

Особенности клиники и терапии сочетанных дерматозов у пациентов с коморбидным фоном

Ю.С. Ковалева[✉], <https://orcid.org/0000-0002-4401-3722>, julia_jsk@mail.ru

А.А. Ведлер, <https://orcid.org/0000-0003-4093-9170>, vedler013@mail.ru

В.В. Кархова, <https://orcid.org/0000-0001-6071-5911>, vkarkhova@mail.ru

Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40

Резюме

В статье рассматриваются причины возникновения, клинические особенности хронических дерматозов, осложненных микотической инфекцией, протекающие у пациентов с коморбидным фоном. Приводятся данные отечественной и зарубежной литературы об эпидемиологии, особенностях течения сочетанных дерматозов. Научные исследования последних лет говорят об ожирении, метаболическом синдроме, как об отягощающем факторе течения псориаза, аллергодерматозов и микозов. Сопутствующие соматические проблемы усугубляют течение кожных заболеваний, способствуют их хронизации, ухудшают эффективность диагностики и лечения, снижают качество жизни пациентов и могут привести к неблагоприятному прогнозу. При этом у пациента, страдающего метаболическим синдромом, может одновременно проявляться несколько кожных заболеваний, каждое из которых влияет на ход другого, что способствует ухудшению клинической картины и увеличению степени тяжести заболевания. Теплая, влажная среда и трение в складках способствуют обсеменению высыпаний при псориазе и аллергодерматозах бактериями, грибами или патогенными дрожжами, что способствует экзематизации с мокнутием и образованием эрозий, торпидностью к проводимой терапии. Особый акцент сделан на диагностику и терапию данной группы пациентов, поскольку поражения складок кожи вызывают трудности, особенно на фоне коморбидности. Эффективное лечение требует комплексной оценки клинических проявлений и наличия сопутствующих заболеваний для назначения комбинированных препаратов, а также профилактических мер для снижения риска присоединения вторичной инфекции. В статье приведены собственные клинические наблюдения пациентов с коморбидным фоном (ожирение, сахарный диабет), страдающих хроническими дерматозами, с присоединением микотической инфекции. Показано, что применение крема Акридерм ГК (0,05% клотримазол + 0,1% гентамицин + 1% бетаметазон) и крема Акримиколь (2% крем сертаконазол) позволяет достичь положительного эффекта при лечении дерматитов, осложненных присоединением грибковой инфекции, на фоне коморбидного фона.

Ключевые слова: складки кожи, коморбидность, псориаз, атопический дерматит, метаболический синдром, ожирение, микозы, Акридерм ГК, сертаконазол, Акримиколь

Для цитирования: Ковалева ЮС, Ведлер АА, Кархова ВВ. Особенности клиники и терапии сочетанных дерматозов у пациентов с коморбидным фоном. *Медицинский совет.* 2025;19(23):207–216. <https://doi.org/10.21518/ms2025-562>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of clinic and therapy of combined dermatoses in patients with a comorbid background

Julia S. Kovaleva[✉], <https://orcid.org/0000-0002-4401-3722>, julia_jsk@mail.ru

Anna A. Vedler, <https://orcid.org/0000-0003-4093-9170>, vedler013@mail.ru

Veronika V. Karkhova, <https://orcid.org/0000-0001-6071-5911>, vkarkhova@mail.ru

Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Altai Region, Russia

Abstract

The article discusses the causes of occurrence and the clinical features of chronic dermatoses complicated by mycotic infections, which occur in patients with comorbid backgrounds. It presents data from domestic and international literature on the epidemiology and characteristics of the course of combined dermatoses. Recent scientific studies indicate obesity and metabolic syndrome as aggravating factors in the progression of psoriasis, allergodermatoses, and mycoses. The accompanying somatic problems worsen the course of skin diseases, contribute to their chronicity, hinder effective diagnosis and treatment, reduce patients' quality of life, and may lead to an unfavorable prognosis. At the same time, a patient with metabolic syndrome may simultaneously present several skin conditions, each influencing the course of the others, which exacerbates the clinical picture and increases the severity of the disease. Warm, moist environments and friction in skin folds promote colonization of eruptions in psoriasis and allergodermatoses by bacteria, fungi, or pathogenic yeasts, leading to eczematization with exudation and erosion formation, often resistant to therapy. Particular emphasis is placed on the diagnosis and treatment of this group of patients, as fold lesions pose difficulties, especially against the background of comorbidities. Effective treatment requires a comprehensive assessment of clinical manifestations and the presence of accompanying diseases to prescribe combination therapies, as well as preventive measures to reduce the risk of secondary infections. The article also includes our clinical obser-

vations of patients with a comorbid background (obesity, diabetes mellitus) suffering from chronic dermatoses complicated by mycotic infections. It is demonstrated that the use of Akriderm GK cream (0.05% clotrimazole + 0.1% gentamicin + 1% betamethasone) and Acrimicole cream (2% sertaconazole cream) achieves a positive effect in treating dermatitis complicated by fungal infections in the context of comorbidities.

Keywords: skin folds, comorbidity, psoriasis, atopic dermatitis, metabolic syndrome, obesity, mycoses, Akriderm GK, sertaconazole, Acrimicole cream

For citation: Kovaleva JuS, Vedler AA, Karkhova VV. Features of clinic and therapy of combined dermatoses in patients with a comorbid background. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(23):207–216. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-562>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания кожи на фоне коморбидных состояний представляют научный и практический интерес.

Коморбидность (*лат.* со – вместе, внимание на единстве или разности их, *morbus* – болезнь) – это наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него [1].

Термин уточнили Н.С. Крамер и М. Van в 2003 г., определив коморбидность как наличие у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически связанных между собой или возникших одновременно у одного пациента независимо от активности каждого из них [1].

Число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом: с 10% в возрасте до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше [1]. Отмечается, что сопутствующие соматические проблемы усугубляют течение кожных заболеваний, способствуют их хронизации, ухудшают эффективность диагностики и лечения, снижают качество жизни пациентов и могут привести к неблагоприятному прогнозу [1–4].

Последние годы в отечественной и зарубежной литературе изучается взаимосвязь дерматитов инфекционной и неинфекционной природы и сопутствующих заболеваний, таких как ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром и др. [2–6].

Среди коморбидных заболеваний одним из наиболее распространенных и важных является метаболический синдром (МС), который выявляется у 25% населения. Ряд клинических исследований и публикаций подтверждают, что псориаз часто связан с МС и его составляющими: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия (АГ), инсулинорезистентность и СД2, атерогенная дислипидемия и связанная с ожирением НЖБП [7–9].

В России распространенность ожирения и избыточной массы тела в общей популяции составляет от 20,5 до 54% [10].

У пациента, страдающего метаболическим синдромом, может одновременно проявляться несколько кожных заболеваний, каждое из которых влияет на ход другого, причем первично возникшие дерматозы, такие как атопический дерматит, экзема или псориаз, способны осложняться присоединением бактериальных или микотических инфекций, что способствует ухудшению клинической картины и увеличению степени тяжести заболевания [11, 12].

