

Алгоритмы топической терапии микозов на ежедневном приеме дерматолога

Л.В. Силина, <https://orcid.org/0000-0001-7792-3290>, si11ar@mail.ru

Курский государственный медицинский университет; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Резюме

В статье обсуждается актуальность вопросов увеличения числа часто встречающихся микозов на приеме врача дерматовенеролога, причин их возникновения, трансформации течения и применения этиологического эффективного лечения. Описаны механизмы развития различных микозов в зависимости от их этиологии, указаны коморбидные нарушения, сопутствующие микозам, указаны особенности клинической картины в зависимости от этиологического фактора и места локализации. В статье сделаны акценты на причины заражения человека грибковыми инвазиями, условия и многочисленные контактные пути. К современным особенностям течения грибковых болезней кожи следует отнести такие особенности, как формирование биопленок в очагах поражения, многоочаговость поражения, распространенность патологического процесса, частое формирование гранулем, фолликулов, возникновение многочисленных микидов, а также низкую вирулентность дерматофитов. В публикации рассмотрены различные клинические случаи соматически здоровых пациентов, страдающих различными микозами, вызванными вариантными факторами, с локализацией патологического процесса в различных местах. По назначению врача пациенты применяли традиционные схемы терапии, состоящие из наружного/топического лечения и общей терапии, строго в соответствии с клиническими рекомендациями – использование высокоактивных противогрибковых препаратов широкого спектра действия с фунгицидной, фунгистатической, антибактериальной, противовоспалительной и противозудной активностью. Указанные свойства обеспечивают низкую вероятность развития устойчивости микроорганизмов или рецидивов при лечении наружными формами противогрибковых наружных препаратов. По окончании курса лечения пациенты отмечали значительное улучшение состояния кожи в виде минимизации проявлений заболевания, исчезновения кожных высыпных элементов, зуда кожи, ликвидации эксфолиации.

Ключевые слова: микозы, дерматофитии, микроспория, отрубевидный (разноцветный) лишай, топическая терапия, сертаконазол

Для цитирования: Силина ЛВ. Алгоритмы топической терапии микозов на ежедневном приеме дерматолога. *Медицинский совет*. 2024;18(14):7–12. <https://doi.org/10.21518/ms2024-284>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

Algorithms for topical therapy of mycoses at the daily appointment of a dermatologist

Larisa V. Silina, <https://orcid.org/0000-0001-7792-3290>, si11ar@mail.ru

Kursk State Medical University; 3, Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia

Abstract

This article discusses the immediacy of the problem of rising incidence of common mycoses that dermatovenerologists deal with at outpatient visits, the reasons for their occurrence, conversion from one course of the disease to another and the use of etiological effective treatments. The author described the mechanisms of development of different mycoses according to their etiology, comorbid disorders accompanying mycoses and the features of the clinical picture based on etiological factors and sites of infection. The article places special emphasis on the reasons for infection with fungal invasions in humans, conditions and numerous contact routes. Modern features of the course of fungal skin diseases include formation of biofilms in the sites of infection, multicentricity, extension of the pathological process, frequent formation of granulomas, follicles, occurrence of numerous mycoides, as well as the low virulence of dermatophytes. The publication also presents various clinical cases of somatically healthy patients suffering from various mycoses caused by variant factors, which have pathological processes located in different sites. According to the doctor's prescription, patients used conventional treatment regimens that included external/topical treatment and general therapy, strictly in accordance with clinical guidelines – the use of highly active broad-spectrum antifungal drugs with fungicidal, fungistatic, antibacterial, anti-inflammatory and antipruritic action. These properties ensure a low probability resistance of microorganisms or relapses during treatment with topical dosage forms of antifungal drugs for cutaneous application. Upon completion of the course of treatment, patients reported a significant improvement in their skin condition resulting in minimization of disease symptoms, disappearance of skin rashes, skin itching, and elimination of exfoliation.

Keywords: mycoses, dermatophytosis, microsporia, pityriasis, topical therapy, sertaconazole

For citation: Silina LV. Algorithms for topical therapy of mycoses at the daily appointment of a dermatologist. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(14):7–12. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-284>.

