Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов кожи в регионах Российской Федерации

Т.В. СОКОЛОВА[1], А.П. МАЛЯРЧУК, Т.А. МАЛЯРЧУК

Медицинский институт усовершенствования врачей ГОУ ВПО МГУПП, Москва

Clinical and epidemiological monitoring superficial skin mycoses in different regions of the Russian Federation

T.V. SOKOLOVA, A.P. MALYARCHUK, T.A. MALYARCHUK

Medical Institute of Advanced Training of Physicians, State educational institution of higher professional education Moscow State Institute of Food Production

Ключевые слова: клинико-эпидемиологический мониторинг, заболеваемость, дерматозы, поверхностные микозы кожи, критерии диагностики, критерии излеченности, терапия, Залаин.

Key words: clinical and epidemiological monitoring, morbidity, dermatoses, superficial skin mycoses, diagnostic criteria, criteria for recovery, therapy, Zalain.

Поверхностные микозы кожи (ПМК) в современных условиях являются одной из значимых медико-социальных проблем, что обусловлено прежде всего прогрессирующим увеличением количества больных в нашей стране и за рубежом [1—3]. Заболеваемость микозами кожи и ее придатков в настоящее время принимает эпидемический характер [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый пятый житель нашей планеты имеет данную патологию. В структуре ПМК, как правило, преобладают дерматофитии [5, 6], среди которых лидируют микозы стоп и крупных складок [7]. Результаты крупномасштабного проекта «Ахиллес», проведенного на Украине фирмой «Янссен-Силаг», позволили выявить среди амбулаторного контингента 30% больных микозами стоп, среди которых онихомикоз диагностирован почти в половине (47%) случаев [8].

По данным Поликлиники №1 Управления делами Президента Российской Федерации, в структуре дерматологической патологии ПМК у амбулаторных больных занимают второе место. Интенсивный показатель (ИП) на 1000 пациентов составляет 62,7, уступая лишь сгруппированным вместе болезням кожи (139,9) [9]. В Казахстане ПМК в 2001 г. также занимали второе место в структуре дерматологической патологии у амбулаторных больных [10]. За 7 лет (1995—2002) в этом регионе отмечено увеличение заболеваемости ПМК на 19,2%. При плановом медицинском осмотре 1094 военнослужащих срочной службы и курсантов военных вузов дерматологическая патология выявлена в 16,4% случаев [11]. Существенно, что в среднем на одного юношу приходилось 2,5 нозологических форм дерматозов. Первое место (25,8%) занимали ПМК с преобладанием онихомикозов (12%) и микозов стоп (11%). Результаты скринингового обследования иностранных студентов, обучающихся в России, свидетельствуют о том, что среди ПМК у них лидирует отрубевидный лишай (23,2%) [12].

На фоне ПМК многие дерматозы протекают значительно тяжелее, в частности псориаз, красный плоский лишай [13, 14], атопический дерматит [15, 16], микробная экзема [17], кератодермии (как приобретенные, так и наследственные) [18]. ПМК являются актуальной проблемой у лиц, инфицированных ВИЧ [19, 20]. Рубромикоз выявлялся практически у всех (96%) больных с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей, а у 44% больных формировались ассоциации с *Candida albicans* [21]. При обращении пациентов к врачу по поводу изменения ногтевых пластинок в 96% случаев выявляется онихомикоз [22]. Наиболее часто (в 48% случаев) они сопровождают сахарный диа-

© Коллектив авторов, 2011

[1]e-mail: stv_morf2005@mail.ru

Klin Dermatol Venerol 2011;4:55

бет, венозную недостаточность (в 40%) [22]. Неблагоприятные экологические условия также влияют на уровень заболеваемости ПМК. При изучении заболеваемости онихомикозами населения Брянской области, подвергшегося радиоактивному воздействию после аварии на Чернобыльской АЭС, за 2000—2003 гг. выявлено ее увеличение в 1,5 раза (с 129,2 до 197,0 на 100 тыс. населения) [23]. Существенное значение в патогенезе ПМК играет прием системных глюкокортикостероидов. При получении их больными ревматоидным артритом, бронхиальной астмой, системной красной волчанкой, дерматомиозитом микозы стоп в сочетании с онихомикозом выявлялись в 100% случаев [24].