Описана взаимоотягощающая связь между МС и тяжестью течения псориаза, проявляющаяся большей

распространенностью высыпаний, сокращением сроков ремиссии. Обострения нередко сопровождаются более выраженной воспалительной реакцией: резкой гиперемией, инфильтрацией, обильным шелушением, вплоть до образования чешуе-корок [13, 14].

При нерациональном выборе наружной терапии хронических дерматозов, особенно при длительном и неконтролируемом использовании топических кортикостероидных гормонов, существует высокая вероятность присоединения инфекции. В последние десятилетия регистрируется рост заболеваемости грибковыми инфекциями, вызываемыми патогенными и условно-патогенными грибами, что вызывает интерес к изучению современных методов терапии и профилактики, особенно на фоне уже имеющихся заболеваний кожи или других систем органов. Так, у пациентов с псориазом и нарушением углеводного обмена часто встречается кандидозная инфекция в области складок кожи вследствие нарушенного потоотделения, мацерации и повышенного трения [15].

По данным литературы, микозы встречаются примерно у 20–30% населения, при этом чаще регистрируется у пожилых людей ввиду снижения иммунитета и сопутствующих заболеваний [6, 16].

Дерматофиты являются наиболее частой причиной микозов гладкой кожи [6, 17]. В настоящее время к современным особенностям течения грибковых заболеваний кожи относится: формирование биопленок в очагах поражения, многоочаговость поражения, распространенность патологического процесса с частым формированием гранул, фолликулов и возникновением многочисленных микидов [17].

Особенностью дерматофитов является низкая вирулентность. Одной из значимых причин, при которой нарушается равновесие между микробиотой организма и самим макроорганизмом, являются дефицитные 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 [18].

Дерматофиты могут инфицировать крупные складки, которые вовлечены в процесс при дерматозах различного генеза, что позволило определить это как «дерматозы сочетанной этиологии». По данным исследования, проведенного в НИИ медицинской микологии им. Н.П. Кашкина в 2009 г., данный контингент составил 17% среди госпитализированных больных за год. Характерно, что при наличии микоза в области складок дерматологические заболевания

(псориаз, атопический дерматит, красный плоский лишай, микробная экзема, кератодермии) диагностируются труднее и протекают значительно тяжелее [19].

Наиболее чаще микозы крупных складок вызываются *Epidermophyton floccosum*, *Tr. rubrum* и дрожжевыми грибами *Candida*. Чаще других поражаются грибами паховые и межъягодичные складки, реже – подмышечные и складки под молочными железами. Обычно поражения симметричны и имеют неправильные фестончатые очертания, склонны к периферическому росту и слиянию, границы очагов четкие. Воспалительные реакции наиболее выражены в периферическом валике. Очаги в паховых складках могут распространяться на кожу лобка, ягодиц и внутреннюю поверхность бедер. Пациенты отмечают зуд различной интенсивности. При руброфитии очаги в пахово-бедренных областях иногда имеют несколько параллельных валиков (форма ириски)¹ [20]. В.М. Рукавишникова описала больных с обширными очагами руброфитии по типу пахово-бедренно-ягодичного синдрома. Периферический валик состоит из папул, везикул, эрозивных и корковидных элементов. Наименьшая интенсивность воспалительных явлений наблюдается в центре очага, где отмечается шелушение и желтовато-коричневая пигментация. Чаще других встречается паховая эпидермофития, вызываемая паховым эпидермофитом.

Согласно данным А.А. Халдина и соавт., кандидозно-плесневые этиологии при паховых микозах выявляются лишь в 3–5% случаев. Чаще всего кандидозом поражаются пахово-бедренные и межъягодичные складки, а у женщин – складка под молочными железами [20].

При кандидозе кожи чаще всего поражаются складки кожи: под молочными железами, под животом, пахово-бедренные, межъягодичная, межпальцевые, заушные, а также подмышечные впадины. Такой тип поражения носит название кандидозного интертриго, или кандидозной опрелости. Редко в процесс может вовлекаться гладкая кожа. Начинается процесс с появления практически невидимых плоских пустул, которые сразу вскрываются, и на их месте образуются красного цвета эрозии. В очагах поражения наблюдается мацерация эпидермиса с образованием глубоких трещин. По периферии очагов поражения могут располагаться пустулы (отсевы). Образование очагов сопровождается зудом и жжением [21].

В литературе имеются данные о взаимоотношающем влиянии псориаза и грибковой инфекции. Псориаз известен как хроническое заболевание мультифакториальной природы, наиболее чаще псориазные бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, однако могут локализоваться на любых других участках кожного покрова, но у части пациентов отмечается поражение складок кожи (инверсный тип псориаза) [22]. Распространенность инверсного псориаза варьирует. В Китае его регистрировали у 3,2–7% больных псориазом, в Европе – у 12–36%, в США у 3–7% больных псориазом [23, 24].

Клинически инверсный псориаз представлен зудящими бляшками ярко-красного цвета с очень четкими границами, гладкой и блестящей поверхностью без признаков шелушения. Он локализуется в межъягодичных паховых, подмышечных складках, а также под молочными железами. Иногда по краю бляшки можно отмечать возвышающийся прерывистый бордюр с чешуйками на его поверхности, что указывает на присоединившуюся микотическую инфекцию. Теплая, влажная среда и трение в складках способствуют присоединению микотической инфекции, что способствует дополнительной экзematизации с выраженным экссудативным компонентом. Кроме крупных складок, при псориазе встречаются поражения в пупочной складке, наружном слуховом проходе и даже в межпальцевых складках кистей и стоп в виде эритемы с желтоватым оттенком или незначительным гиперкератозом [11].

Грибковая инфекция также оказывает значительное влияние на патогенез аллергодерматозов. Вторичное инфицирование нарушает барьерные свойства кожи, способствует развитию иммунодефицитных состояний и вызывает сенсибилизацию к бактериальному или грибковому агенту, а также аутоенсибилизацию. Инфекционные агенты стимулируют макрофаги и моноциты к продукции IL-31, что усиливает кожный зуд и повреждение кожи, обостряет воспаление и способствует бактериальной колонизации, формируя т. н. порочный круг. Грибы рода *Candida* индуцируют иммунный ответ по IgE-зависимому типу аллергических реакций [12, 24, 26].

Следует отметить, что сенсибилизирующая активность микотических аллергенов, как правило, превышает бактериальную. Взаимосвязь между аллергическими заболеваниями и хроническим дерматомикозом была установлена более 80 лет назад. Накопленные данные в последние два десятилетия подтверждают связь между дерматомикозом и такими аллергическими заболеваниями, как астма, крапивница и атопический дерматит. Несмотря на то что проявления аллергического характера развиваются лишь у небольшой части пациентов с хроническим дерматомикозом, у таких больных аллергические состояния могут иметь тяжелое течение и требовать длительной терапии противогрибковыми средствами. Известно, что атопический дерматит – это иммуновоспалительное заболевание, часто ассоциированное с высокими уровнями IgE-антител к типичным вдыхаемым аллергенам, таким как пылевые клещи и кошачья шерсть, а также с инфицированием различными дрожжевыми грибами, главным образом *Malassezia furfur* и *Candida albicans* [27].

