

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)»**

**ТАШКЕНТ 2024**



«УТВЕРЖДАЮ»  
В.и.о. директора  
РСНПМЦДВиК МЗ  
РУз Джалилов Д.С.

«19» Июль 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)»**

**ТАШКЕНТ 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)»**

**ТАШКЕНТ 2024**

## 1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

V35.1	Микоз ногтей	ЕА60	Некоторые поражения кожи, вызванные грибковой инфекцией
V35.2	Микоз кистей		
V35.3	Микоз стоп		
V35.4	Микоз туловища		
V35.6	Эпидермофития паховая		
V37.2	Кандидоз кожи и ногтей.		
	<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>

Также существует этиологическая классификация дерматофитий: – микозы, вызываемые *Trichophyton rubrum* (руброфития, рубромикоз); – микозы, вызываемые *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* (эпидермофития).

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии**

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1. Сабиров Улугбек Юсупханович - Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦДВиК МЗ РУз), доктор медицинских наук, профессор.
2. Икрамова Наргиза Джурабаевна - методист отделения по стажировке специалистов и клинических ординаторов РСНПМЦДВиК МЗ РУз, кандидат медицинских наук.
3. Рахматов Акрам Баратович – руководитель научной лаборатории по изучению проблем микозов РСНПМЦДВиК МЗ РУз, доктор медицинских наук, профессор.
4. Халидова Халида Рашидовна – старший научный сотрудник РСНПМЦДВиК МЗ РУз, кандидат медицинских наук.
5. Боходирова Афруза Ахраровна – Учёный секретарь РСНПМЦДВиК

**Рецензенты:**

1. Якубов Абдулазиз Абдужаббарович - Заведующий отделения по стажировке специалистов и подготовке клинических ординаторов, PhD

2. Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой дерматовенерологии Таджикского Государственного Медицинского Университета имени Абу Али Ибн Сино, доцент

#### **Техническая экспертная оценка и редактирование:**

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

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

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате 26 декабря 2024 года (протокол №11).

#### **Пользователи протокола:**

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

**Категория пациентов:** больные с заболеванием микоз стоп (кистей).

#### **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

#### **Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа

<b>2</b>	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
<b>3</b>	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

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

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

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

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)» .....	3
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)» .....	27
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)» .....	35

## Список сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
МС	Микоз стоп
МК	Микоз кистей
ОМ	Онихомикоз
РИФ	непрямая реакция иммунофлюоресценции
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспаратаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
Ig	Иммуноглобулин
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

## Основная часть.

### 2.1. Введение

Микозы кистей, стоп и туловища – это заболевания, вызываемые патогенными грибами *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida*, поражающими кожу и ее придатки.

### 2.2. Этиология

Наиболее частыми возбудителями дерматофитий являются патогенные грибы *Trichophyton rubrum* (90%) и *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*. Реже эти заболевания вызываются *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida* [1, 2].

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

Проникновению грибов в кожу способствуют ссадины, трещины в межпальцевых складках, обусловленные потертостью, повышенной потливостью или сухостью кожи, плохим высушиванием после водных процедур, узостью межпальцевых складок, плоскостопием, расстройством кровообращения при сосудистых заболеваниях конечностей и др. Микозы могут приобретать распространенный характер при наличии сопутствующих заболеваний – эндокринных, чаще сахарного диабета, иммунных нарушений, генодерматозов, заболеваний крови, а также при использовании антибактериальных, кортикостероидных и цитостатических препаратов.

### 2.3. Эпидемиология

Результаты многоцентрового исследования показали, что доля больных поверхностными микозами кожи (ПМК) в структуре дерматологической патологии составила 14%, из них 34,6% приходилось на микозы стоп. Интенсивный показатель (ИП) заболеваемости ПМК – 94,5‰, дерматомикозами – 62,5‰, микозами стоп – 32,7‰. [3].

В структуре дерматофитий лидирует микоз стоп – 35,7% случаев, второе место по частоте занимают дерматофитии крупных складок – 26,4% больных. Микозы гладкой кожи регистрируются – у 20,9% обследованных. Дерматофитии других локализаций выявляются реже: конечностей (кроме стоп и кистей) — в 7,8% случаев, кистей — в 6,3%, лица — в 2,9%.

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

### 2.4. Классификация

1. Микоз гладкой кожи
2. Микоз крупных складок
3. Микоз кистей
4. Микоз стоп:
  - сквамозная;
  - гиперкератотическая;
  - интертригинозная;
  - дисгидротическая форма.
5. Микоз ногтей (онихомикоз)

(по локализации поражения):

- дистальный (дистально-латеральный);
- поверхностный (поверхностный белый);
- проксимальный.

(в зависимости от клинических проявлений болезни различают три типа онихомикоза):

- Нормотрофический. В этом случае форма ногтевой пластины не меняется. В толще ногтя видны бело-желтые полосы.
- Гипертрофический. При этом типе, помимо изменения цвета, наблюдается деформация формы ногтя. Он утолщается, искривляется и частично

разрушается, преимущественно с боков, напоминая при этом коготь хищной птицы (такое состояние называется онихогрифозом).

