Таб. 250 мг оғиз орқали кунига 1 маҳал овқатдан кейин ҳар куни 3-4 ҳафта давомида  (тирноқ пластинкалари зарарланганда: қўл панжалари онихомикозида 2-3 ой давомида овқатдан кейин кунига 1 марта оғиз орқали 250 мг ва товон панжалари онихомикозида 3-4 ой давомида)	А <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016</a>
Флуконазол	Капсулалар, 150 мг оғиз орқали овқатдан кейин ҳафтада 1 марта камида 3-4 ҳафта давомида  (тирноқ пластинкалари зарарланганда: ҳафтасига 1 марта овқатдан кейин, соғлом тирноқлар тўлиқ ўсиб чиққунга қадар оғиз орқали 150 мг. Флуконазол қўл ва оёқ панжалари онихомикозида матриксни шикастламасдан самаралидир)	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/414">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/414</a>
Кетоконазол	тирноқ пластинкалари зарарланганда: даволашнинг биринчи кунига суткасига 1 марта 400 мг, кейин - 200 мг кунига 1 марта овқатдан кейин соғлом тирноқлар тўлиқ ўсиб чиққунга қадар оғиз орқали	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistey_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578</a>

**Изоҳ:** Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор мукобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол кўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

## Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%дан кам)

<i>Дори воситаларининг (халқаро патентланмаган) номи</i>	<i>Ишлаб чиқариш шакли</i>	<i>Ишончлилик даражаси</i>
Цитеризин 10 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD">https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD</a>
Лоратадин 10 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547">https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547</a>
Левоцитеризин 5 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3">https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3</a>
Дезлоратадин 5 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine">https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine</a>
Биластин 10 ва 20 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mik">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mik</a>

		<a href="#">ozy_stop, kistej i t ulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473</a>
Эбастин 10 ва 20 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_t_ulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop, kistej i t ulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352</a>
Кальций глюконат	10% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_t_ulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop, kistej i t ulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/calcium_glucionate_4914">https://www.vidal.ru/drugs/calcium_glucionate_4914</a>
Натрий тиосульфат	30% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига 10 кун давомида	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_t_ulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop, kistej i t ulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447">https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447</a>
Эссенциал фосфолипидлар	вена ичига аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади. Ичқарига. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш	C <a href="https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447">https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447</a>
Оксиматрин	Мушак орасига 600 мг дан кунига бир марта. Вена ичига 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта. Зарур бўлса, кунлик	C <a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a>

	дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).	
Антрал	Катталар ва 10 ёшдан катта болаларга суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга 200 мг дан, 4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a>
Цианокобаламин (Витамин В12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Рибофлавин моноклеотид (Витамин В2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чукур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг миқдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун энг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>

Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг. Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортиқ бўлинган дозаларда	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a>
Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун  Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥20 ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун  Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Экстракт алоэ	Тери остига. Ҳар куни 1 мл (максимал кунлик доза 3 - 4 мл), 5 ёшгача болаларга – 0,2-0,3 мл, 5 ёшдан катта болалар учун – 0,5 мл. Курси 30-50 инъекция, такрорий даволаш курслари икки-уч ойлик танаффуздан кейин ўтказилади.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Шишасимон тана	Тери остига 2 мл ҳар куни киритилади. Даволаш курсини такрорлаш тавсия этилади бир ой ўтгандан сўнг ёки кейинроқ. Даволаш курсининг давомийлиги индивидуал равишда белгиланиши керак.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Рекомбинант IFN альфа-2b, ректал суппозиторийлар	Катталар учун: 500 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида. Болалар учун: 3 000 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида. Ҳомиладор аёллар учун: 1 000 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Инозин пранабекс	Ичиш учун, овқатдан кейин, 500 мг кунига 3–4 марта, 10 кун давомида.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-</a>