Conflict of interest: the author declare that there is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

По многочисленным данным литературы и статистических исследований, следует отметить тот факт, что за последние десятилетия повсеместно отмечается рост заболеваемости грибковыми инфекциями [1, 2]. Самыми распространенными считаются поверхностные дерматомикозы – обширная группа заболеваний, поражающих кожу и ее придатки: это микозы кожи, ногтей, волос, вызванные различными видами грибов-дерматофитов (дерматомицетами). Дерматофиты считаются основной причиной микозов гладкой кожи, за исключением микозов кожи кистей рук. Кроме того, следует отметить тот факт, что течение самой грибковой инфекции в настоящее время претерпевает выраженные изменения различного рода: меняются приоритетные места расположения их типичных локализаций, положительный ответ на проводимую эффективную ранее терапию, стандартные лабораторные результаты, как микроскопические, так и культуральные/наличие микст-инфекции и мн. др. К современным особенностям течения грибковых болезней кожи следует отнести такие особенности, как формирование биопленок в очагах поражения, многоочаговость поражения, распространенность патологического процесса, частое формирование гранул, фолликулов, возникновение многочисленных микидов [2].

Низкая вирулентность дерматофитов – еще одна особенность возбудителей поверхностных микозов кожи. При возникновении ряда объективных и субъективных причин нарушается существующее равновесие между микробиотой организма и самим макроорганизмом. Причинами этих нарушений могут быть [3]:

- нарушение целостности кожного покрова (травмы, нанесение татуировок, косметические процедуры, самоповреждения);
- проникновение грибов в кожу способствует нарушение целостности кожи (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.;
- генетически обусловленная предрасположенность;
- первичные и вторичные иммунодефицитные состояния, заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет, ожирение), следствие заболеваний крови, а также при использовании антибактериальных, кортикостероидных и цитостатических препаратов;
- перенесенные в недавнем прошлом вирусные заболевания с тяжелым течением;
- нарушение самих свойств кожи – нестабильность рН-реакции и процесс ороговения (себорея, ихтиоз, фолликулярный кератоз).

Все вышеперечисленные причины в дальнейшем способствуют нарушению кожного микробиома с преобладанием в нем транзитных и патогенных агентов, появлением микст-сообществ, что вызывает их избыточную колонизацию на коже, а затем инвазию и возникновение патологического процесса.

В соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных микозами, выделяют следующие формы, наиболее часто встречающиеся в практике [4]:

- дерматофития волосистой части головы и бороды включает в себя поражения при поверхностных и глубоких (инфильтративно-нагноительных) формах микроспории и трихофитии;
- дерматофития гладкой кожи – поражение гладкой кожи при поверхностной микроспории, трихофитии и руброфитии (зоофильными и антропофильными грибами);
- дерматофития (микоз) крупных складок – это поражение поверхностных слоев кожи при кандидозе и эпидермофитии (геофильными и антропофильными грибами).

Возбудителями микроспории являются грибы рода *Microsporum*, включающие антропофильный *M. ferrugineum*, зоофильный *M. canis (lanosum)* и геофильный *M. gypseum*. Заражение зоофильной микроспорией происходит в основном при контакте с больными животными или через предметы, инфицированные их шерстью. Трихофитию вызывают грибы рода *Trichophyton*. Поверхностную трихофитию вызывают антропофильные грибы *Tr. violaceum* и *Tr. tonsurans* (относящиеся к *Tr. endotrix*); глубокую (инфильтративно-нагноительную) – зоофильные *Tr. mentagrophytes, var. granulosum, Tr. verrucosum* и геофильные *Tr. gypseum* [5].

Наиболее частой причиной микоза кожи туловища, крупных складок кожи, стоп являются дерматофитии (эпидермофития, микроспория, трихофития, руброфития), а также кандидоз [6].

Возбудителем дерматофитий гладкой кожи являются возбудители микроспории и трихофитии (*spp. Microsporum, spp. Trichophyton*), руброфитии (*Tr. rubrum*). Причина микоза крупных складок – возбудители паховых дерматофитий (эпидермофития) *Epidermophyton floccosum* и кандидоза *spp. Candida*. Причиной микоза стоп являются возбудители дерматофитии стоп *Tr. rubrum* (трихофития) и *Tr. mentagrophytes* (эпидермофития). Заражение микотической инфекцией, как правило, происходит через обувь, одежду, предметы быта (маникюрные принадлежности, мыло, мочалки, предметы в бассейне, сауне), при посещении спортивных залов.