- Атрофический. Для этого типа характерно истончение и отслойка дистальной части ногтя. Он приобретает буровато-серую окраску, атрофируется и отторгается.

## 2.5. Жалобы и анамнез – «клиническая картина»

### ***Микоз гладкой кожи***

При микозе гладкой кожи характерно появление розовых или красно-розовых с синюшным оттенком пятен округлых очертаний, имеющих четкие границы. На поверхности пятен обычно присутствуют мелкие чешуйки, по их периферии проходит прерывистый валик, состоящий из ярких узелков. Пятна изначально небольшие, но со временем увеличиваются в размере.

У большинства больных отмечается зуд в очагах поражения. Течение хроническое, без склонности к инволюции, с обострениями в теплое время года и ухудшение при нанесении топических глюкокортикостероидов.

### ***Микоз крупных складок***

При микозе крупных складок на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, реже – в межъягодичной складке, а также в подмышечных и субмамарных областях появляются шелушащиеся розовые пятна. В начале диаметр высыпаний составляет до 1 см в диаметре, далее они увеличиваются в размерах, с формированием крупных (до 10 см в диаметре) кольцевидных или сплошных очагов, сопровождающихся зудом или жжением.

### ***Микоз кистей***

В начале заболевания поражение кожи кистей носит односторонний характер, нередко сочетается с поражением ногтевых пластин и сходными проявлениями на коже стоп.

Основными жалобами при микозе кистей являются сухость и утолщение кожи, шелушение и усиление складок кожи на фоне незначительной гиперемии, субъективно сопровождающиеся зудом.

### ***Микоз стоп***

Начало заболевания обычно остается незамеченным самим больным и характеризуется незначительным шелушением. С течением времени шелушение усиливается и распространяется, занимая значительную площадь стопы и появляется зуд.

В весенне-летний период или при повышенной потливости ног, при ношении влажной обуви в межпальцевых промежутках появляется в начале – незначительная мацерация кожи, сопровождающаяся легким жжением или зудом, а в дальнейшем – формируются глубокие трещины, вызывающие жжение и болезненность.

При отсутствии лечения с течением времени болезненные дефекты разрешаются самостоятельно, но в межпальцевых промежутках может сохраняться шелушение.

На фоне длительно сохраняющегося шелушения кожи стоп на своде или в области пятки в летний период могут возникнуть плотные пузырьки диаметром до 5 мм с прозрачным содержимым, увеличивающиеся в размерах и сливающиеся между собой. Вскрытие пузырьков приводит к образованию эрозий, а экссудат высыхает с образованием пластинчатых коричневых корок. Подобные проявления сопровождаются зудом различной интенсивности, инфильтрацией и отеком кожи.

### ***Микоз ногтей (онихомикоз)***

При грибковом поражении ногтевых пластин основными жалобами является изменение внешнего вида ногтей стоп и кистей. Нередко поражение ногтей развивается на фоне

длительно существующих незначительных изменений кожи стоп и кистей в виде гиперемии и шелушения.

Изменения ногтевых пластин характеризуются потерей блеска, прозрачности, изменением ее цвета, могут появляться участки белого, серого, желтого, а иногда темного цвета, со временем поражающие всю пластину. Структура ногтя также может изменяться – он утолщается, или наоборот истончается, отслаивается, свободный край становится неровным и крошится.

### **Руброфития**

В клинической картине руброфитии стоп различают пять основных форм: сквамозную, сквамозно-гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую и ониомикоз стоп.

*Сквамозная форма* характеризуется наличием шелушения на коже межпальцевых складок, подошв, ладоней, иногда – с наличием мелких поверхностных трещин. В области боковых поверхностей подошв также могут наблюдаться явления десквамации.

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

*Интертригинозная (межпальцевая, опреловидная) форма* клинически сходна с опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Процесс характеризуется гиперемией, отеком, мокнутием и мацерацией, в ряде случаев - пузырьковыми высыпаниями. Нередко образуются эрозии и глубокие и болезненные трещины. Субъективно отмечаются зуд, жжение, болезненность в очагах поражения.

*Дисгидротическая форма* проявляется многочисленными пузырьками с толстой покрывкой. Преимущественная локализация – свод стопы, а также межпальцевые складки и кожа пальцев; сливаясь, они образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета. Высыпания располагаются на неизмененной коже. При развитии процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи, что придает этой разновидности сходство с острой дисгидротической экземой.

У детей поражение гладкой кожи на стопах характеризуется мелкопластинчатым шелушением на внутренней поверхности концевых фаланг пальцев, чаще в 3 и 4 межпальцевых складках или под пальцами, гиперемией и мацерацией. На подошвах кожа может быть не изменена или усилен кожный рисунок, иногда наблюдается кольцевидное шелушение. Заболевание сопровождается зудом. У детей чаще, чем у взрослых, возникают экссудативные формы поражения не только на стопах, но и на кистях.

Онихомикоз стоп при руброфитии преимущественно проявляется поражением всех ногтей. Выделяют *нормотрофический, гипертрофический и атрофический* типы ониомикоза.