Цель исследования — осуществить клинико-эпидемиологический мониторинг ПМК в регионах Российской Федерации и оценить эффективность топического антимикотика *Залаин* (сертаконазол) в их лечении.

Материал и методы

Работа выполнена в рамках программы «Асклепий» (фирма «Egis», Венгрия) и проводилась поэтапно. I этап (март—апрель 2010 г.) включал планирование исследования, определение его целей и задач, разработку и тиражирование двух вариантов унифицированных анкет для врачей амбулаторного звена, выбор формы стимулирования врачей, участвующих в исследовании. II этап (апрель 2010 г.) был посвящен работе с региональными менеджерами. Его целью являлось разъяснение цели и задач проекта, обучение работе с анкетами. III этап (май—сентябрь 2010 г.) — работа врачей-дерматовенерологов на амбулаторном приеме по выявлению больных ПМК, заполнение анкет, их сбор в регионах и представление в офис компании. IV этап (октябрь—декабрь 2010 г.) — подготовка материала для статистической обработки, создание базы данных в программе Excel. V этап (январь—март 2011 г.) — анализ полученных данных, подготовка таблиц, иллюстративного материала и написание отчета.

Исследование проведено в мае—июне 2010 г. Дерматовенерологи из 44 регионов Российской Федерации ежедневно заполняли два варианта специальных анкет, позволяющих одновременно изучать структуру и заболеваемость ПМК у амбулаторных больных, клиническую картину микозов, качество лабораторной диагностики и эффективность местного применения 2% крема *Залаин* (сертаконазол). Проведена статистическая обработка материала по 19 регионам (Благовещенск, Брянск, Владивосток, Волгоград, Воронеж, Иваново, Иркутск, Казань, Калининград, Киров, Краснодар, Красноярск, Москва, Нижний Новгород, Ростов-на-Дону, Рязань, Самара, Санкт-Петербург, Ярославль). В мониторинге приняли участие 42 лечебных учреждения, в том числе 18 кожно-венерологических диспансеров, 11 городских поликлиник, 5 клинических больниц, 3 научно-исследовательских института, 3 частные

Встречаемость микозов в структуре дерматологической патологии в регионах Российской Федерации (по данным амбулаторного наблюдения)

Регион	Количество больных*	Количество больных с микозами кожи	Доля больных с микозами кожи**, %
Благовещенск	2888	477	16,5
Брянск	851	75	8,8
Владивосток	5222	553	10,6
Волгоград	2864	477	16,7
Воронеж	1070	243	22,7
Иваново	6173	593	9,6
Иркутск	4463	484	10,8
Казань	2742	604	22,0
Калининград	1393	273	19,6
Киров	352	86	24,4
Краснодар	4385	586	13,4
Красноярск	320	120	37,5
Москва	584	89	15,2
Нижний Новгород	3584	700	19,5
Ростов-на-Дону	2826	226	8,0
Рязань	4519	445	9,8
Самара	576	77	13,3
Санкт-Петербург	4426	665	15,0
Ярославль	752	198	26,3
Другие	408	34	8,3
Всего	50 398	7005	13,9

Примечание. * — Больные, посетившие дерматовенерологические учреждения Российской Федерации (амбулаторный прием). ** — Доля больных с микозами кожи в структуре дерматологической патологии.

клиники, 1 лечебно-диагностический центр, 1 медико-санитарная часть. Доля государственных структур составила 92,9%. Анкеты заполнял 61 врач-дерматовенеролог.

Результаты

Анализ анкет позволил оценить встречаемость микозов в структуре дерматологической патологии на амбулаторном приеме врача в регионах Российской Федерации (см. таблицу).