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования указывают на частое сочетание дерматофитий с поражением паховых областей и стоп у пациентов с атопическим дерматитом. В зарубежной литературе для обозначения этого комплекса использован специальный термин «atopic-chronic-dermatophytosis syndrome» (синдром хронической дерматофитии у атопиков). Российские дерматологи установили, что присоединение грибковой инфекции способствует более тяжелому и затяжному течению атопического дерматита и снижает эффективность проводимой терапии [28, 29].

¹ Газарян ОЛ. Дифференциальная диагностика микозов крупных складок и выбор тактики лечения: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10. М.; 2016. Режим доступа: https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/8ac/gazaryan_olga_disser.pdf.

Сложное комплексное сочетание вышеперечисленных факторов определяет своеобразие клинических проявлений микробной экземы [30]. Было показано, что в очагах микробной экземы у 2/3 пациентов, получавших системную антибиотикотерапию, обнаруживались грибы рода *Candida*. Специфические IgM и IgG к антигенам *C. albicans* выявлялись в 81% при положительном результате культурального исследования на дрожжеподобные грибы и лишь в 15,8% случаев – при отрицательном [31].

При этом отмечаются особенности проявления и течения дерматитов и кандидоза кожи на фоне ожирения и сахарного диабета, которые связаны с нарушениями иммунных и метаболических механизмов, характерных для этих состояний [32–35].

Ожирение и сахарный диабет, в свою очередь, способствуют развитию кандидозных инфекций из-за повышенной влажности и трения в естественных складках, подмышечных и паховых областях, что создает благоприятные условия для роста *Candida*. Повышенное потоотделение и нарушение микроциркуляции усугубляют воспалительные процессы и ухудшают течение кандидоза. При длительном течении возможны осложнения, такие как вторичные бактериальные инфекции. Кандидоз может играть роль «сигнального симптома» сахарного диабета [32].

Микозы у больных СД создают угрозу вторичных инфекций, открывая доступ другим микроорганизмам, что может привести к серьезным язвенно-некротическим осложнениям [33]. Среди больных СД наблюдается повышенная частота грибковых инфекций, которые в структуре заболеваний у больных этой категории, по данным разных авторов, составляют 32,5–45% [34]. Одна из причин этого заключается в том, что в условиях гиперкалиемии грибы активно используют сахар для своих метаболических процессов и усиленно размножаются, вызывая болезнь [35].

Успешное лечение коморбидного пациента с хроническими дерматозами требует комплексной оценки больного, выявления предрасполагающих факторов и внедрения профилактических стратегий, таких как правильная гигиена, использование барьерных средств защиты, а также снижение трения и влажности в складках кожи. Кроме того, обучение пациентов и клиническое наблюдение необходимы для предотвращения рецидивов и осложнений [36].

Наличие сопутствующей патологии у пациента влияет на выбор наружной и системной антимикотической терапии, которая должна быть наименее безопасной и наиболее эффективной. Современная фармакотерапия нацелена на решение данных вопросов [32].

Применение комбинированных топических препаратов, содержащих клотримазол, является патогенетически обоснованным методом в терапии микробной экземы (включены в «Стандарт медицинской помощи больным экземой») [37].

Лечение инверсного псориаза по сравнению с бляшечным имеет отличительные особенности. Несмотря на то что терапией первой линии остаются топические глюкокортикостероиды и кальципотриол, необходимо учитывать возможность бактериальной или грибковой суперинфекции при подобной локализации. Так, обсемененность

Staphylococcus aureus кожи складок при инверсном псориазе в несколько раз превышала показатели здоровых людей, более чем у половины больных на поверхности высыпания находили *Corynebacterium minutissimum*, в ряде случаев высевали дерматофиты и *Candida spp.* Микроорганизмы могут играть роль в развитии воспаления и обострении заболевания, в связи с этим медицинский совет Национального фонда псориаза (США) предлагает сочетать местную терапию с антибактериальными и/или противогрибковыми средствами [24].

В клинической практике подбор препарата с учетом возбудителя возможен только после его идентификации, что требует дополнительного времени. Поэтому на начальном этапе при дерматозах с осложнениями смешанной инфекции рекомендуется использовать комбинированные препараты с широким спектром антибактериального и антимикотического действия. В качестве препарата выбора может выступать Акридерм ГК – комбинированный глюкокортикостероидный препарат, содержащий гентамицин, широко-спектральной бактерицидный антибиотик из группы аминогликозидов, и клотримазол – противогрибковое средство из группы имидазолов, обладающее широким спектром активности, эффективное против стафилококков, дерматофитов, дрожжевых и плесневых грибов [38]. Многочисленные отечественные исследования подтвердили высокую эффективность Акридерма ГК при лечении дерматозов с бактериальной и микотической инфекцией. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов и осложнений, удобен в применении, не пачкает одежду и не имеет запаха. Благодаря своей высокой эффективности и безопасности Акридерм ГК можно рекомендовать как препарат выбора при дерматозах с комбинированной этиологией [38, 39].

Далее для достижения наилучших результатов рекомендуется применение сертаконазола – азольного препарата, производное имидазола и бензотиофена, который характеризуется высокой клинической эффективностью при меньшем числе побочных эффектов и широким спектром действия. Благодаря наличию двух активных центров сертаконазол считается одним из наиболее эффективных антимикотиков из азоловой группы. Его сложная двойная структура обеспечивает комплексное действие: фунгицидное, фунгистатическое, антибактериальное, противовоспалительное и противозудное свойства [40].

В России в рамках программы импортозамещения АО «Акрихин» разработал и начал выпуск сертаконазола 2% крем под торговой маркой Акримиколь. Акримиколь содержит эмоментную, увлажняющую, успокаивающую и смягчающую основу [41].

Механизм действия сертаконазола нитрата 2%, входящего в состав крема Акримиколь, основан на нарушении синтеза эргостерола в клеточной мембране патогенных грибов, что достигается путем ингибирования фермента 14 α -деметилазы, обуславливая цитохромзависимое нарушение этого процесса [42–44].

Второй аспект механизма действия сертаконазола нитрата заключается в его способности непосредственно взаимодействовать с мембранами грибных клеток. Благодаря своим липофильным свойствам он интегрируется в липидный слой

клеточной мембраны грибка. Таким образом, сертаконазол влияет как на синтез эргостерола, так и на целостность мембраны, проявляя как фунгистатическое, так и фунгицидное действие. Это обеспечивает высокую эффективность препарата против различных видов грибов [43].

Данный препарат рекомендован для терапии дерматомикозов различных локализаций, в т. ч. микозов складок, голеней, стоп и кистей, туловища, бороды, а также кандидоза кожи и ногтей, разноцветного лишая [26].