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

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

*Атрофический* тип онихомикоза характеризуется значительным истончением, отслойкой ногтевой пластинки от ногтевого ложа с образованием пустот или частичным ее разрушением. Также различают дистальный, дистально-латеральный, белый поверхностный, проксимальный подногтевой, тотальный дистрофический онихомикоз. Руброфития кистей в начале заболевания характеризуется поражением кожи ладоней и носит односторонний характер, может сочетаться с *онихомикозом* кистей. Клинически наблюдаются сухость кожи, утолщение рогового слоя, муковидное шелушение и утрированность кожных борозд. Возникающие очаги на тыле кистей имеют прерывистые края и состоят из узелков, пузырьков, корочек. Инфицирование кистей, гладкой кожи и складок, как правило, происходит из очагов *руброфитии стоп* в результате лимфогематогенного распространения грибов, при аутоинокуляции; в редких случаях возникает первично при экзогенном внедрении грибов. *Руброфития гладкой кожи* чаще наблюдается на ягодицах, бедрах и голених, но может локализоваться на любых участках тела, включая кожу лица. Различают *эритематозно-сквамозную*, *фолликулярно-узелковую* и *инфильтративно-нагноительную* формы. Для *эритематозно-сквамозной* формы руброфитии характерно наличие розовых или красно-розовых с синюшным оттенком пятен округлых очертаний, имеющих четкие границы. На поверхности пятен обычно присутствуют мелкие чешуйки, по их периферии проходит прерывистый валик, состоящий из сочных папул. Нередко папулы бывают покрыты мелкими пузырьками и корочками. Пятна изначально небольшие, склонны к центробежному росту и слиянию друг с другом, при этом они образуют обширные очаги с фестончатыми очертаниями, занимающие обширные области кожного покрова.

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

*Инфильтративно-нагноительная* форма руброфитии встречается довольно редко, в основном у детей на волосистой части головы. По клиническим проявлениям она напоминает инфильтративно-нагноительную трихофитию, вызванную зоофильными трихофитонами. На месте очагов после их разрешения могут оставаться отдельные атрофические рубчики.

### **Эпидермофития**

Эпидермофития стоп представляет собой поражение стоп, вызываемое *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* (межпальцевым трихофитом). Данный грибковый процесс встречается намного реже и мало отличается от клиники руброфитии. Возбудитель эпидермофитии стоп обладает выраженным алергизирующим действием, поэтому у таких больных чаще возникают *интертригинозные* и *дисгидротические* формы заболевания, сопровождающиеся вторичными высыпаниями (микидами). Возможно развитие эритемы, отека, обильной десквамации с образованием эрозий и язв, присоединением вторичной инфекции, вызванной грамотрицательными бактериями. Такой процесс сопровождается региональным (пахово-бедренный) лимфаденитом, лимфангитом и общими симптомами: лихорадкой, недомоганием. В начале заболевания наблюдается поражение складки между 3 и 4-м пальцами стопы, с переходом на верхнюю треть подошвы, свод, боковые поверхности стопы и пальцев. Онихомикоз стоп, обусловленный *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale* характеризуется поражением ногтевых пластин I и V пальцев стоп, при этом могут

наблюдаться дистальный, дистально–латеральный и проксимальный тип измененных ногтей. Чаще выявляются поверхностные формы ониомикоза, однако у одного больного могут встречаться комбинированные формы ониходистрофий аналогичных руброфитийным онихиям.

Эпидермофития паховая характеризуется появлением на коже паховых областей, внутренних поверхностях бедер, мошонке, реже – в межъягодичной складке, а также в подмышечных и складках под молочными железами шелушащихся розовых пятен. Воспалительные элементы составляют до 1 см в диаметре, постепенно разрастаются по периферии, при этом воспалительные явления в центре могут разрешаться. Формируются крупные (до 10 см в диаметре) кольцевидные пятна красного цвета, образующие при слиянии фестончатые очаги. Границы очагов резкие, подчеркнуты отечным ярким гиперемизированным воспалительным валиком с пузырьками и мелкими пустулами на его поверхности. Субъективно высыпания характеризуются зудом.

### **Кандидоз ногтей и ногтевых валиков**

*Клиническая картина кандидозного ониомикоза* обычно представлена проксимальной формой, реже – дистальной.

*Проксимальная* форма представлена желтовато-коричневой или буровой ногтевой пластиной, с участком выраженной ломкости, что приводит к образованию обрезанного сбоку края ногтя (*проксимально-латеральный вариант*). Процесс сочетается с явлениями паронихии, когда может наблюдаться флюктуация и гнойное отделяемое при пальпации воспалённого ногтевого валика.

*Дистальная* форма кандидозного ониомикоза проявляется изменением окраски, гиперкератозом и последующим лизисом ногтевой пластине со свободного (дистального) края.

*Дифференциальная диагностика* кандидозных поражений ногтей проводится с онихиями и паронихиями бактериальной природы, у пациентов с экземой и псориазом.