		<a href="https://www.vidal.ru/group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Меглюмин акридонатсетат	3 та инъекция 24 соатлик интервал билан, кейин яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Тилорон дигидрохлорид	Дастлабки 2 кун давомида кунига 1–2 таблетка (250 мг), кейин куна ора 1 таблетка (125 мг) 2–4 ҳафта давомида. Ёки ремиссия даврида: 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки 2 кунда, жами 5 ҳафта давомида. Курс дозаси – 1,25 г.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Пароксетин	Суткасига 1 марта - эрталаб овқат пайтида. Таблеткани чайнамай ютиш керак  Тавсия этилган суткалик доза - 20 мг., доза даволашнинг дастлабки 3-4 ҳафтаси давомида индивидуал равишда синчковлик билан танланиши, кейин эса клиник кўринишларга қараб унга тузатиш киритилиши керак. 20 мг дозасига етарли жавоб бўлмаган баъзи беморларни даволаш учун дозани ошириш керак бўлиши мумкин. Даволашнинг клиник самарадорлигига қараб дозани 10 мг га (максимал 50 мг/сут) ошириб, аста-секин амалга ошириш керак.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Гидроксизин	Ичишга. 12.5-50 мг/сут Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморларда бошланғич дозани 2 баравар камайтириш керак.  Ўрта ва оғир даражадаги буйрак этишмовчилиги бўлган, шунингдек жигар этишмовчилиги бўлган беморларга дозани камайтириш зарур.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Валериана экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>

Адонис-бром	Ичишга. 1 таб овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%B">https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%B</a> D
-------------	--	--

**Изох:** Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор мукобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

### **Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар**

- амбулаторияда даволанишдан самара йўқлиги;
- интритригиноз, дисгидротик шакллари; йирик бурмалар ва ёки силлиқ тери ва ёки тирноқ пластинкалари зарарланиши билан тарқалган жараёнда
- оғир йўлдош патология

### **Махсус вазиятлар**

- тана вазни 40 кг дан юқори бўлган болаларга тербинафин (С) - суткасига 1 марта 250 мг овқатдан кейин оғиз орқали; тана вазни 20 дан 40 кг гача бўлган болаларга овқатдан кейин оғиз орқали кунига 125 мг, тана вазни 20 кг дан кам бўлган болаларга 2-3 ой давомида қўл панжалари онихомикозида ва 3-4 ой давомида оёқ панжалари онихомикозида кунига 62,5 мг.

### **Даволашнинг таъсири бўлмаганидаги тактика**

16 ҳафта давомида ўтказилган тизимли ёки комбинацияланган терапияда, шунингдек, соғлом тирноқ пластинкасининг секин ўсиши аниқланганда, онихомикознинг клиник кўринишида ижобий динамика бўлмаган тақдирда, тирноқ пластинкасининг ўсишини

рағбатлантирувчи дори воситаларини қўшиш билан бошқа фармакологик гуруҳнинг антимикотик дори воситасига алмаштириш тавсия этилади.

Кекса одамларда даволаниш нотўғри деб тан олинади ва агар 16 ҳафта давомида антимикотик препаратни алмаштиргандан сўнг, онихомикознинг клиник кўриниши давомида яна ижобий динамика бўлмаса, беморга паллиатив ташқи терапия кўрсатилган.

**"ОЎҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ КАФТИ) МИКОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2024**

## 2.1. Кириш

Қўл панжа, оёқ панжа ва тана микозлари – тери ва унинг ортиқларини зарарловчи *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* замбуруғлари ва Сандида туркуми замбуруғлари кўзгатадиган касалликлардир.

### Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган терапия

#### Даволаш мақсадлари

- клиник даволаниш;
- замбуруғларни микроскопик текширишнинг салбий натижалари.

#### Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар

- амбулаторияда даволанишдан самара йўқлиги;
- интертригиноз, дисгидротик шакллари; йирик бурмалар ва/ёки силлик тери ва/ёки тирноқ пластинкалари зарарланиши билан тарқалган жараёнда
- оғир йўлдош патология.

#### Даволаш схемалари

1. Оёқ панжаси, қўл панжалари ва бошқа жойлардаги силлик тери микозини даволаш.