Известно, 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. Его антимикотическая активность сохраняется в отношении клинических изолятов дерматофитов со сниженной чувствительностью к другим азолам [45, 46].

Таким образом, на сегодняшний день сертаконазол является одним из самых высокоэффективных и безопасных препаратов для топической терапии микозов [17].

Можно сделать вывод, что своевременное и правильное подобранное комбинированное наружное лечение дерматозов, особенно осложненных грибковой инфекцией, способствует достижению регресса патологического процесса и увеличению периода ремиссии, что особенно важно при хроническом и рецидивирующем течении заболевания (рис. 1).

Приводим собственные клинические наблюдения применения комбинированного глюкокортикостероидного препарата крема 0,05% клотримазол + 0,1% гентамицин + 1% бетаметазон (Акридерм ГК) и топического препарата крема 2% сертаконазол (Акримиколь) в лечении пациентов с хроническими дерматозами и фоновой коморбидностью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Мужчина А., 42 года, житель города, обратился в июле 2024 г. к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на гладкой коже тела с локализацией в естественных складках живота, паховой области и подмышечных впадин, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез: болен с июля 1989 г., когда впервые появились высыпания на верхних конечностях. Дерматологом был выставлен диагноз «Псориаз». В 2002 г. после перенесенного стресса отмечалось распространение псориазных бляшек на кожу волосистой части головы и гладкой кожи тела. Получал стационарное лечение в КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» (2002 г.) с положительным непродолжительным эффектом. Отмечает обострение 1–2 раза в год. Ухудшение отмечается в последние годы с непрерывно рецидивирующим течением дерматоза с распространением в зоны естественных складок. За время болезни получал наружное лечение топическими кортикостероидными средствами и эмолендами.

Анамнез жизни: хронические заболевания: ожирение 2-й степени. Абдоминальное ожирение. Гипертоническая болезнь I стадия, 1-я степень, риск 3 (с 2018 г.). Принимает таблетки Индапамид 2,5 мг/сут (с 2018 г.) Операций и травм не было, туберкулез, гепатиты отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Рост 168 см, вес 105 кг. ИМТ 37,2. Температура тела 36,6 °С, ЧД 16 уд/мин, ЧСС 64 уд/мин, АД 135/86 мм рт. ст.

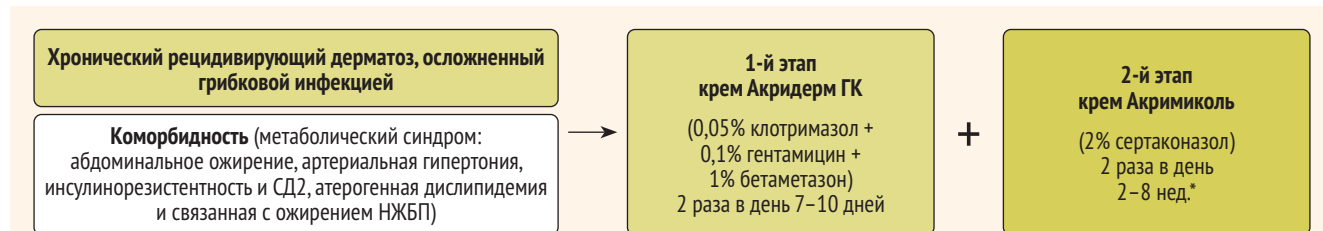
Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний обычной окраски, повышенной влажности. Тургор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей и стоп без визуальных изменений.

Патологический процесс носит распространенный характер. На коже верхних и нижних конечностей, туловище псориазные бляшки с умеренной эритемой, инфильтрацией и наложением серебристо-белых чешуек. В области естественных складок живота, паховой области и подмышечных впадин эритематозные высыпания ярко-красного цвета с четкими границами с наложением белого налета и наличием мокнутия (рис. 2А, В, С).

Лабораторные исследования: HBsAg – отрицательно, HCV отрицательно; ВИЧ – отрицательно; антитела IgG и IgM к *Treponema pallidum* – отрицательно. В ОАК и БАК отклонений от референтных значений нет. При микроскопическом исследовании чешуек из области паховых и подмышечных складок обнаружены споры и гифы гриба.

- **Рисунок 1.** Алгоритм терапии хронического рецидивирующего дерматоза, осложненного грибковой инфекцией
- **Figure 1.** Algorithm for the treatment of chronic recurrent dermatosis complicated by fungal infection



* Длительность терапии 2% сертаконазол кремом Акримиколь (от 2 до 8 нед.) варьируется в зависимости от площади и тяжести поражения, состояния иммунитета пациентом, индивидуального ответа на терапию, а также соблюдения гигиены и режима терапии

На основании клинической и микроскопической картины был выставлен диагноз «Вульгарный псориаз гладкой кожи, средней степени тяжести, распространенная форма, непрерывно-рецидивирующее течение, осложненное вторичной грибковой инфекцией».

Пациенту назначено: на очаги поражения тонким слоем наносить крем Акридерм ГК (0,05% клотримазол + 0,1% гентамицин + 1% бетаметазон) 2 раза в день – 7 дней, затем в продолжении крем Акримиколь (2% крем сертаконазол) 2 раза в день – 3 нед.

Повторный осмотр пациента спустя 1 мес. после проведенной терапии демонстрировал положительную динамику (рис. 3А, В, С) в виде значительного уменьшения размеров и побледнения очагов, уменьшения шелушения, сохраняются очаги в естественных складках кожи. Рекомендовано продолжить терапию: крем Акримиколь 1 раз в день – еще 1 нед. При проведении контрольного микроскопического исследования на грибы споры и гифы не обнаружены.

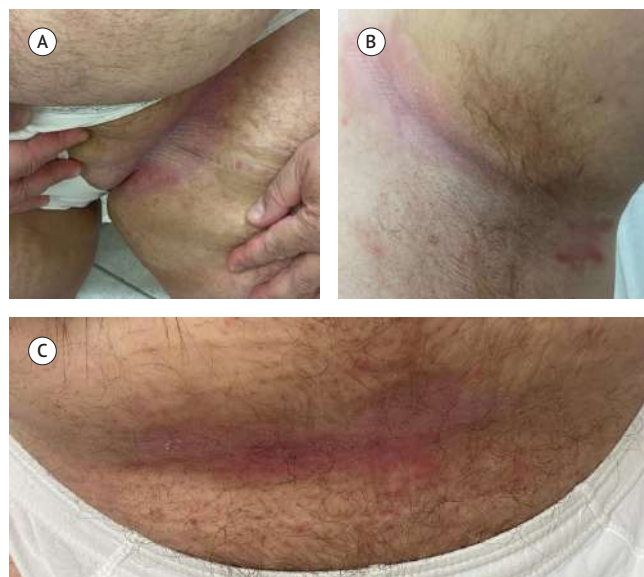
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Женщина С. 52 лет, жительница города, обратилась в марте 2025 г. к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на гладкой коже тела с локализацией в естественных складках живота, паховой складке и под молочными железами, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез: пациентка больна псориазом в течение 30 лет, когда после беременности появились первые высыпания на коже верхних и нижних конечностей. Был выставлен диагноз «Псориаз». Получала наружное лечение топическими кортикостероидами, с улучшением.