Врачи, участвовавшие в исследовании, за май—июнь 2010 г. приняли 50 398 больных (см. таблицу). Количество пациентов в разных регионах варьировало от 320 (Красноярск) до 6173 (Иваново). Среди дерматологических больных с микозами кожи было 7005 человек. Доля микозов кожи в структуре болезней кожи в Российской Федерации составила 13,9%, т.е. ПМК имел практически каждый седьмой пациент, обратившийся к дерматологу. Встречаемость ПМК в структуре дерматологической патологии в разных регионах Российской Федерации была неоднозначной и варьировала от 8% (Ростов-на-Дону) до 37,5% (Красноярск). Полученные данные могут служить основой планирования поставок топических антимикотиков в регионы.

В соответствии с задачами эксперимента дерматовенерологами заполнено 4158 анкет больных ПМК (59,4% всех больных с данной патологией). Анализ анкет позволил ответить на ряд важных для практической деятельности врача вопросов. Изучена встречаемость ПМК как изолированного дерматоза, так и на фоне патологии (рис. 1). ПМК как единственное заболевание составил почти $^{2}/_{3}$ (62,99%) случаев (см. рис. 1). У $^{1}/_{4}$ (25,35%) пациентов ПМК зарегистрирован на фоне дерматозов инфекционного (пиодермии, простой герпес, чесотка) и неинфекционного (псориаз, атопический дерматит, юношеские акне, красный плоский лишай, экземы, пузырчатка и др.) генеза, т.е. у каждого четвертого больного ПМК отмечен на фоне другой дерматологической патологии. У 7,8% больных выявлено одновременно два разных микоза. По данным анамнеза, на фоне таких соматических заболеваний, как сахарный диабет, онкологическая патология, вегетососудистая дистония, гепатит и др., микоз выявлен у 3,78% больных. В единичных случаях (0,29%) микоз одновременно сочетался с дерматозом и соматической патологией.

На рис. 2 представлена встречаемость ПМК как изолированного дерматоза в разных регионах Российской Федерации. Данный показатель варьировал от 8% (Брянск) до 91,3% (Самара). Чаще всего в большинстве регионов Российской Федерации микозы регистрировались как единственное заболевание. В 6 (31,6%) регионах этот показатель превысил 70%, 50—70% — в 8 (42,1%) и до 50% составил в 5

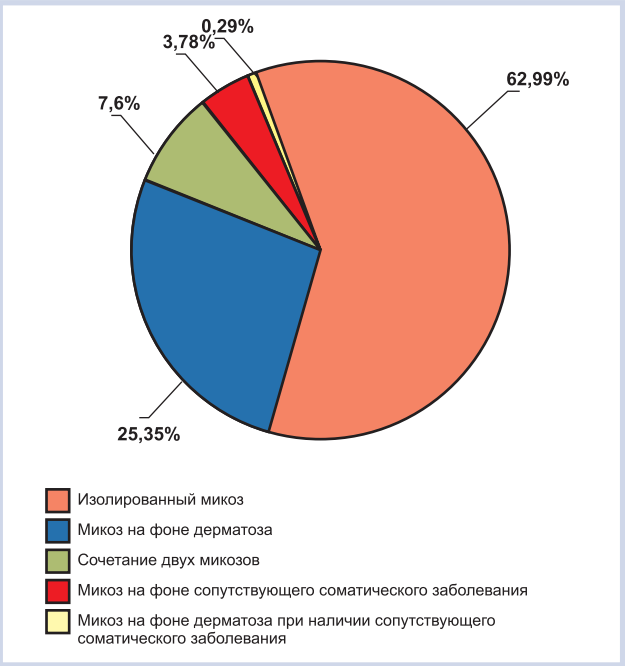

Рис. 1. **Встречаемость ПМК (изолированный дерматоз и дерматоз на фоне сопутствующих заболеваний) в Российской Федерации.**

(26,3%) регионах. Большая доля зарегистрированного ПМК как изолированного дерматоза свидетельствует о недостаточной «микотической» настороженности при обследовании больных с дерматозами, а также о недооценке данного триггерного фактора в патогенезе этих заболеваний. Более низкий процент (менее 50%) указывает на высокий профессионализм дерматологов, проводящих тщательное обследование пациентов.