### **Плесневые ониомикозы**

*Клиническая картина плесневого ониомикоза* чаще представлена *дистальной формой*, наблюдаемой у пожилых людей, уже страдающих онихопатиями стоп различного генеза, как грибковой, так и не грибковой природы. Это – так называемый *вторичный ониомикоз*. При этом ногтевая пластина приобретает различную окраску в зависимости от плесневого возбудителя, вызвавшего данную патологию: чёрную, зеленовато-желтую или серую. Это зависит от пигментообразовательной деятельности грибов и частой их ассоциации с бактериями и дрожжеподобными грибами. В дальнейшем нижняя часть ногтя разволокняется, верхняя - утолщается. Развивается выраженный ониомикоз, ноготь деформируется, нередко изменяется по типу онихогрифоза. Чаще всего поражаются ногтевые пластины больших пальцев стоп. *Проксимальная* форма ониомикоза с паронихией или без неё, вызываемая плесневыми грибами встречается намного реже.

## **3. Диагностика микоза стоп и кистей**

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

### **3.1. Диагностика микоза стоп, кистей, туловища и ногтей осуществляется на основании клинических проявлений заболевания и лабораторных исследований**

#### **Физикальное обследование:**

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

- объективные клинические проявления микозов кистей, стоп, туловища и ногтей, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».
- микроскопическое исследование поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.
- Для определения вида возбудителя **рекомендуется** культуральное исследование и методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) с использованием тест-систем, разрешенных к применению в Республике Узбекистан.
- При назначении системных антимикотических препаратов **рекомендуется** проведение биохимического исследования сыворотки крови для определения уровня билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочной фосфатазы, глюкозы, УЗИ внутренних органов, определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови
- В случае резистентных форм при длительном лечении препаратом тербинафин определение тербинафин-резистентности методом ПЦР
- При резистентных к терапии формах онихомикоза **рекомендуется** проведение ультразвукового исследования поверхностных и глубоких сосудов.
- Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР; Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
- Консультация смежных специалистов (эндокринолог, сосудистый хирург и др.)
- При наличии осложнений (аллергических высыпаний) иммуноглоблин Е методом ИФА, ИХЛА
- При наличии осложнения бактериальной флорой рекомендуется бактериологическое исследование с выявлением чувствительности к антибиотикам
- Иммунологические исследования
- Гистологическое исследование
- Инструментальные методы исследования: Дерматоскопия, осмотр под лампой Вуда

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

### 3.2. Дифференциальная диагностика

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

Дифференциальный диагноз руброфитии проводят с псориазом, себорейным дерматитом, экземой, красным плоским лишаем, герпетическим дерматитом Дюринга, красной волчанкой, лимфомой кожи.

Микоз стоп, микоз ногтей стоп (кистей)	Заболевание кожи стоп (кистей), ногтей негрибковой этиологии
Микоз стоп (кистей), вызванный <i>T. Rubrum</i> .	Ладонно-подошвенный псориаз Изолированные или сливающиеся папулы и бляшки, очаги в виде гиперкератоза с болезненными

<p>На коже стоп и/или ладоней муковидное, кольцевидное или пластинчатое шелушение, очаги гиперкератоза</p>	<p>трещинами на коже ладоней и/или подошв</p> <p><b>Пустулезный псориаз ладоней и подошв</b></p> <p>На коже ладоней и/или подошв имеются сгруппированные пустулы на фоне нормальной или гиперемированной кожи. На месте подсохших пустул образуются корки желтого или темно-коричневого цвета. Высыпания могут распространяться на проксимальные фаланги пальцев; как правило, симметричные. Субъективно: зуд и болезненность. Течение хроническое.</p>
<p><b>Микоз стоп, вызванный T. var. interdigitale (дисгидротическая форма)</b></p> <p>Пузырьки и пузыри в области сводов, по наружному и внутреннему краю стоп, иногда в межпальцевых складках. Пузырьки вскрываются с образованием эрозий. При присоединении вторичной инфекции возникают пустулы, лимфадениты, лимфангиты, вторичные аллергические высыпания на боковых и ладонных поверхностях пальцев кистей, на ладонях, предплечьях, голених. Микоз возникает остро, затем приобретает хроническое течение с обострением в весенне-летнее время</p>	<p><b>Экзема дисгидротическая</b> Мелкие, плотные на ощупь пузырьки на боковых поверхностях пальцев кистей и/или стоп, иногда на коже ладоней и подошв, они могут вскрываться с образованием мелких эрозий или ссадин или подсыхают с образованием желтых корочек. В дальнейшем возникают очаги поражения с четкими границами. Субъективно: сильный зуд. Течение длительное</p>
<p><b>Микоз ногтей</b></p> <p>Нормальная конфигурация ногтей, но они тусклые, с желтоватым оттенком, утолщение у дистального края в углах пластины или по всей поверхности за счет скопления роговых масс (нормотрофическая форма), ногти могут быть деформированы, грязно-серого цвета, При псориазе Онихолизис или утолщение ногтей за счет подногтевого гиперкератоза; наперстковидная истыканность пластин с шелушением в ямках; уплотнение кожи валика у измененного дистального края пластины. 27 разрыхлены у дистального края (гипертрофическая форма) или ногтевая пластина значительно разрушена, ложе покрыто рыхлыми роговыми массами</p>	<p><b>При экземе</b></p> <p>Ногти на пальцах кистей или стоп неровные за счет образования поперечных борозд, размягчаются, отслаиваются у дистального края. Задний ногтевой валик утолщен, может отсутствовать эпонихион, воспалительные явления незначительные.</p> <p><b>При красном плоском лишае</b></p> <p>В центре ногтевой пластины глубокая трещина или продольные гребешки и трещины, подногтевой гиперкератоз, у дистального края пластины обламываются. Дистрофия ногтей неясной этиологии • внезапное возникновение, монотонность течения, часто вовлечение в процесс</p>