● **Рисунок 2.** Пациент А., 42 года, клинические проявления вульгарного псориаза гладкой кожи в естественных складках, осложненного вторичной грибковой инфекцией, до лечения

● **Figure 2.** Patient A., 42 years old, clinical features of vulgar psoriasis of smooth skin in natural skin folds, complicated by secondary fungal infection before treatment



С 2015 г. отмечает ухудшение течения псориаза в виде отсутствия полной ремиссии, постоянного сохранения патологического процесса на коже головы, в крупных складках кожи. Отмечала периодические боли и утреннюю скованность в мелких суставах кистей и стоп. В 2018 г. отметила изменение ногтевых пластин кистей.

Во время болезни получала амбулаторное и стационарное лечение: топические кортикостероидные средства, кератолитические мази, препараты с дегтем, общее УФО, системные кортикостероиды в течение 2–3 мес., цитостатик (отменен в июне 2023 г. из-за развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ) с умеренным положительным эффектом. После отмены системной терапии отмечалось выраженное обострение псориаза. Обследование и лечение у ревматолога не получала. Самостоятельно периодически принимала НПВП.

На момент обращения в лечение использует только топические кортикостероидные средства, НПВС при сильных болях с незначительным клиническим эффектом.

Анамнез жизни: наследственность по псориазу не отягощена. Сопутствующие заболевания: ожирение 1-й степени. Абдоминальное ожирение. Гипертоническая болезнь 1-й стадии, степень АГ 2, риск высокий. Псориатический артрит. Псориатическая ониходистрофия.

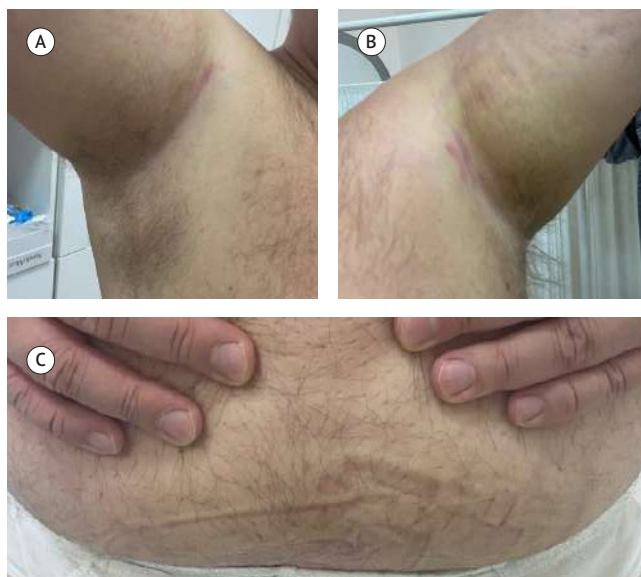
Менопауза. Операции, травмы отсутствуют. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Рост 164 см, вес 85 кг. ИМТ 31,6. Температура тела 36,6 °С, ЧД 16 уд/мин, ЧСС 72 уд/мин, АД 132/82 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации

● **Рисунок 3.** Пациент А., 42 года, клинические проявления поствоспалительной пигментации в местах высыпаний через 1 мес. терапии

● **Figure 3.** Patient A., 42 years old, clinical features of post-inflammatory pigmentation at eruption sites after 1 month of therapy



безболезненный. Печень по краю реберной дуги не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний нормальной окраски, повышенное потоотделение. Тургор и эластичность кожи в норме.

Патологический процесс распространенный. На коже живота, в складке под животом, под молочными железами, в паховых складках распространенная эритема ярко-красного цвета, с четкими границами, умеренной инфильтрацией и необильным шелушением, с наложением белого налета и наличием мокнутия (рис. 4А, В).

На поверхности ногтевых пластинок кистей отмечают симптом «масляного» пятна, дистальный онихолизис, симптом наперстка.

Лабораторные исследования: HBsAg – отрицательно, HCV отрицательно; ВИЧ – отрицательно; антитела IgG и IgM к *Treponema pallidum* – отрицательно. В ОАК и БАК отклонений от референтных значений нет. При микроскопическом исследовании чешуек из очагов поражения обнаружены споры и гифы гриба.

На основании клинической и микроскопической картины был выставлен диагноз «Вульгарный псориаз гладкой кожи, средней степени тяжести, распространенная форма, непрерывно-рецидивирующее течение, осложненное вторичной грибковой инфекцией. Псориатическая ониходистрофия».

Пациентке назначено: на очаги поражения тонким слоем наносить крем Акридерм ГК (0,05% клотримазол + 0,1% гентамицин + 1% бетаметазон) 2 раза в день – 7 дней, затем в продолжение крем Акримиколь (2% крем сертаконазол) 2 раза в день – 4 нед.

Повторный осмотр пациентки спустя 1 мес. после проведенной терапии демонстрировал положительную

динамику (рис. 5А, В, С) в виде значительного уменьшения размеров и побледнения очагов, уменьшения шелушения, поствоспалительной гиперпигментации, сохраняются очаги в естественных складках кожи. Рекомендовано продолжить терапию: крем Акримиколь 1 раз в день – еще 1 нед. При проведении контрольного микроскопического исследования на грибы споры и гифы не обнаружены.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3

Мужчина Г. 55 лет, житель сельской местности, обратился в январе 2025 г. к дерматологу в консультативно-диагностическое отделение поликлиники ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» с жалобами на высыпания на гладкой коже правой голени, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез: болен с января 2025 г., когда впервые появилось покраснение на передней поверхности правой голени, ни с чем не связывает. В течение двух недель отмечалось увеличение очага в размерах, усиление покраснения и мокнутие, сопровождающееся субфебрильной температурой тела. Самостоятельно использовал настойки наружно и мази (название не помнит).

Анамнез жизни: хронические заболевания: гипертоническая болезнь (с 2016 г.). ИБС. Атеросклероз нижних конечностей (с 2020 г.). Гепатит С, ремиссия (с 2022 г.).

Операций и травм не было, туберкулез, гепатиты отрицает. Вредные привычки – курение в течение 20 лет (10–15 сигарет в день). Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние больного: сознание ясное, состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Рост 176 см, вес 76 кг. ИМТ 24,5. Температура тела 37,2 °С, ЧД 16 уд/мин, ЧСС 76 уд/мин, АД 127/88 мм рт. ст.