#### Ташқи терапия:

Ташқарида қўллаш учун антимикотик препаратлар [9, 11, 14, 15]:

<b>В</b>	<b>Тавсия этилади:</b> Изоконазол, кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 4 ҳафта давомида
	ёки
	- Кетоконазол, крем, мазь. Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 1-2 марта ташқи қўллашга
	ёки
	- Клотримазол, мазь, крем, эритма, Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга
ёки	
- Тербинафин, спрей, дермгель, Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	
ёки	
- Тербинафин, эритмаси. Бир марта ҳар иккала оёқ панжасига 24 соатга ташқи қўллашга	

	<p>ёки</p> <p>- Миконазол, крем. Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга</p>
	<p>ёки</p> <p>- Нафтифин, крем, эритма. Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга</p>
	<p>ёки</p> <p>- Оксиконазол, крем. Кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 4 ҳафта давомида</p>
	<p>ёки</p> <p>- Сертаконазол, крем 2% Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга.</p>
	<p>ёки</p> <p>- Циклопирокс, крем. Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга</p>
	<p>ёки</p> <p>- Эконазол, крем. Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга</p>
	<p>ёки</p> <p>-Бифоназол, крем кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 5 ҳафта давомида</p>

Оёқ панжасидаги микоз ўчоқларида сезиларли гиперкератозда аввал қуйидагилар ёрдамида эпидермиснинг шох қатламини ажратиш амалга оширилади:

<b>B</b>	Бифоназол (B) 3-4 кун давомида суткасига 1 марта [9, 11, 14].
----------	---

Терапиянинг биринчи босқичида ўткир яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлганда қуйидагилар қўлланилади: [9, 11, 14]

<b>D</b>	- Бриллиант яшили, 1% ли сувли эритмаси (D) кунига 1-2 марта ташқи қўллашга, 1-2 кун давомида
----------	---

<b>В</b>	<p>- фукорцин, эритма (Д) 2-3 кун давомида суткасига 1-2 марта ташқи кўринишида, кейинчалик таркибида замбуруғга қарши ва глюкокортикостероид дори воситалари бўлган паста ва мазьлар: миконазол + мазипредон (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ёки изоконазол нитрат + дифлукуртолон валерат (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ёки клотримазол + бетаметазон (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи кўринишида, крем (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида.</p> <p>ёки бриллиант яшил, сувли 1% (Д) еритмаси 1-2 кун давомида суткасига 1-2 марта ташқи</p> <p>ёки</p> <p>- фукорцин, эритма (Д) суткасига 1-2 марта 2-3 кун давомида ташқи кўринишга, кейинчалик таркибида замбуруғга қарши ва глюкокортикостероид дори воситалари бўлган паста ва суртмаларни тайинлаш: миконазол + мазипредон суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ёки изоконазол нитрат + дифлукуртолон валерат суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи</p> <p>ёки</p> <p>– клотримазол + бетаметазон, крем. 7-10 кун давомида суткасига 2 марта ташқарига.</p>
----------	--

Кучли сувланишда (ўткир фазада) ва иккиламчи инфекция қўшилганда яллиғланишга қарши эритмалар ва комбинацияланган антибактериал препаратлар "примочка" сифатида буюрилади [9, 11, 14]:

<b>Д</b>	<p>ихтиол, 5-10% ли эритма 2-3 кун давомида суткасига 2-3 марта ташқи</p> <p>ёки натамицин + неомицин + гидрокортизон</p> <p>ёки</p>
<b>В</b>	<p>бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат + клотримазол, суртма, крем қунига 2 маҳал 3-5 кун давомида ташқи қўллашга.</p>

### **Тизимли даволаш**

1. Ташқи даволаш самарасиз бўлса, тизимли таъсирга эга антимикотик препаратлар буюрилади [9, 11, 14, 15]:

<b>А</b>	<p>итраконазол 7 кун давомида овқатдан кейин қунига 200 мг, кейин 1-2 ҳафта давомида овқатдан кейин қунига 100 мг[1]</p> <p>ёки</p>
----------	---