(атрофическая форма) или ногтевые пластины отделяются от ложа, становятся тусклыми, иногда грязно-серого цвета, у матрикса нормальной окраски (поражение по типу онихолизиса)	одновременно всех пластин пальцев кистей и стоп, симметричное • изменение ногтей в виде наперстковидной истыканности
---	--

#### 4. Лечение

[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>

**Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.**

Таблица 1

#### Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения)

<b>Наружная терапия</b>		
1. Антимикотические препараты для наружного применения		
<i>МНН препарата</i>	<i>Форма выпуска</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Изоконазол	крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 4 недель	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 1-2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	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> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578</a>
Клотримазол	мазь, крем, раствор, 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	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> <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/258">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/258</a>

Тербинафин	крем, спрей, дермгель 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016</a>
Тербинафин	раствор однократно наружно на обе стопы на 24 часа	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Миконазол	крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Нафтифин	крем, раствор 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/719">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/719</a>
Оксиконазол	крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 4 недель	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/785">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/785</a>
Сертаконазол	крем 2% 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Циклопирокс	крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Ундециленовая кислота + Ундециленат цинка	мазь 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Эконазол	крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Бифоназол	крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 5 недель	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>

	(при поражении ногтевых пластинок: раствор, крем 1% 1 раз в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей)	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123</a>
Борная кислота, раствор 2%	2–3 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Бриллиантов ый зеленый, водный раствор 1%	1–2 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Раствор йода 5%	1–2 раза в сутки наружно в течение 5-10 дней	C <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Повидон йод 10%	1–2 раза в сутки наружно в течение 5-10 дней	C <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Резорцин, раствор 1-2%	1–2 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Фукорцин, раствор	1–2 раза в сутки наружно в течение 2-3 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
миконазол + мазипредон	2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
изоконазол нитрат + дифлукортоло н валерат	2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
клотримазол + бетаметазон, крем	2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней .	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
натамицин + неомицин + гидрокортизо н крем	2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
бетаметазон дипропионат + гентацимин сульфат + клотримазол, мазь, крем	2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>

гидрокортизон + окситетрациклин, аэрозоль	2-3 раза в сутки наружно в течение 1-3 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Соединения с мочевиной (пластырь 20%, крем-паста 40%)	до полного удаления инфицированных участков ногтей	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Нафтифин, крем, раствор	2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей	B <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Циклопирокс, крем, раствор	2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/227">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/227</a>
Циклопирокс оламин, лак для ногтей 8%	через день наружно в течение 1 месяца, 2 раза в неделю - в течение второго месяца, 1 раз в неделю - в течение третьего месяца и до отрастания здоровых ногтей (но не менее 6 месяцев).	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/d01ae14">https://www.vidal.ru/drugs/atc/d01ae14</a>
Аморолфин, лак для ногтей 5%	1-2 раза в неделю наружно в течение 6–8 месяцев при поражении ногтей на кистях и в течение 9–12 месяцев при поражении ногтей на стопах	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/61">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/61</a>
<b>Системная терапия</b>		
При неэффективности наружной терапии назначают антимикотические препараты системного действия:		
Итраконазол	200 мг в сутки перорально после еды в течение 7 дней, затем 100 мг в сутки перорально после еды в течение 1-2 недель  (при поражении ногтей: 200 мг 2 раза в сутки перорально после еды в течение 7 дней, повторный курс - через 3 недели, в течение 2-3 месяцев при микозе ногтей кистей и в течение 3-4 месяцев при микозе ногтей стоп)	A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  A <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>
Тербинафин	250 мг в сутки перорально после еды в течение 3–4 недель	A

	(при поражении ногтевых пластинок: 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды в течение 2- 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 3–4 месяцев при онихомикозе стоп)	<a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016</a>
Флуконазол	150 мг перорально после еды 1 раз в неделю не менее 3–4 недель  (при поражении ногтевых пластинок: 150 мг 1 раз в неделю перорально после еды до полного отрастания здоровых ногтей. Флуконазол эффективен при онихомикозе кистей и стоп без поражения матрикса)	В <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/414">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/414</a>
Кетоконазол	при поражении ногтевых пластинок: 400 мг 1 раз в сутки в первый день терапии, далее - 200 мг 1 раз в сутки перорально после еды до полного отрастания здоровых ногтей	С <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/578</a>

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица 2

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

<i>МНН препарата</i>	<i>Форма выпуска</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Цетиризин 10 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%">https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%</a>