- **Рисунок 4.** Пациентка С., 52 года, клинические проявления вульгарного псориаза гладкой кожи в естественных складках, осложненного вторичной грибковой инфекцией
- **Figure 4.** Patient S., 52 years old, clinical features of vulgar psoriasis of smooth skin in natural skin folds, complicated by secondary fungal infection



- **Рисунок 5.** Пациентка С., 52 года, остаточные очаги через 1 мес. терапии
- **Figure 5.** Patient S., 52 years old, residual lesions after 1 month of therapy



- **Рисунок 6.** Пациент Г., 55 лет, клинические проявления микробной экземы правой нижней конечности, осложненной грибковой инфекцией
- **Figure 6.** Patient G., 55 years old, clinical features of bacterial eczema of the right lower limb complicated by a fungal infection



- **Рисунок 7.** Пациент Г., 55 лет, уменьшение и побледнение очагов через 3 нед. терапии
- **Figure 7.** Patient G., 55 years old, reduction and fading of lesions after 3 weeks of therapy



- **Рисунок 8.** Пациент Г., 55 лет, поствоспалительная пигментация через 5 нед. терапии
- **Figure 8.** Patient G., 55 years old, post-inflammatory pigmentation after 5 weeks of therapy



Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, не увеличена. Стул, диурез в норме.

Специальный статус: кожные покровы вне высыпаний обычной окраски, пото- и салоотделение соответствует возрасту. Тurgор и эластичность кожи в норме. Ногтевые пластины кистей и стоп без визуальных изменений.

Патологический процесс локализованный. Представлен очагом гиперемии застойного цвета с незначительным мокнутием, с наложением чешуе-корок и белого налета на гладкой коже передней поверхности правой голени и вторичными экзематидами красного цвета с шелушением, распространяющимися на гладкую кожу правой стопы. Отечность нижней трети правой голени, след от носков и кожа горячая на ощупь (рис. 6).

Лабораторные исследования: HBsAg – отрицательно, HCV положительно; ВИЧ – отрицательно; антитела IgG и IgM к *Treponema pallidum* – отрицательно. В ОАК и БАК отклонений от референтных значений нет. При микроскопическом исследовании чешуек из очага на правой голени обнаружены споры и гифы гриба.

На основании клинической и микроскопической картины был выставлен диагноз «Микробная экзема правой нижней конечности, осложненная грибковой инфекцией».

Пациенту назначено: на очаги поражения тонким слоем наносить крем Акридерм ГК (0,05% клотримазол + 0,1% гентамицин + 1% бетаметазон) 2 раза в день – 7–10 дней, затем в продолжение крем Акримиколь (2% крем сертаконазол) 2 раза в день – 2 нед.

Повторный осмотр пациента спустя 3 нед. в процессе терапии демонстрировал положительную динамику (рис. 7) в виде уменьшения размеров и побледнения очагов, уменьшения шелушения и отека. Рекомендовано продолжить терапию: крем Акримиколь 1 раз в день – еще 2 нед. При проведении контрольного микроскопического исследования на грибы споры и гифы не обнаружены.

При повторном визите пациента спустя 5 нед. терапии отмечается положительная динамика (рис. 8) в виде регресса высыпаний, отсутствие отека, шелушения нет. На месте высыпания сохраняется поствоспалительная пигментация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, приведенные клинические случаи иллюстрируют осложненное течение кожных заболеваний на коморбидном фоне, что увеличивает риск развития вторичных грибковых инфекций. Показано, что использование крема Акридерм ГК (0,05% клотримазол, 0,1% гентамицин и 1% бетаметазон) и крема Акримиколь (2% сертаконазол) позволяет достигнуть положительных результатов при лечении дерматитов, осложненных микотическими инфекциями, в условиях наличия сопутствующих заболеваний.



Поступила / Received 25.10.2025
Поступила после рецензирования / Revised 21.11.2025
Принята в печать / Accepted 21.11.2025