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

Сквамозная форма характеризуется наличием эксфолиации на коже межпальцевых промежутков и подошв. Эта форма является дебютной среди всех микозов стоп – на боковых поверхностях подошв также могут наблюдаться явления десквамации/отслаивания эпидермиса разной степени выраженности, с отсутствием или слабовыраженными субъективными ощущениями.

Гиперкератотическая форма проявляется диффузным или очаговым гиперкератозом боковых и подошвенных поверхностей стоп, несущих максимальную функциональную нагрузку. Как правило, пораженные участки кожи имеют слабовыраженную воспалительную окраску и покрыты отрубевидными чешуйками. Шелушение в кожных бороздах создает усиленный рисунок, кожа приобретает

своеобразный «припудренный» вид. Субъективно отмечают сухость кожи, пациентов беспокоит умеренный зуд, несильная болезненность в местах поражения.

При интертригинозной форме поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Для заболевания характерно наличие воспалительной эритемы, отека, мокнутия, мацерации, везикуляции по типу экзематозных дисгидротических эфлоресценций. Нередко образуются эрозии, покрытые серым налетом, глубокие болезненные трещины с отслаивающимся по периферии эпидермисом. Субъективно отмечают зуд, жжение, болезненность в очагах поражения.

И наконец, дисгидротическая форма проявляется множественными везикулами с плотной покрывкой, высыпные элементы локализуются на своде стопы, в межпальцевых промежутках и на коже пальцев. Мелкие везикулы путем слияния образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета с наличием бурых корок на поверхности. Высыпания располагаются на неизменной коже. При распространении процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи [6].

Микроспория гладкой кожи представлена отечными (возвышающимися) эритематозными очагами, с четкими границами, округлых или овальных очертаний, покрытыми сероватыми чешуйками, – эритематозно-сквамозная форма зоофильной микроспории. При антропонозной форме очаги имеют вид «мишени» (iris) с наличием валика из микроузелков и микровезикул. При периферическом росте появляются новые «окружности». Субъективные ощущения отсутствуют или больных беспокоит умеренный зуд.

Говоря о большой частоте встречаемости микозов у населения, нельзя не упомянуть и такое широко распространенное грибковое заболевание кожи, как отрубевидный/разноцветный лишай, относящийся к группе кератомикозов. Разноцветный (отрубевидный) лишай является поверхностной хронической грибковой инфекцией. Частота встречаемости данного дерматоза колеблется от 5 до 10% в умеренном климате и до 40–50% – в тропиках и субтропиках в связи с теплым климатом и повышенной влажностью. Возбудителем заболевания являются дрожжевые грибы рода *Malassezia* – комменсалы на коже человека, являющиеся частью ее нормальной микрофлоры. Установлено, что около 90% здоровых людей являются носителями сапрофитной формы гриба. Возбудителями разноцветного лишая являются диморфные липофильные дрожжи рода *Malassezia* – представители типичной кожной микрофлоры. Наиболее часто обнаруживаются *Malassezia globosa*, *M. sympodialis* и *M. furfur*, реже – *M. slooffiae*, *M. restricta* и *M. obtusa*. Именно они могут вызвать поражение кожи у людей. При определенных условиях, например гипергидрозе, когда происходят изменения состава пота, гиперсекреция сальных желез, нарушение эксфолиации рогового слоя эпидермиса, широкое применение антибиотиков, стероидов и др., комменсальные дрожжи трансформируются в патогенную мицелиальную форму [7].