<b>В</b>	тербинафин кунига 250 мг 3-4 ҳафта давомида овқатдан кейин оғиз орқали [1] ёки флуконазол 150 мг оғиз орқали овқатдан кейин ҳафтасига 1 марта камида 3-4 ҳафта давомида [18]
----------	--

2. Ўткир яллиғланиш ҳодисалари (сувланиш, пуфакчалар мавжудлиги) ва сезиларли кичишишда антигистамин препаратлар қўлланилади:

<b>Д</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цетиризин 10 мг суткасига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Лоратадин 10 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Левоситеризин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Дезлоратадин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Биластин 10 ва 20 мг суткасига бир марта 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Эбастин 10 ва 20 мг суткасига 1 марта 10-15 кун давомида перорал</li> <li>- Кальций глюконат, 10% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида</li> <li>- Натрий тиосульфат, 30% эритмаси 5 -10 мл суткасига 1 марта вена ичига 10 кун давомида</li> </ul>
----------	--

**Эслатма:**

<b>С</b>	Бактериал флора билан асоратланган ҳолларда културал таҳлил натижаларига қараб маҳаллий ёки тизимли антибактериал препаратларни буюриш керак
----------	--

### **Оёқ панжаси ва қўл панжалари онихомикозларини даволаш**

Ташқи терапия [9, 11, 14, 15]

Тирноқнинг якка пластинкалари дистал ёки ён чеккаларининг 1/3-1/2 қисмида зарарланганда фақат ташқи замбуруғга қарши препаратлар ва тирноқларни тозалаш (кератолитик воситалар ёки скалер) қўлланилиши мумкин.

<b>С</b>	<p>Кератолик воситалар:</p> <p>бифоназол, суртма кунига 1 марта тирноқларнинг зарарланган жойлари тўлиқ олиб ташлангунга қадар.</p>
----------	---

Тозаланган тирноқ ўриндиғида замбуруғлар билан зарарланган тирноқ жойлари олиб ташлангандан сўнг препаратлардан бири қўлланилади:

	- кетоконазол крем, соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар суткасига 2 марта ташқи қўллашга
	ёки
	- клотримазол, крем, эритма суткасига 2 марта соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар ташқи
	ёки
	- нафтифин, крем, эритма суткасига 2 маҳал ташқи томондан соғлом тирноқлар ўсиб чиққунча
	ёки
С	- оксиконазол, соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар суткасига 1 марта ташқи
	ёки
	- тербинафин крем, соғлом тирноқлар ўсиб чиққунча суткасига 2 марта ташқи
	ёки
	- циклопирокс крем, эритма суткасига 2 марта ташқи томондан соғлом тирноқлар ўсиб чиққунча
	ёки
С	- бифоназол, эритма, кунига 1 марта соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар ташқи
	ёки
	- аморолфин, тирноқлар учун лак 5% ҳар ҳафтада 1-2 марта 6-8 ой давомида қўл панжалари тирноқлари зарарланганда ва 9-12 ой давомида оёқ панжалари тирноқлари зарарланганда ёки циклопироксоламин, тирноқлар учун лак 8% ҳар куни 1 ой давомида, ҳафтада 2 марта - иккинчи ой давомида, ҳафтада 1 марта - учинчи ой давомида ва соғлом тирноқлар ўсиб чиққунга қадар (лекин 6 ойдан кам бўлмаган)

**Изоҳ:** 5-7 кун оралиғида ўтказилган учта салбий тадқиқот натижалари тўлиқ клиник ҳал қилинганда даволаш яқунланган ҳисобланади.