Список литературы / References

- Шарабчиев ЮТ, Антипов ВВ, Антипова СИ. Коморбидность – актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века. *Медицинские новости*. 2014;(8):6–11. Режим доступа: <https://www.mednovosti.by/Journal.aspx?id=297>. Sharabchiev YuT, Antipov VV, Antipova SI. Comorbidity is an actual scientific and practical problem of the 21st century medicine. *Meditsinskie Novosti*. 2014;(8):6–11. (In Russ.) Available at: <https://www.mednovosti.by/Journal.aspx?id=297>.
- Тлиш ММ, Кузнецова ТГ, Наатыж ЖЮ. Полиморбидность в дерматологии: поздняя диагностика и последствия. *Лечащий врач*. 2019;(7):76–79. Режим доступа: <https://journal.lvrach.ru/jour/article/view/346/344>. Tlish MM, Kuznetsova TG, Naatyzh ZhYu. The polymorbidity in dermatology: late diagnosis and consequences. *Lechaschi Vrach*. 2019;(7):76–79. (In Russ.) Available at: <https://journal.lvrach.ru/jour/article/view/346/344>.
- Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):393–403. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.065>.
- Qureshi A, Friedman A. Comorbidities in Dermatology: What's Real and What's Not. *Dermatol Clin*. 2019;37(1):65–71. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.07.007>.
- 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*. 2021;7(8):629. <https://doi.org/10.3390/jcf7080629>.
- Свирищевская ЕВ, Матушевская ЕВ, Иванова МА, Владимировна ЕВ, Матушевская ЮИ. Эпидемиология, лечение и профилактика поверхностных микозов кожи. *Медицинский совет*. 2024;(5):222–228. <https://doi.org/10.21518/ms2024-156>. Svirshchevskaya EV, Matushevskaya EV, Ivanova MA, Vladimirova EV, Matushevskaya YI. Epidemiology, therapy and prevention of superficial skin mycoses. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;(5):222–228. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-156>.
- Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):377–390. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>.
- Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(4):654–662. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.08.015>.
- Rodriguez-Zúñiga MJM, García-Perdomo HA. Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):657–666.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.04.1133>.
- Лескова ИВ, Ершова ЕВ, Никитина ЕА, Красниковский ВЯ, Ершова ЮА, Адамская ЛВ. Ожирение в России: современный взгляд под углом социальных проблем. *Ожирение и метаболизм*. 2019;16(1):20–26. <https://doi.org/10.14341/omet9988>. Leskova IV, Ershova EV, Nikitina EA, Krasnikovskiy VYa, Ershova YuA, Adamskaya LV. Obesity in Russia: modern view in the light of a social problems. *Obesity and Metabolism*. 2019;16(1):20–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/omet9988>.
- Акимов ВГ. Редкие и атипичные проявления вульгарного псориаза. *Consilium Medicum. Дерматология (Прол.)*. 2013;(2-3):4–7. Режим доступа: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2013/derma2013_pril%20derma2013_2_3_pril/redkie-i-atipichnye-proyavleniya-vulgarnogo-psoriaza. Akimov VG. Rare and atypical manifestations of vulgar psoriasis. *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.)*. 2013;(2-3):4–7. (In Russ.) Available at: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2013/derma2013_pril%20derma2013_2_3_pril/redkie-i-atipichnye-proyavleniya-vulgarnogo-psoriaza.
- Jagielski T, Rup E, Ziolkowska A, Roeske K, Macura AB, Bielecki J. Distribution of Malassezia species on the skin of patients with atopic dermatitis, psoriasis, and healthy volunteers assessed by conventional and molecular identification methods. *BMC Dermatol*. 2014;14:3. <https://doi.org/10.1186/1471-5945-14-3>.
- Armstrong AW, Schupp C, Bebo B. Psoriasis comorbidities: results from the National Psoriasis Foundation surveys 2003 to 2011. *Dermatology*. 2012;225(2):121–126. <https://doi.org/10.1159/000342180>.
- Хисматуллина ЗР, Аминова АМ, Курочкин ДП, Гареева ДФ, Загидуллин НШ. Псориаз, псориатический артрит, метаболические нарушения и сердечно-сосудистые заболевания. Что общего? *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(2):139–147. <https://doi.org/10.17116/klinderma202019021139>. Khismatullina ZR, Amineva AM, Kurochkin DP, Gareeva DF, Zagidullin NS. Psoriasis, psoriatic arthritis, metabolic disorders and cardiovascular disease. What is common? *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2020;19(2):139–147. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma202019021139>.
- Лыкова СГ, Моржанаева МА, Немчанинова ОБ, Свечникова ЕВ. Псориаз у пациентов с метаболическим синдромом: клинические аспекты проблемы. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(2):214–222. <https://doi.org/10.17116/klinderma202019021214>. Lykova SG, Morzhanaeva MA, Nemchaninova OB, Svechnikova EV. Psoriasis in patients with metabolic syndrome: clinical aspects of the problem. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2020;19(2):214–222. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma202019021214>.
- Лыкова СГ, Моржанаева МА, Немчанинова ОБ, Свечникова ЕВ. Psoriasis in patients with metabolic syndrome: clinical aspects of the problem. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2020;19(2):214–222. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma202019021214>.
- Бутов ЮС, Скрипкин ЮК, Иванов ОЛ. (ред.). *Дерматовенерология*. М.: ГЭОТАР Медиа; 2020. 896 с. Режим доступа: <https://library.mededtech.ru/rest/documents/ISBN9785970457085/>.
- Koçınaj AF, Kotori MG, Koraqi A, Fida M. Dermatocytosis frequency and localization sites. *Med Arch*. 2015;69(1):58–59. <https://doi.org/10.5455/medarh.2015.69.58-59>.
- Силина ЛВ. Алгоритмы топической терапии микозов на ежедневном приеме дерматолога. *Медицинский совет*. 2024;18(14):7–12. <https://doi.org/10.21518/ms2024-284>. 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>.
- Панкратов ВГ. Дерматомикозы в практической работе врача первичного звена. *Здравоохранение (Минск)*. 2013;(4):39–45. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/pyzcsf>. Pankratov VG. Dermatocytosis in practice of primary level physician. *Healthcare (Minsk)*. 2013;(4):39–45. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/pyzcsf>.
- Халдин АА, Сергеев ВЮ, Изюмова ИМ. Современные представления о паховых дерматомикозах: этиология, эпидемиология, клиника и эффективная терапия. *Клиническая дерматология и венерология*. 2005;(4):135–141. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/oreoon>. Khalidin AA, Sergeev VU, Izumova IM. Present views of inguinal dermatomycoses: etiology, epidemiology, clinical presentation, and effective therapy. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2005;(4):135–141. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/oreoon>.
- Разнатовский КИ, Котрехова ЛП. *Микозы кожи и ногтей*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 232 с. Режим доступа: <https://www.geotar.ru/lots/NF0017583.html>.
- Кубанов АА, Карамова АЭ, Притуло ОА, Аршинский МИ, Знаменская ЛФ, Чикин ВВ и др. *Псориаз: клинические рекомендации*. 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/234_2.
- Syed ZU, Khachemoune A. Inverse psoriasis: case presentation and review. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12(2):143–146. <https://doi.org/10.2165/11532060-000000000-00000>.
- Хлебникова АН. Псориаз складок: диагностическая ценность дерматоскопического исследования, опыт применения комбинированного топического препарата (серия клинических наблюдений). *Альманах клинической медицины*. 2022;50(7):447–454. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2022-50-032>. Khlebnikova AN. Inverse psoriasis: the diagnostic value of dermatoscopic assessment and the experience of treatment with a combination topical agent (a clinical series). *Almanac of Clinical Medicine*. 2022;50(7):447–454. (In Russ.) <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2022-50-032>.
- Leung DY. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int*. 2013;62(2):151–161. <https://doi.org/10.2332/allergolint.13-RAI-0564>.
- Матушевская ЕВ, Свирищевская ЕВ, Эртнеева ИЯ. Клинико-иммунологические показатели у больных атопическим дерматитом при лечении препаратами линии акридерм. *Клиническая дерматология и венерология*. 2008;(5):39–44. Режим доступа: <http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=191944>. Matushevskaya EV, Svirshchevskaya EV, Ertneeva IYa. Clinico-immunologic indices in patients with atopic dermatitis over treatment with akriderm preparations. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2008;(5):39–44. (In Russ.) Available at: <http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=191944>.
- Miedzobrodzki J, Kaszycki P, Bialecka A, Kasprowicz A. Proteolytic activity of Staphylococcus aureus strains isolated from the colonized skin of patients with acute-phase atopic dermatitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2002;21(4):269–276. <https://doi.org/10.1007/s10096-002-0706-4>.
- Потекаев НН, Шерина ТФ. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2004;(6):55–57. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/opkash>. Potekayev NN, Sherina TF. To the association of dermatoses and mycoses of the skin. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2004;(6):55–57. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/opkash>.
- Белоусова ТА, Горючкина МВ. Алгоритм наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии. *Фармакотерапия в дерматовенерологии*. 2011;(5):146–152. Режим доступа: <https://medi.ru/info/17>. Belousova TA, Goryachkina MV. Algorithm for external treatment of dermatoses of mixed etiology. *Pharmacotherapy in Dermatovenereology*. 2011;(5):146–152. (In Russ.) Available at: <https://medi.ru/info/17>.
- Ключарева СВ. *Результаты сравнительного исследования косметической линии Айсид и стандартных схем терапии у пациентов с чувствительной кожей и хроническими дерматозами*. М.; 2010. 58 с.
- Соколова ТВ, Григорьев СР. Микробная экзема: выбор схемы лечения. *Врач*. 2007;(3):36–42. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/kxxvtd>. Sokolova TV, Grigoryan SR. Microbial eczema: choosing a treatment regimen. *Vrach*. 2007;(3):36–42. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/kxxvtd>.
- Шишкова ВН. Особенности развития дерматологических проявлений у пациентов с сахарным диабетом типа 2 и/или метаболическим