В последние годы число больных отрубевидным/разноцветным лишаем увеличилось, что связано с усилением патогенных свойств возбудителя, появлением устойчивых

бактериально-грибковых ассоциаций, учащением количества пациентов сотягощенной коморбидной патологией (иммунодефицитными состояниями, эндокринными и судистыми заболеваниями), изменяющимися социальными условиями жизни людей, трансформациями климата. Кроме того, следовало бы отметить, что часто пациенты нерационально ухаживают за кожей, используя косметические средства неэффективно или поддаваясь рекламе, советам друзей. Все эти факторы изменяют pH кожи, тем самым создавая благоприятные условия для роста и размножения дрожжевой грибковой флоры. Клиническая картина отрубевидного лишая представляет собой высыпания, чаще всего локализующиеся на коже груди, верхней части спины, плеч, задней и боковой поверхности шеи, волосистой части головы. Типичная сыпь при отрубевидном лишае – это нерезко очерченные светлые или темные пятна диаметром от 3 до 5 мм, круглой или овальной формы, без воспалительных явлений с цветом от розового до коричневого. Пятна чаще множественные, сливаются с образованием крупных полигональных очагов. На поверхности пятен при поскабливании определяются мелкопластинчатые отрубевидные чешуйки (симптом скрытого шелушения, симптом Бенье – Мещерского). После загара в результате усиления эксфолиации в очагах поражения остаются депигментированные участки кожи. Высыпания часто выглядят гиперпигментированными на более светлых типах кожи и гипопигментированными на темной или загорелой коже [7]. Разноцветный лишай, как правило, протекает без субъективных ощущений, у некоторых пациентов наблюдается легкий зуд. Симптомы могут усиливаться в жаркую погоду. Наибольшую обеспокоенность у пациентов, обращающихся за медицинской помощью, вызывает неприятный косметический вид кожи [8–10].

Следует отметить, что, несмотря на большое количество различных схем лечения (системные и топические антимикотические препараты), заболеваемость микозами остается на высоком уровне, при этом она напрямую коррелирует с частыми рецидивами, что, как правило, обусловлено несоблюдением схем лечения и реинвазией. Для лечения микозов стоп преимущественно используются топические препараты разных фармакологических групп (азолы, полиеновые антибиотики, аллиламины и др.). Топические антимикотики могут оказывать фунгистатическое или фунгицидное действие. Фунгистатическое действие характеризуется ингибированием механизмов синтеза, направленных на построение биоматериала новых микотических элементов в результате размножения грибов. Такими механизмами характеризуются ингибиторы синтеза эргостерина. В случае же фунгицидного эффекта действие препарата направлено непосредственно на структуру клетки самого гриба или включения в процесс ее жизнедеятельности. К препаратам, нарушающим синтез эргостерина, относятся азолы и аллиламины. Наибольшую перспективу для топической терапии имеют препараты с комплексным механизмом действия – фунгистатическим, фунгицидным и дополнительными действиями против микозов. Сертаконазол – молекула нового поколения с двойной прогрессивной передовой структурой среди других топических антимикотических препаратов

азолового ряда, производное имидазола и бензотиафена с широким спектром действия против 150 возбудителей дерматофитии и 110 штаммов *Candida*, *Malassezia* и др. Именно двойная структура позволяет сертаконазолу проявлять 5 действий: фунгицидное, фунгистатическое, антибактериальное, противовоспалительное, противозудное. Показано, что сертаконазол подавляет синтез эргостерола, основного компонента мембран грибковых клеток, что ведет в дальнейшем к увеличению проницаемости мембраны клеток гриба и впоследствии к его гибели. Устойчивое инновационное строение молекулы сертаконазола позволяет преодолевать перекрестную устойчивость основных возбудителей микозов. Таким образом, высокая антимикотическая активность сертаконазола сохраняется в отношении клинических изолятов дерматофитов со сниженной чувствительностью к другим азолам. Для сертаконазола характерно быстрое начало действия спустя 10 мин, пролонгация действия (до 48 ч), а защитный эффект может сохраняться в течение 2 нед. после отмены терапии, что очень важно для профилактики повторного инфицирования и снижения риска развития рецидивов после проведенного курса лечения. Также следует отметить, что одной из актуальных проблем применения антимикотических препаратов является резистентность, в т. ч. перекрестная, которая может служить причиной неэффективности терапии и развития рецидивов заболевания. Доказано, что комплексная молекула сертаконазола позволяет преодолевать перекрестную резистентность основных возбудителей микозов, антимикотическая активность сертаконазола сохраняется в отношении клинических изолятов дерматофитов со сниженной чувствительностью к другим азолам [3, 11]. Таким образом, на сегодняшний день сертаконазол является одним из самых высокоэффективных и безопасных препаратов для топической терапии микозов, используемых в рутинной практике врачей-дерматовенерологов. В России в рамках программы импортозамещения АО «Акрихин» разработал и выпустил в продажу современный антимикотический лекарственный препарат для терапии микозов гладкой кожи и разноцветного лишая – 2% сертаконазол крем под торговым наименованием Акримиколь с эмоментной увлажняющей, успокаивающей и смягчающей основой.