#### Тизимли терапия

Тирноқларнинг тотал зарарланишида тизимли антимикотик препаратлар буюрилади:

<b>А</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- итраконазол 200 мг кунига 2 марта овқатдан кейин 7 кун давомида, такрорий курс - 3 ҳафтадан кейин, қўл кафт тирноқлари микозида 2 ой давомида ва оёқ панжа тирноқлари микозида 3-5 ой давомида [20, 21]</li> </ul>
	ёки
<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- кетоконазол 400 мг перорал кунига 1 марта терапиянинг биринчи кунига, кейин - 200 мг кунига 1 марта овқатдан кейин соғлом тирноқлар тўлиқ ўсиб чиққунга қадар (4 ойдан кўп бўлмаган) [1]</li> </ul>
	ёки
<b>А</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тербинафин 250 мг перорал 1 марта суткасига овқатдан кейин 2 ой давомида қўл кафтлари онихомикозида ва 3-5 ой давомида оёқ панжалари онихомикозида [23]</li> </ul>
	ёки
<b>В</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- флуконазол 150 мг оғиз орқали ҳафтасига 1 марта овқатдан кейин соғлом тирноқлар тўлиқ ўсиб чиққунга қадар (кўпи билан 4 ой). Флуконазол қўл ва оёқ панжалари онихомикозида матрикс зарарланмасдан самарали ҳисобланади.</li> </ul>

<https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-lazerov-q-switched-1064-532-nm-i-nd-yag-1064-nm-v-lechenii-onihomikozov-stop>

<b>С</b>	Оёқ панжаси ва/ёки қўл кафтлари онихомикози билан оғриган беморларда тизимли антимикотикларни буюришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, Q - Switched 1064/532 нм и Nd:YAG: 1064 нм қўлланилган тирноқ пластинкаларининг лазер терапияси тавсия этилди.
----------	---

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>  
<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

<b>С</b>	ВҚЛН/ҚВУЛН Озонотерапия
----------	----------------------------

Симптомлар, лаборатор-инструментал текширувлардаги ўзгаришлар мавжуд бўлганда, гепатопротектор хусусиятга эга бўлган витаминотерапия дори воситалари буюрилади, ушбу хусусиятларга эга бўлган препаратни танлаш шифокор томонидан белгиланади.

	- Эссенциал фосфолипидлар – вена ичига аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади. Ичкарига. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш
--	---

<b>С</b>	<p>- Оксиматрин – мушак орасига 600 мг дан кунига бир марта. Вена ичига 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади. Ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта. Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).</p> <p>- Антраль – катталар ва 10 ёшдан катта болаларга суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга 200 мг дан, 4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан</p> <p>- Аскорбин кислотаси – ичишга, м/о, в/и. 250-1000 мг/сут</p> <p>- Цианокобаламин – м/о ёки в/и 1-2 ҳафта давомида ҳар куни 1 мг дан, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан 1 ойгача</p> <p>- Тиамин – м/о (чуқур) препаратни киритишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% ли эритма) ва фақат яхши қабул қилинганда юқори дозаларга ўтиш тавсия этилади. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта, ҳар куни буюрилади; болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта буюрилади. Даволаш курси 10-30 инъекцияни ташкил қилади.</p>
----------	--

**Изоҳ:** Дозалаш ва қўлланиладиган препаратлар миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

### **Махсус вазиятлар**

Болаларни даволаш [9, 11, 14, 15]

<b>С</b>	<p>– тербинафин тана вазни 40 кг дан ортиқ бўлган болаларга овқатдан кейин перорал равишда суткасига 1 марта 250 мг; тана вазни 20 дан 40 кг гача бўлган болаларга овқатдан кейин перорал равишда суткасига 125 мг, тана вазни 20 кг дан кам бўлган болаларга қўл қафтлари онихомикозида 2-3 ой давомида ва товон панжалари онихомикозида 3-4 ой давомида суткасига 62,5 мг.</p>
----------	--

### **Даволаш натижаларига талаблар:**

- терида патологик ўзгаришлар йўқлиги;
- замбуруғларни микроскопик текширишнинг салбий натижалари. Қўл қафтлари онихомикозини даволаш жараёнида дастлабки назорат лаборатория тадқиқотлари даволаш тугагандан кейин 6 ҳафта ўтгач ва оёқ панжалари онихомикозида - 12 ҳафта ўтгач ўтказилади.