- синдромом. *Consilium Medicum. Дерматология (Прил.)*. 2015;(3):37–40. Режим доступа: https://omnidoc.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2015/derma2015_pri/derma2015_3_pri/osobennosti-razvitiya-dermatologicheskikh-proyavleniy-u-patsientov-s-sakharnym-diabetom-tipa-2-i-ili. Shishkova VN. Features of the development of dermatological manifestations in patients with type 2 diabetes and/or metabolic syndrome. *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.)*. 2015;(3):37–40. (In Russ.) Available at: https://omnidoc.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2015/derma2015_pri/derma2015_3_pri/osobennosti-razvitiya-dermatologicheskikh-proyavleniy-u-patsientov-s-sakharnym-diabetom-tipa-2-i-ili.
33. Gupta AK, Konnikov N, MacDonald P, Rich P, Rodger NW, Edmonds MW et al. Prevalence and epidemiology of toenail onychomycosis in diabetic subjects: a multicentre survey. *Br J Dermatol*. 1998;139(4):665–671. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02464.x>.
 34. Мартынова МИ, Петрайкина ЕЕ, Пилотик ВФ. Особенности нарушения кожных покровов при инсулинзависимом сахарном диабете. *Лечащий врач*. 2002;(6):32–37. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2000/08/4526235>. Martynova MI, Petraykina EE, Pilyutik VF. Features of skin disorders in insulin-dependent diabetes mellitus. *Lechaschi Vrach*. 2002;(6):32–37. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2000/08/4526235>.
 35. Бурова СА. Лечение онихомикоза у больных сахарным диабетом или с нарушенной толерантностью к глюкозе. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2005;(6):55–57. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/ilfxjn>. Burova SA. Treatment of onychomycosis in patients with diabetes mellitus or glucose intolerance. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2005;(6):55–57. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/ilfxjn>.
 36. Loya-Acosta J, Guzmán-Ochoa TC, Tirado-Sánchez A, Torres-Camacho P, Díaz-Molina V, Bonifaz A. Candidal Intertrigo: Underdiagnosed Entity. *Curr Fungal Infect Rep*. 2025;19. <https://doi.org/10.1007/s12281-025-00511-0>.
 37. Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при экземе (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение). Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 апреля 2022 г. №241н. Режим доступа: https://okvd38.gosuslugi.ru/netcat_files/35/68/Ekzema_vzroslye.pdf?ysclid=mi5qrlicl9801920790.
 38. Герасимчук ЕВ. Крем Акридерм-ГК как средство для лечения смешанных инфекций кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2005;(4):142–146. Gerasimchuk EV. Acriderm-GK cream, as a remedy for the treatment of mixed skin infections. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2005;(4):142–146. (In Russ.)
 39. Кунгуров НВ, Кохан ММ, Кениксфест ЮВ, Кашеева ЯВ, Летаева ОВ, Стукова ИА, Стукова ИА. Инновационное комбинированное наружное средство в терапии осложненных дерматозов: опыт использования. *Лечащий врач*. 2019;(5):38. Режим доступа: <https://journal.lvrach.ru/jour/article/view/377/375>. Kungurov NV, Kokhan MM, Keniksfest YuV, Kasheeva YaV, Letaeva OV, Kuklin IA, Stukova EI. Innovative combined topical remedy in the treatment of complicated dermatoses: experience of the application. *Lechaschi Vrach*. 2019;(5):38. (In Russ.) Available at: <https://journal.lvrach.ru/jour/article/view/377/375>.
 40. Хамаганова ИВ, Кашеваров ДФ, Мальяренко ЕН, Максимова МВ. Применение сертаконазола в амбулаторной практике. *РМЖ*. 2018;26(8-2):87–91. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Primenenie_sertakonazola_v_ambulatornoy_praktike. Khamaganova IV, Kashevarov DF, Malyarenko EN, Maximova MV. Sertaconazole administration in outpatient practice. *RMJ*. 2018;26(8-2):87–91. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Primenenie_sertakonazola_v_ambulatornoy_praktike.
 41. Barnes TM, Mijalica D, Townley JP, Spada F, Harrison IP. Vehicles for Drug Delivery and Cosmetic Moisturizers: Review and Comparison. *Pharmaceutics*. 2021;13(12):2012. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13122012>.
 42. Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea versicolor: an updated review. *Drugs Context*. 2022;11:2022-9-2. <https://doi.org/10.7573/dic.2022-9-2>.
 43. Горячкина МВ, Белоусова ТА, Потеев НН. Сертаконазол в местном лечении поверхностных микозов кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;(10):46–51. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2012/5/downloads/ru/031997-2849201259>. Goriachkina MV, Belousova TA, Potekaev NN. Sertaconazole in the topical treatment of superficial skin mycoses. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2012;(10):46–51. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2012/5/downloads/ru/031997-2849201259>.
 44. Фадеев ИЕ, Полевцова ТН, Масс ЕЕ. Местный противогрибковый препарат сертаконазол: антимикотик резерва или средство первой линии эмпирической терапии вульвовагинитов? *Consilium Medicum*. 2019;21(6):73–76. <https://doi.org/10.26442/20751753.2019.6.190558>. Fadeev IE, Poletova TN, Mass EE. Local antifungal drug sertaconazole: a reserve antimycotic or a first-line medication of empirical therapy for vulvovaginitis? *Consilium Medicum*. 2019;21(6):73–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/20751753.2019.6.190558>.
 45. Круглова ЛС, Майоров РЮ. Микозы кожи: вопросы эффективной терапии. *Медицинский алфавит*. 2022;(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;(27):24–28. (In Russ.) <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-27-24-28>.
 46. Елинов НР, Васильева НВ, Разнатовский КИ. Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков – волос и ногтей. Лабораторная диагностика. *Проблемы медицинской микологии*. 2008;10(1):27–34. Режим доступа: <https://mycology.szgmu.ru/vypuski-zhurnala-problemy-meditinskoy-mikologii>. Yelinov NP, Vasilyeva NV, Raznatovskiy IK. Dermatormycoses, or superficial mycoses of skin and its appendages – hairs and nails. Laboratory diagnosis. *Problems in Medical Mycology*. 2008;10(1):27–34. Available at: <https://mycology.szgmu.ru/vypuski-zhurnala-problemy-meditinskoy-mikologii>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

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 авторах:

Ковалева Юлия Сергеевна, д.м.н., доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; julia_jsk@mail.ru

Ведлер Анна Андреевна, ассистент кафедры дерматовенерологии, косметологии и иммунологии, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; vedler013@mail.ru

Кархова Вероника Валерьевна, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра, Алтайский государственный медицинский университет; 656038, Россия, Алтайский край, Барнаул, проспект Ленина, д. 40; vkarkhova@mail.ru

Information about the authors:

Julia S. Kovaleva, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Immunology, Dermatovenereologist at the Consultative and Diagnostic Center, Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Altai Region, Russia; julia_jsk@mail.ru

Anna A. Vedler, Assistant of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Immunology, Dermatovenereologist at the Consultative and Diagnostic Center, Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Altai Region, Russia; vedler013@mail.ru

Veronika V. Karkhova, Dermatovenereologist at the Consultative and Diagnostic Center, Altay State Medical University; 40, Lenin Ave., Barnaul, 656038, Altai Region, Russia; vkarkhova@mail.ru