Для демонстрации эффективности применяемого противогрибкового лечения сертаконазолом рассмотрим клинические примеры пациентов, обратившихся к автору публикации в последние три месяца.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

На приеме врача-дерматолога – пациент Т., 18 лет, с жалобами на высыпания пятнистого характера в правой подмышечной области, слабый зуд.

Анамнез заболевания: болен в течение двух недель, когда впервые появились шелушащиеся высыпания

пятнистого характера в правой подмышечной области. Самостоятельно не лечился, приехав домой (находился в поездке на спортивных соревнованиях), обратился к врачу-дерматовенерологу. Ранее, шесть месяцев назад, аналогичные высыпания отмечал в паховой области, использовал мази, назначенные врачом спортивной команды, результат был успешным. Анамнез жизни: общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Аллергоанамнез не отягощен, вредных привычек нет. Перенесенные заболевания – детские инфекции. Занимается волейболом в течение нескольких лет.

При исследовании объективного статуса патологических проявлений не выявлено. Дерматологический статус: в правой подмышечной области и на теле определяются эритематозные высыпания воспалительного характера, слабешелушащиеся, которые образуют очаг с четкими контурами, склонными к периферическому росту. Краевая зона очага, покрытая чешуйками и корочками, в виде непрерывного валика незначительно выступает над его центром и окружающей кожей. Придатки кожи не изменены, периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При лабораторном исследовании общий анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови на билирубин и трансаминазы, сифилис, ВИЧ – без патологии. При микроскопии чешуек эпидермиса и культуральном исследовании выявлен грибок *Epidermophyton floccosum*. Пациенту был поставлен диагноз «Микоз туловища B35.4».

Назначено топическое лечение препаратом сертаконазол 2% крем (Акримиколь) дважды в день в течение четырех недель с полным клиническим выздоровлением и повторным отрицательным лабораторным исследованием через месяц после окончания лечения на наличие выделенного гриба.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

На приеме пациентка М., 26 лет, с жалобами на высыпания на левом колене в виде отдельных элементов и слившихся очагов, слабый периодический зуд. Анамнез

- **Рисунок 1.** Пациент Т., 18 лет, диагноз «Микоз туловища B35.4» до и после лечения
- **Figure 1.** A 18-year-old patient T. diagnosed with mycosis of the trunk (ICD-10 code B35.4) before and after treatment



До лечения



Через 14 дней терапии

заболевания: больна более шести месяцев, самостоятельно не использовала гормональные мази с минимальным положительным эффектом. Попыток самолечения гормонами было три. Несколько месяцев назад домой с улицы взяла кота, но специальную обработку и обследование животного на инфекции и грибы у ветеринара не проводила. Анамнез жизни: общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Аллергоанамнез неотягощен, вредных привычек нет. Перенесенные заболевания – детские инфекции, страдает хроническим гастритом.

При исследовании объективного статуса патологических проявлений не выявлено. Дерматологический статус: в области левого колена определяются эритематозные высыпания воспалительного характера, слабошелушащиеся, которые образуют очаг с контурами, напоминающими концентрические кольца, склонные к периферическому росту, периферические отсеки от основного очага. Придатки кожи не изменены, периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При лабораторном исследовании общий анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови на билирубин и трансаминазы, сифилис, ВИЧ – без патологии. При микроскопии чешуек эпидермиса и культуральном исследовании выявлен грибок *Microsporum canis*, также при исследовании в лампе Вуда выявлено неяркое изумрудно-зеленое свечение. Пациентке был поставлен диагноз «Микроспория гладкой кожи В 35.0».