		<a href="#">A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD</a>
Лоратадин 10 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547">https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547</a>
Левоцитеризин 5 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3">https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3</a>
Дезлоратадин 5 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine">https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine</a>
Биластин 10 и 20 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473</a>
Эбастин 10 и 20 мг	1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352</a>
Кальция глюконат, раствор 10%	5–10 мл 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10–15 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>  <a href="https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914">https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914</a>
Натрия тиосульфат, раствор 30%	5 -10 мл 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней	D <a href="https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf">https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tu_lovishcha.pdf</a>

		<a href="https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447">https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447</a>
Эссенциальные фосфолипиды	<p>в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1.</p> <p>При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения</p> <p>Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.</p>	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447">https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447</a></p>
Оксиматрин	<p>в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день</p> <p>внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).</p>	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a></p>
Антраль	<p>внутри после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием</p> <p>детям 4-10 лет - по 100 мг на прием</p>	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c">https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</a></p>
Цианокобаламин (Витамин В12)	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a></p>
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a></p>
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	<p>Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.</p> <p>В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.</p>	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a></p>
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	<p>в/м (глубоко)</p> <p>Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей</p>	<p>C</p> <p><a href="https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922</a></p>

	переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	
Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут. Внутри взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922</a>
Витамин А + Е	внутри после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922</a>
Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922</a>
Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутри, в/м, в/в Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922</a>
Холекальциферол	Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(ОН)D <20 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутри - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутри - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутри - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутри Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(ОН)D ≥20 и <30 нг/мл) - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутри - 200 000 МЕ однократно внутри - 150 000 МЕ однократно внутри - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутри Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутри - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутри	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922">https://www.vidal.ru/drugs/pha-rm-group/922</a>
Экстракт алоэ	Подкожно. Ежедневно по 1 мл (максимальная суточная доза 3 - 4 мл),	С

	детям до 5 лет—0,2-0,3 мл, старше 5 лет—0,5 мл. Курс 30-50 инъекций, повторные курсы лечения проходят после двух-, трёхмесячного перерыва.	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Стекловидное тело	Вводят под кожу по 2 мл ежедневно. Повторение курса лечения рекомендуется через один месяц или позднее. Продолжительность курса лечения определяется индивидуально.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750</a>
Рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	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 пранобекс	внутри, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Меглюмина акридоната	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 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	Внутри 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>

	недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.	
Гидроксизин	Внутрь. По 12.5-50мг/сут Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг. У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить в 2 раза. Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>
Валерианы экстракт	Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет - по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды. Длительность терапии составляет 2-4 недели. Проведение повторных курсов лечения возможно по назначению врача.	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	Внутрь, по 1 таб. 3 раза/сут после еды. Курс лечения - 25-30 дней. Целесообразность проведения повторных курсов определяется врачом.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622">https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</a>

**Примечание:** Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

### **Показания для госпитализации**

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- интертригинозная, дисгидротическая формы; при распространенном процессе с поражении крупных складок и/или гладкой кожи и/или ногтевых пластинок
- тяжелая сопутствующая патология

## **Особые ситуации**

- тербинафин (С) детям с массой тела более 40 кг - 250 мг 1 раз в сутки

перорально после еды; детям с массой тела от 20 до 40 кг - 125 мг в сутки перорально после еды, детям с массой тела менее 20 кг – 62,5 мг в сутки в течение 2-3 мес. при онихомикозе кистей и в течение 3–4 месяцев при онихомикозе стоп.

## **Тактика при отсутствии эффекта от лечения**

В случае отсутствия положительной динамики в клинической картине онихомикоза при системной или комбинированной терапии, проводимой в течение 16 недель, а также при выявлении замедленного отрастания здоровой ногтевой пластинки, рекомендована смена препаратов на антимикотическое лекарственное средство другой фармакологической группы с присоединением медикаментов, стимулирующих рост ногтевой пластины.

У лиц старческого возраста лечение признается нерациональным и больному показана паллиативная наружная терапия, если после смены антимикотического препарата в течение 16 недель вновь не получена положительная динамика в течении клинической картины онихомикоза.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО  
НОЗОЛОГИИ «МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)»**

**Ташкент – 2024**

## 2.1. Введение

Микозы кистей, стоп и туловища – это заболевания, вызываемые патогенными грибами *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida*, поражающими кожу и ее придатки.

### Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию

#### Цели лечения

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

#### Показания для госпитализации

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- интертригинозная, дисгидротическая формы; при распространенном процессе с поражении крупных складок и/или гладкой кожи и/или ногтевых пластинок
- тяжелая сопутствующая патология

#### Схемы лечения

1. Лечение микоза гладкой кожи стоп, кистей и других локализаций.

##### Наружная терапия:

Антимикотические препараты для наружного применения [9, 11, 14, 15]:

<b>В</b>	Рекомендуется изоконазол, крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 4 недель
	или
	- кетоконазол, крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
	или
	- клотримазол, мазь, крем, раствор, 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
	или
- тербинафин, спрей, дермгель 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	
или	
- тербинафин, раствор однократно наружно на обе стопы на 24 часа	
или	
- миконазол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	

	или
	- нафтифин, крем, раствор 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
	или
	- оксиконазол, крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 4 недель
	или
	- сертаконазол, крем 2% 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений
или	
- циклопирокс, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	
или	
- эконазол, крем 2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений	
Или	
-бифоназол, крем 1-2 раза в сутки наружно в течение 5 недель.	