**"ОЎҚ ПАНЖАСИ (ҚЎЛ КАФТИ) МИКОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2024**

## 2.1. Кириш

Қўл панжа, оёқ панжа ва тана микозлари – тери ва унинг ортиқларини зарарловчи *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* замбуруғлари ва Сандида туркуми замбуруғлари қўзғатадиган касалликлардир.

### Профилактика усуллари ва тартиблари:

Оёқ панжа микозларига қарши курашнинг асосий йўналишлари қуйидагилардан иборат:

1. Беморларни аниқлаш, ҳисобга олиш ва диспансеризация қилиш. Касалларни барвақт аниқлаш мақсадида sanoat корхоналари ишчилари, спортчилар, ўқувчилар, болалар жамоалари оммавий профилактик кўриқдан ўтказилади. Бундай тадбирларни ёз ва куз ойларида ўтказиш самаралироқдир. Замбуруғли касалликларга шубҳа қилинган барча шахслардан лаборатория текшируви учун материал олинади. Ташхис тасдиқлангандан сўнг беморлар ҳисобга олинади ва даволанишга жалб қилинган ҳолда диспансеризация ўтказилади. Бемор оиласининг барча аъзолари дерматолог кўригидан ўтказилади.
2. Инфекциянинг тарқалиш йўллари тугатиш. Бу мақсадлар учун жамоат ҳаммомлари, душ-саноат корхоналари, санитария рухсатномалари, сузиш ҳавзалари, спорт заллари, кир ювиш хоналарида тегишли санитария-гигиена режими зарур. Уларни ўз вақтида таъмирлаш, тозалаш ва дезинфекция қилиш. Ташриф буюрувчилар индивидуал ҳаммом поябзалидан (пляж резина шиппакларидан) фойдаланиши. Оилада индивидуал поябзалдан фойдаланиш.
3. Таъсир этувчи омилларни бартараф этиш. Оёқ панжаси терлаши ва мацерациясини даволаш (формалин 5-10% эритмаси; urotropini – 2,0, Alumen 10%– 30,0 , Spir.acetilici 96% -100,0 мл; Теймуров пастаси; таркибида уротропин, таннин, салицил ва бор кислоталари бўлган прысыпкалар билан сепиш). Асаб ва эндокрин тизимларнинг функционал бузилишлари, томирлар патологияси, ёриқлар, қуруқликларни даволаш. Эркин поябзал кийиш. Ташқи муҳитнинг ноқулай омилларини (цехларда юқори ҳароратни) бартараф этиш.
4. Оёқ кийим, қўлқопларга тўлиқ тузалгунга қадар ҳар ойда 1 марта дезинфекцион ишлов бериш: ундециленамидопротримониум метосульфат, спрей ёки хлоргексидин биглюконат, 1% (С) ёки формалин эритмаси, 25% (С) ёки сирка кислотаси эритмаси, 40% эритмаси.
5. Аҳоли ўртасида санитария-маърифий ишларни олиб бориш.

### АДАБИЁТЛАР:

1. Alomar C., Bassas S., Casas M. et al. Multi-center double-blind trial on the efficacy and safety setoconazole 2% cream in comparison with miconazole 2% cream on patients suffering from cutaneous mycoses. *Arzneim. Forsch. Drug Res.* 1992; 45 (5a):767–773.
2. 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.