На рис. 3 представлена встречаемость ПМК на фоне дерматологической патологии в разных регионах Российской Федерации. Частота выявления ПМК на фоне других дерматозов варьировала от 4,2% в Красноярске до 81,6% в Ярославле (см. рис. 3). Наиболее целенаправленно работа по обследованию дерматологических больных на наличие ПМК проводится в 8 (42,1%) регионах (Киров, Иваново, Волгоград, Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Брянск, Москва, Ярославль): здесь показатель выявления ПМК на фоне дерматозов превышает 30%.

Результаты анкетирования позволили рассчитать интенсивный показатель заболеваемости ПМК амбулаторных больных в регионах Российской Федерации. Полученные данные представлены в промилле или на 1000 амбулаторных больных, обратившихся на прием к дерматологу (рис. 4). ИП заболеваемости ПМК у амбулаторных больных в Российской Федерации, посетивших дерматолога, составляет 94,5‰ (см. рис. 4), т.е. тот или иной ПМК регистрируется у каждого 10-го больного. Лидирует заболеваемость дерматомикозами (62,5‰), далее

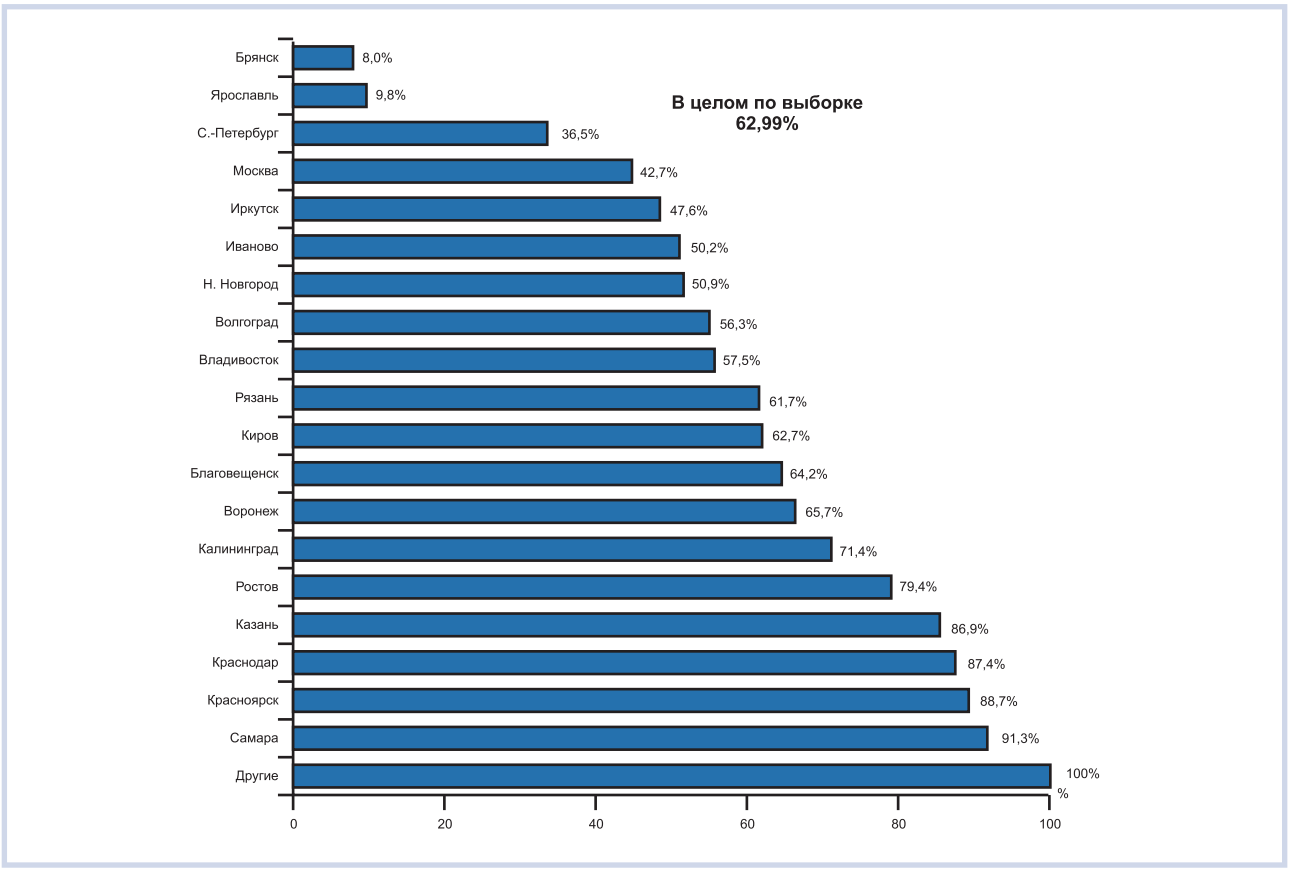

Рис. 2. **Встречаемость ПМК как изолированного дерматоза в разных регионах Российской Федерации.**