При значительном гиперкератозе в очагах микоза на стопах предварительно производят отслойку рогового слоя эпидермиса с использованием:

<b>В</b>	бифоназола (В) 1 раз в сутки в течение 3-4 дней [9, 11, 14].
----------	--

На первом этапе терапии при наличии острых воспалительных явлений применяют: [9, 11, 14]

<b>D</b>	- бриллиантовый зеленый, водный раствор 1% (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней или
<b>B</b>	– фукорцин, раствор (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней с последующим назначением паст и мазей, содержащих противогрибковые и глюкокортикостероидные лекарственные средства: – миконазол + мазипредон (В) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней или – изоконазол нитрат +

	<p>дифлукортолон валерат (В) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней или – клотримазол + бетаметазон, крем (В) 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней.</p> <p>или – бриллиантовый зеленый, водный раствор 1% (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 1–2 дней</p> <p>или</p> <p>– фукорцин, раствор (D) 1–2 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней с последующим назначением паст и мазей, содержащих противогрибковые и глюкокортикостероидные лекарственные средства:</p> <p>– миконазол + мазипредон 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней</p> <p>или</p> <p>– изоконазол нитрат + дифлукортолон валерат 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней</p> <p>или</p> <p>– клотримазол + бетаметазон, крем 2 раза в сутки наружно в течение 7–10 дней.</p>
--	--

При выраженном мокнутии (в острой фазе) и присоединении вторичной инфекции назначают противовоспалительные растворы в качестве «примочки» и комбинированные антибактериальные препараты [9, 11, 14]:

<b>D</b>	<p>ихтиол, раствор 5–10% 2–3 раза в сутки наружно в течение 2–3 дней</p> <p>или – натамицин + неомицин + гидрокортизон, крем 2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней</p> <p>или</p>
<b>B</b>	<p>– бетаметазон дипропионат + гентамицина сульфат + клотримазол, мазь, крем 2 раза в сутки наружно в течение 3–5 дней.</p>

#### Системная терапия

1. При неэффективности наружной терапии назначают антимикотические препараты системного действия [9, 11, 14, 15]:

<b>A</b>	<p>итраконазол 200 мг в сутки перорально после еды в течение 7 дней, затем 100 мг в сутки перорально после еды в течение 1–2 недель [17]</p> <p>или</p>
<b>B</b>	<p>– тербинафин 250 мг в сутки перорально после еды течение 3–4 недель [15]</p> <p>или</p>

	– флуконазол 150 мг перорально после еды 1 раз в неделю не менее 3– 4 недель [18]
--	---

2. При острых воспалительных явлениях (мокнутие, наличие пузырей) и выраженном зуде применяются антигистаминные препараты:

<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- Лоратадин 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- Левоцетиризин 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- Дезлоратадин 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- Биластин 10 и 20 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- Эбастин 10 и 20 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-15 дней</li> <li>- кальция глюконат, раствор 10% 5–10 мл 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10–15 дней</li> <li>- натрия тиосульфат, раствор 30% 5 -10 мл 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней</li> </ul>
----------	---

**Примечание:**

<b>C</b>	В случае осложнения бактериальной флорой необходимо назначение местных или системных антибактериальных препаратов в зависимости от результатов культурального анализа
----------	---

### **Лечение онихомикозов стоп и кистей**

#### Наружная терапия [9, 11, 14, 15]

При поражении единичных ногтевых пластин с дистального или боковых краев на 1/3–1/2 пластины можно применять только наружные противогрибковые препараты и ногтевых чистки (с применением кератолитических средств или скалера).

<b>C</b>	<p><i>Кератолитические средства:</i>          бифоназол, мазь 1 раз в сутки наружно до полного удаления инфицированных участков ногтей.</p>
----------	---

После удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют один из препаратов:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– кетоконазол, крем 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей</li> <li>или</li> <li>– клотримазол, крем, раствор 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей</li> </ul>
--	--

	или
	– нафтифин, крем, раствор 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей
	или
<b>С</b>	– оксиконазол, крем 1 раз в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей
	или
	– тербинафин, крем 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей
	или
	– циклопирокс, крем, раствор 2 раза в сутки наружно до отрастания здоровых ногтей
	или
<b>С</b>	– бифоназол, раствор, крем 1% 1 раз в сутки наружно в течение до отрастания здоровых ногтей
	или
	– аморолфин, лак для ногтей 5% 1-2 раза в неделю наружно в течение 6–8 месяцев при поражении ногтей на кистях и в течение 9–12 месяцев при поражении ногтей на стопах или – циклопироксоламин, лак для ногтей 8% через день наружно в течение 14 1 месяца, 2 раза в неделю – в течение второго месяца, 1 раз в неделю – в течение третьего месяца и до отрастания здоровых ногтей (но не менее 6 месяцев)

**Комментарии:** Лечение считается законченным при полном клиническом разрешении трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.