3. Basak S., Ghosh D., Mukherjee M. A short study on superficial mycoses with evaluation of topical antifungal agents in a tertiary care hospital // *J. Mycopathol. Research.* –2013. –Vol.51. –№.2. –P.301–305.
4. 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.
5. De Doncker P., Decroix J., Piérard G.E. et al. Antifungals pulse therapy for onychomycosis. *Arch Dermatol* 1996; 132: 34–41. 23. 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
6. Falotico J.M., Lipner Sh.R., Updated Perspectives on the Diagnosis and Management of Onychomycosis // *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology.* -2022.-V.15. -P 1933-1957.
7. 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.
8. Ilkit M., Durdu M. Tinea pedis: The etiology and global epidemiology of a common fungal infection // *Critical Reviews Microbiol.* –2014. –№1. –P.1–15.
9. Katsambas A., Antoniou C., Frangouli E. et al. Itraconazole in the treatment of tinea corporis and tinea cutis. *Clin Exp Dermatol* 1993; 18; 322–325.
10. Montero J.F. Fluconazole in the treatment of tinea capitis, *Int J Dermatol* 1998; 37: 870–873.
11. Richardson M.D., Warnock D.W. Fungal infection. Diagnosis and management. – Oxford, 1997; 2-nd ed. – 250 p.
12. Vender R.B., Lynde C.W., Poulin Y. Prevalence and epidemiology of onychomycosis // *J. Cutan. Med. Surg.* –2006. –Vol.10. –№2. –P.328–333.
13. Абидова З.М. Микозы стоп в аридном регионе: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Автореф. дис. ... докт. мед. наук, –Ташкент, 2007. – С.37.
14. Абидова З.М. Флуконазол в комплексной терапии микозов стоп // *Успехи медицинской микологии.* –2013. –Т.11. –С.118-119.
15. Абидова З.М. Эпидемиология, диагностика и лечение микозов стоп // *Сборник научных трудов НИИДиВ МЗ РУз.* –Ташкент, –2003. –С.71-73.

16. Авагян С.А., Деревнина А.В. Особенности формирования профессиональных аллергодерматозов на современном этапе // Медицина труда и промышленная экология – 2020. 60 (11). –С.710-712.
17. Акмаева А.Р., Олисова О.Ю., Пинсон И.Я. Оценка эффективности лазерной терапии онихомикозов // Российский журнал кожных и венерических болезней. –2015. –№2. –С.47–50.
18. Акышбаева К.С., Рамазанова Б.А. Клинико-Лабораторная характеристика микозов стоп в Казахстане // Успехи медицинской микологии. –С., –2015. –С.8-10.
19. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. – 186 с.
20. Беленюк В.Д. Новый подход к выявлению иммунологических нарушений у больных микозами. //Успехи медицинской микологии. – 2015. –№14. –С.266-270.
21. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Микозы стоп: рациональный выбор терапии // Рус. мед. журн. – 2011. –№11. –С.688–692.
22. Буравкова А.Г., Новикова Л.А., Демьянова О.Б. О наружной терапии осложненных микозов стоп //Проблемы медицинской микологии. –2017. –Т.19. –№2. –С.46.
23. Бухарева В.Ю., Беляев В.С. Резистентность возбудителей дерматомикозов к антимикотикам // Молодежь. Наука. Медицина. –2022. –№1. –С.201-204.
24. Бялик Л.Р., Новикова Л.А. Современный взгляд на рациональную терапию микозов стоп //Проблемы медицинской микологии. –2016. –Т.18. –№2. –С.48.
25. Гарибова Л.В., Лекомцева С.Н. Основы микологии: морфология и систематика грибов и грибоподобных организмов. Учебное пособие. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2005. – 220 с.
26. Гафаров М.М. Этиология, патогенез, клиника и лечение больных микозами стоп в регионе с развитой нефтехимической промышленностью.
27. Елинов Н.П. Краткий микологический словарь (для врачей и биологов). – СПб: International Clinic & Hospital MEDEM, 2004. – 174 с.
28. Иванова Ю.А. Анализ заболеваемости микозом стоп, кистей и онихомикозом у детей и взрослых в Алтайском крае в 2000-2017 годах //Проблемы медицинской микологии. – 2019. –Т.21. –№1. –С.21-26.
29. Имамов О.С., Джумаев Н.Д., Махмудов С.С. Роль *Trichophyton rubrum* в этиологии микозов стоп на территории Ташкентской области за 2015-2017 гг //Дерматовенерология и эстетическая медицина. –2018. –№3. –С.104-105.