Назначено топическое лечение 2% сертаконазолом крем (Акримиколь) дважды в день в течение четырех недель с клиническим выздоровлением и повторным отрицательным лабораторным исследованием через месяц после окончания лечения на наличие выделенного гриба. Рекомендовано провести осмотр домашнего животного у ветеринара.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Пациент Р., 20 лет, студент, на приеме у врача-дерматовенеролога с жалобами на пятнистые высыпания в области груди, слабый зуд кожи.

Анамнез заболевания: болен около года, когда начал отмечать периодическое появление пятнистых высыпаний на груди, спине. Самостоятельно не лечился. Активно занимается спортом – ходит в спортзал на силовые тренажеры. Анамнез жизни: общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Аллергоанамнез неотягощен, вредных привычек нет.

Перенесенные заболевания – детские инфекции. Занимается волейболом в течение нескольких лет.

При исследовании объективного статуса патологических проявлений не выявлено. Дерматологический статус – на передней поверхности грудной клетки, на спине – округлые пятна разных цветов – от бледно-розового до кофейного. Поверхность высыпаний покрыта белыми отрубевидными чешуйками, при поскабливании ногтем легко возникает шелушение, причем пластинчатыми чешуйками (феномен удара ногтем, симптом Бенъе). Положителен симптом Бальзера с йодной настойкой. Придатки кожи не изменены, периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При лабораторном исследовании общий анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови на билирубин и трансаминазы, сифилис, ВИЧ – без патологии. При микроскопическом исследовании чешуек выявлен дрожжеподобный грибок *Malassezia furfur*. Исследование в лампе Вуда показало умеренно выраженное

● **Рисунок 2.** Пациентка М., 26 лет, диагноз «Микроспория гладкой кожи В35.0» до и после лечения

● **Figure 2.** A 26-year-old patient M. diagnosed with microsporia of smooth skin (ICD-10 code B35.0) before and after treatment



До лечения



Через 21 день терапии

● **Рисунок 3.** Пациент Р., 20 лет, диагноз «Отрубевидный лишай В36.0» до и после лечения

● **Figure 3.** A 20-year-old patient R. diagnosed with pityriasis versicolor (ICD-10 code B36.0) before and after treatment



До лечения



Через 14 дней терапии

коричневатое свечение. Пациенту был поставлен диагноз «Разноцветный лишай В36.0». Назначено топическое лечение 2% сертаконазолом крем (Акримиколь) дважды в день в течение четырех недель с клиническим выздоровлением и повторным отрицательным лабораторным исследованием через месяц после окончания лечения на наличие выделенного гриба.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании приведенных клинических примеров можно сделать следующие выводы:

■ Сертаконазол является высокоактивным противогрибковым препаратом широкого спектра действия с фунгицидной, фунгистатической, антибактериальной, противо-

воспалительной и противозудной активностью. Указанные свойства обеспечивают низкую вероятность развития устойчивости микроорганизмов или рецидивов при лечении наружными формами сертаконазола.

■ Акримиколь крем может быть препаратом первой линии в терапии микозов гладкой кожи и разноцветного лишая, в т. ч. рецидивирующих, ассоциированных с аллергией и воспалительными формами данной инфекции.

Широкое внедрение в рамках программы импортозамещения доступного препарата Акримиколь обогатит практический опыт дерматовенерологов и будет способствовать развитию отечественной медицинской микологии.