#### Системная терапия

При тотальном поражении ногтей назначают системные антимикотические препараты:

<b>А</b>	– итраконазол 200 мг перорально 2 раза в сутки после еды в течение 7 дней, повторный курс - через 3 недели, в течение 2 месяцев при микозе ногтей кистей и в течение 3-5 месяцев при микозе ногтей стоп [20, 21]
	или
<b>С</b>	– кетоконазол 400 мг перорально 1 раз в сутки в первый день терапии, далее – 200 мг 1 раз в сутки после еды до полного отрастания здоровых ногтей (не более 4-х месяцев) [22]
	или
<b>А</b>	– тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 2 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 3-5 месяцев при онихомикозе стоп [23]
	Или

<b>В</b>	– флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю после еды до полного отрастания здоровых ногтей (не более 4-х месяцев). Флуконазол эффективен при онихомикозе кистей и стоп без поражения матрикса.
----------	---

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

<b>С</b>	В случае наличия противопоказаний к назначению системных антимикотиков у больных онихомикозом стоп и/или кистей рекомендована лазерная терапии ногтевых пластинок с применением Q - Switched 1064/532 нм и Nd:YAG: 1064 нм.
----------	---

<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>	НИЛИ Озонотерапия
----------	----------------------

При наличии симптомов, изменений в лабораторно-инструментальных исследованиях назначаются витаминотерапия и ЛС, обладающие гепатопротекторным свойством, выбор препарата, обладающим данными свойствами, определяется врачом.

<b>С</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Эссенциальные фосфолипиды в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.;</li> <li>- Оксиматрин в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день внутрь, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).</li> <li>- Антраль внутрь после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием, детям 4-10 лет - по 100 мг на прием</li> <li>- Аскорбиновая кислота внутрь, в/м, в/в 250-1000мг/сут</li> <li>- Цианокобаламин в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.</li> <li>- Тиамин в/м (глубоко) начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить</li> </ul>
----------	---

на более высокие дозы. Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.

Примечание: Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

### **Особые ситуации**

Лечение детей [9, 11, 14, 15]

**С**

– тербинафин детям с массой тела более 40 кг – 250 мг 1 раз в сутки перорально после еды; детям с массой тела от 20 до 40 кг – 125 мг в сутки перорально после еды, детям с массой тела менее 20 кг – 62,5 мг в сутки в течение 2–3 месяцев при ониомикозе кистей и в течение 3–4 месяцев при ониомикозе стоп.

### **Требования к результатам лечения:**

- отсутствие патологических изменений на коже;
- отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы. Первые контрольные лабораторные исследования в процессе лечения ониомикоза кистей проводят через 6 недель и при ониомикозе стоп - через 12 недель после окончания терапии.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО  
НОЗОЛОГИИ «МИКОЗ СТОП (КИСТЕЙ)»**

**Ташкент – 2024**

## 2.1. Введение

Микозы кистей, стоп и туловища – это заболевания, вызываемые патогенными грибами *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida*, поражающими кожу и ее придатки.

### Методы и процедуры профилактики:

Основными направлениями борьбы с микозами стоп являются:

1. Выявление, учет и диспансеризация больных. С целью раннего выявления заболевших проводят массовые профилактические осмотры рабочих промышленных предприятий, спортсменов, учащихся, детских коллективов. Эффективнее такие мероприятия проводить в летнее и осеннее время. У всех лиц, подозрительных на грибковые заболевания, берется материал для лабораторного исследования. После подтверждения диагноза больных ставят на учет и проводят диспансеризацию, привлекая к лечению. Все члены семьи больного подлежат обследованию у дерматолога.

2. Ликвидация путей распространения инфекции. Для этих целей необходим соответствующий санитарно-гигиенический режим в общественных банях, душевых промышленных предприятий, санпропускниках, плавательных бассейнах, спортивных залах, прачечных. Своевременный ремонт, уборка и дезинфекция в них. Использование посетителями индивидуальной банной обуви (пляжных резиновых тапочек). Пользование индивидуальной обувью в семье.

3. Устранение предрасполагающих факторов. Лечение потливости и мацерации стоп (раствором формалина 5–10%; urotropini – 2,0, Alumen 10%– 30,0, Spir.acetilici 960–100,0мл; пастой Теймурова; припудриванием присыпками, содержащими уротропин, танин, салициловую и борную кислоты). Лечение по поводу функциональных нарушений нервной и эндокринной систем, сосудистой патологии, трещин, сухости. Ношение свободной обуви. Устранение неблагоприятных факторов внешней среды (высокой температуры в цехах).

4. дезинфекционная обработка обуви, перчаток 1 раз в месяц до полного излечения: ундециленамидопропилтримониум метосульфат, спрей или хлоргексидина биглюконата, раствор 1% (С) или формалин, раствор 25% (С) или уксусная кислота, раствор 40% .

5. Проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

### ЛИТЕРАТУРА:

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., Schpf 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., Pièrard 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-рф/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/primenenie-lazerov-q-switched-1064-532-nm-i-nd-yag-1064-nm-v-lechenii-onihomikozov-stop>