30. Касихина Е.И. Возможности лечения и профилактики рецидивов поверхностных микозов кожи. // РМЖ. –2017. –№11. –С.854-858.
31. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. 3-е издание переработанное и дополненное. –М.: «Фармтек». –2017. –С.274.
32. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. – М., 2007. – С. 124 – 178.
33. Кунакбаева Т.С. Микозы стоп в Казахстане (современные особенности клинического течения, терапия и профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. –Алма-Ата. –2004. –С.47.
34. Максимов И.С. Современные возможности топической терапии микоза стоп // Consilium Medicum. - 2020. –Том 22.-С.57-59.
35. Малярчук А.П., Монтес Росель К.В., Соколова Т.В. Как повысить эффективность бактериоскопической диагностики микозов стоп? //Клиническая дерматология и венерология. –2019. –Т.18. –№4. –С.428-435.
36. Маянский А. Н., Заславская М. И., Салина Е.В. Введение в медицинскую микологию. – Н. Новгород: Издат. НГМА, 2003. – 54 с.
37. Медицинская микология. Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Б. Сбойчакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
38. Микология сегодня. / Под ред. Ю.Т. Дьякова, Ю.В. Сергеева. – Т.1. – М.: Национальная академия микологии, 2007. – 370 с.
39. Мюллер Э., Леффлер В. Микология. Пер. с нем.- М.: «Мир», 1995. – 343 с.
40. Новикова Л.А., Буравкова А.Г., Демьянова О.Б. Современные подходы к наружной терапии микозов стоп //Проблемы медицинской микологии. –2015. –Т.17. –№2. –С.119.
41. Пестерев П.Н. Трихофития зооантропонозная. – Томск: изд-во Том.ун-та, 1988. – 124 с.
42. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Рук-во для врачей. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 184 с.
43. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Рук-во для врачей. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – 184 с.
44. Рахматов Т.П. Комплексные методы лечения больных с онихомикозами // Казанский медицинский журнал. – 2013. – №4. –С.545-548.
45. Рукавишникова В. М. Микозы стоп. -М. –2003. –С.330.

46. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. 2-е изд. – М.: «Национальная академия микологии», 2007. – 164 с.
47. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. 2 изд. Под ред. А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев / М.: Издательство БИНОМ. – 2008. –С.205.
48. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: «БИНОМ», 2003. – 440 с.
49. Хисматулина И.М. Микоз стоп: рационализация терапии: дисс..... канд. мед наук. М. –2009. –С.107.

<https://diseases.medelement.com/disease/микозы-кистей-стоп-и-туловища-рекомендации-пф/15238>

<https://www.dissercat.com/content/mikoz-stop-ratsionalizatsiya-terapii>

<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-terapiya-mikozov-stop>

<https://cyberleninka.ru/article/n/mikozy-stop-u-bolnyh-s-ekzemoy>

<https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-mikozov-stop-obzor-literatury>

<https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-patogeneticheskie-osobennosti-mikozov-stop>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

[https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy\\_stop\\_kistej\\_i\\_tulovishcha.pdf](https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf)

[https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr\\_861/](https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_861/)

<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32816251/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-lazerov-q-switched-1064-532-nm-i-nd-yag-1064-nm-v-lechenii-onihomikozov-stop>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/myc.12486>

[https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Mikozy\\_stop\\_epidemiologicheskaya\\_problema\\_dermatologii/](https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Mikozy_stop_epidemiologicheskaya_problema_dermatologii/)

[https://www.efsm.online/int\\_en/article-overview/106/2023/onychomycosis-guideline-update](https://www.efsm.online/int_en/article-overview/106/2023/onychomycosis-guideline-update)

[https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Mikozy\\_stop\\_epidemiologicheskaya\\_problema\\_dermatologii/](https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Mikozy_stop_epidemiologicheskaya_problema_dermatologii/)

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2017/4/downloads/ru/1199728492017041050>