Поступила / Received 15.05.2024

Поступила после рецензирования / Revised 15.06.2024

Принята в печать / Accepted 15.06.2024

Список литературы / References

- Martinez-Rossi NM, Peres NTA, Bitencourt TA, Martins MP, Rossi A. State-of-the-Art Dermatophyte Infections: Epidemiology Aspects, Pathophysiology, and Resistance Mechanisms. *J Fungi (Basel)*. 2021;7(8):629. <https://doi.org/10.3390/jof7080629>.
- Koçınaj AF, Kotori MG, Koraqi A, Fida M. Dermatomycosis Frequency and Localization Sites. *Med Arh*. 2015;69(1):58–59. <https://doi.org/10.5455/medarh.2015.69.58-59>.
- Круглова ЛС, Майоров РЮ. Микозы кожи: вопросы эффективной терапии. *Медицинский алфавит*. 2022;1(27):24–28. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-27-24-28>.
Kruglova LS, Mayorov RYu. Mycoses of the skin: Issues of effective Therapy. *Medical Alphabet*. 2022;1(27):24–28. (In Russ.) <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-27-24-28>.
- Сергеев ВЮ, Сергеев АЮ. Дерматофитии: новое в диагностике, терапии и профилактике наиболее распространенных микозов человека. *Consilium Medicum*. 2008;1(1):30–35.
Sergeev VYu, Sergeev AYU. Dermatophytosis: New in the diagnosis, therapy and prevention of the most common human mycoses. *Consilium Medicum*. 2008;1(1):30–35. (In Russ.)
- Матушевская ЕВ, Свиричевская ЕВ. Топические формы сертаконазола в терапии грибковых заболеваний гладкой кожи. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014;90(5):106–111. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2014-90-5-106-111>.
Matushevskaya EV, Svirshchetskaya EV. Topical forms of sertaconazole in the treatment of fungal infections of the skin. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2014;90(5):106–111. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2014-90-5-106-111>.
- Свиричевская ЕВ, Матушевская ЕВ, Иванова МА, Владимирова ЕВ, Матушевская ЮИ. Эпидемиология, лечение и профилактика поверхностных микозов кожи. *Медицинский совет*. 2024;5(5):222–228. <https://doi.org/10.21518/ms2024-156>.
Svirshchetskaya EV, Matushevskaya EV, Ivanova MA, Vladimirova EV, Matushevskaya YI. Epidemiology, therapy and prevention of superficial skin mycoses. *Meditsinskiy sovet*. 2024;5(5):222–228. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-156>.
- Малыарчук ТА, Соколова ТВ. Осложненный микоз стоп: тактика его лечения сертаконазолом. *Дерматовенерология и эстетическая медицина*. 2014;1(1):187–188. Режим доступа: <https://irkgmu.ru/src/portfolio/2344.pdf#page=188>.
- Malyarchuk TA, Sokolova TV. Complicated foot mycosis: Tactics of its treatment with sertaconazole. *Dermatovenerologiya va Estetik Tibbiyot*. 2014;1(1):187–188. (In Russ.) Available at: <https://irkgmu.ru/src/portfolio/2344.pdf#page=188>.
- Roujeau JC, Sigurgeirsson B, Korting HC. Chronic dermatomycoses of the foot as risk factors for acute bacterial cellulitis of the leg: a case-control study. *Dermatology*. 2004;209(4):301–307. <https://doi.org/10.1159/000080853>.
- Smolle JH, Kahofer P, Pfaffentaler E. Risk factors for local complications in erysipelas. *Hautarzt*. 2000;51(1):14–18. <https://doi.org/10.1007/s001050050004>.
- Елинов НП, Васильева НВ, Разнатовский КИ. Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков – волос и ногтей. *Проблемы медицинской микологии*. 2008;10(1):27–34. Режим доступа: <https://mycology.szgm.ru/vypuski-zhurnala-problemy-meditinskoj-mikologii>.
Yelinov NP, Vasilyeva NV, Raznatovsky KI. Dermatomycoses, or superficial mycoses of skin and its appendages – hairs and nails. Laboratory diagnosis. *Problems in Medical Mycology*. 2008;10(1):27–34. (In Russ.) Available at: <https://mycology.szgm.ru/vypuski-zhurnala-problemy-meditinskoj-mikologii>.
- Соколова ТВ, Росель К. Выбор рационального подхода к терапии микозов кожи – основа эффективности лечения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(2):17–26. <https://doi.org/10.17116/klinderma201817217-26>.
Sokolova TV, Rassel K. The development of a rational approach to the therapy of fungal skin infections as the basis of effective treatment. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2018;17(2):17–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201817217-26>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Силина Лариса Вячеславовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, Курский государственный медицинский университет; 305041, Россия, Курск, ул. Карла Маркса, д. 3; si11ar@mail.ru

Information about the author:

Larisa V. Silina, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Kursk State Medical University; 3, Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia; si11ar@mail.ru