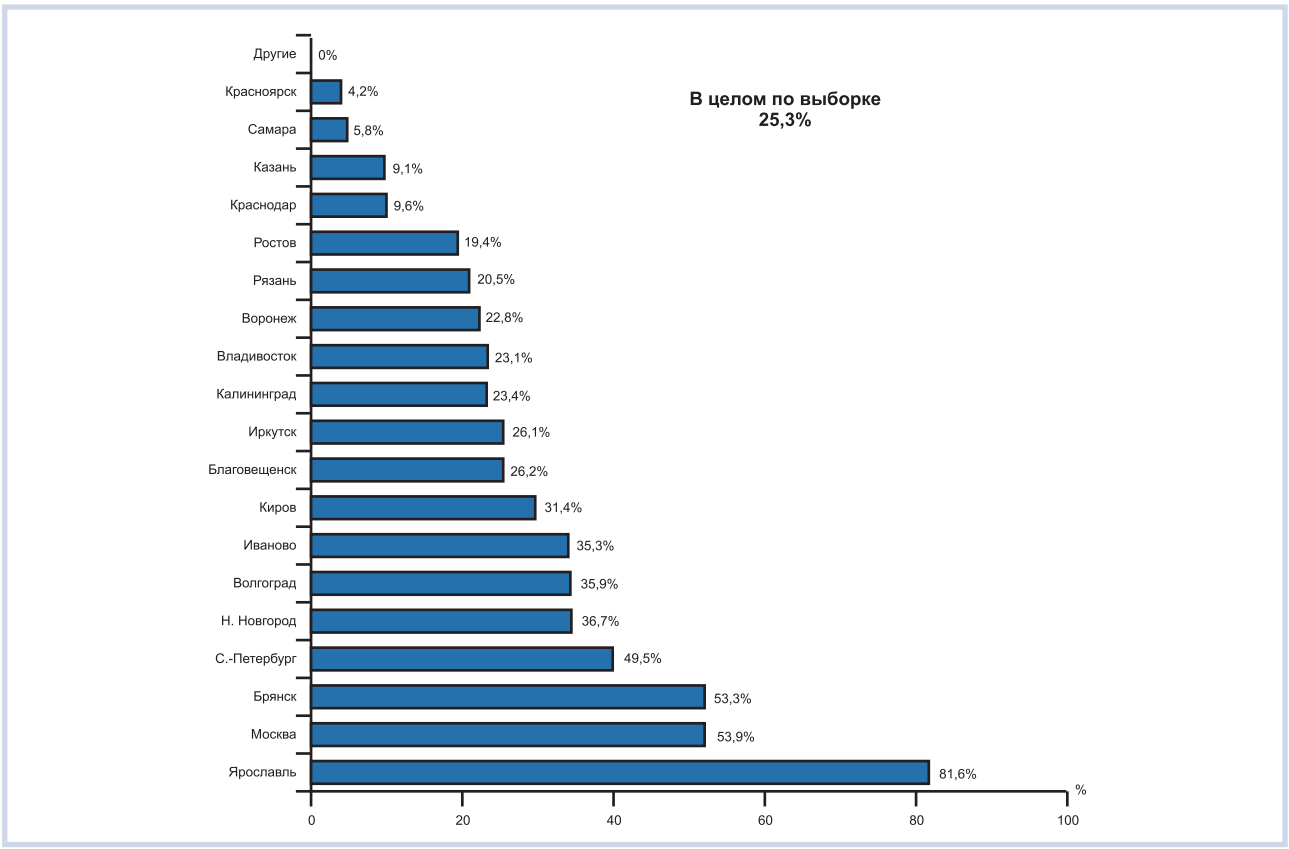

Рис. 3. **Встречаемость ПМК кожи на фоне дерматологической патологии.**

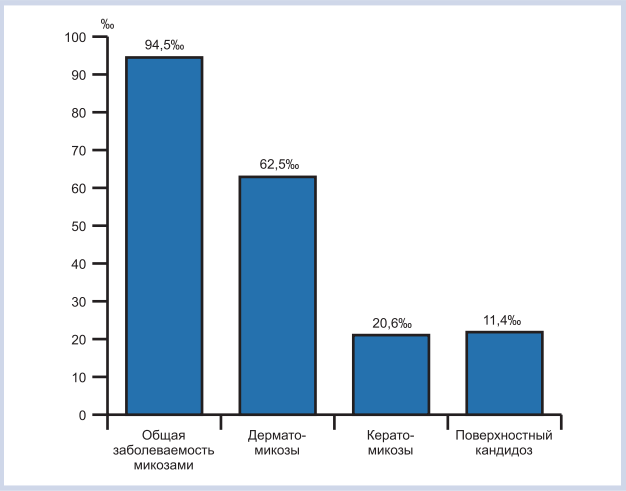

Рис. 4. **Интенсивный показатель заболеваемости ПМК в 19 регионах Российской Федерации.**

следуют кератомикозы (20,6‰), поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек (11,4‰). В структуре дерматомикозов первое место занимал микоз стоп (32,7‰), далее следовали эпидермофития паховая (8,8‰), микоз туловища (8,6‰) и онихомикозы (7,3‰), микоз бороды и усов (2,7‰), кистей (2,3‰).

ИП заболеваемости ПМК амбулаторных больных в разных регионах Российской Федерации варьировал в широких пределах (рис. 5) от 16,2‰ (Самара) до 309,6‰ (Киров). В первом случае ИП был в 5,8 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации, во втором — не менее чем в 3,3 раза. Это указывает на неоднозначную активность дерматовенерологической службы по выявлению ПМК у больных, обратившихся на прием к дерматовенерологу. ИП заболеваемости ПМК выше общероссийского зарегистрирован в 12 (63,2%) регионах, ниже — в 7 (36,8%).

ИП заболеваемости дерматомикозами варьировал от 11,0‰ (Самара) до 258,5‰ (Киров): в первом случае он был в 5,6 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации, во втором — в 3,3 раза выше. Выше общероссийского ИП зарегистрирован в 11 (57,9%) регионах (Киров — 258,52‰, Калининград — 214,64‰, Красноярск — 187,50‰, Санкт-Петербург — 184,3‰, Москва — 171,23‰, Казань — 109,77‰, Иркутск — 89,63‰, Ярославль — 87,77‰, Брянск — 84,61‰, Краснодар — 77,77‰, Владивосток — 74,88‰), ниже общероссийского отмечен в 8 (42,1%) регионах (Иваново — 59,61‰, Воронеж — 50,47‰, Благовещенск — 37,05‰, Волгоград — 24,44‰, Ростов-на-Дону — 24,06‰, Нижний Новгород — 22,32‰, Рязань — 20,367‰, Самара — 11,07‰). Распределение ИП для ПМК в целом и дерматомикозов в порядке нарастания в 84,2% случаев совпадало.

ИП заболеваемости кератомикозами варьировал от 2,94‰ (Самара) до 48,3‰ (Киров): в первом слу-

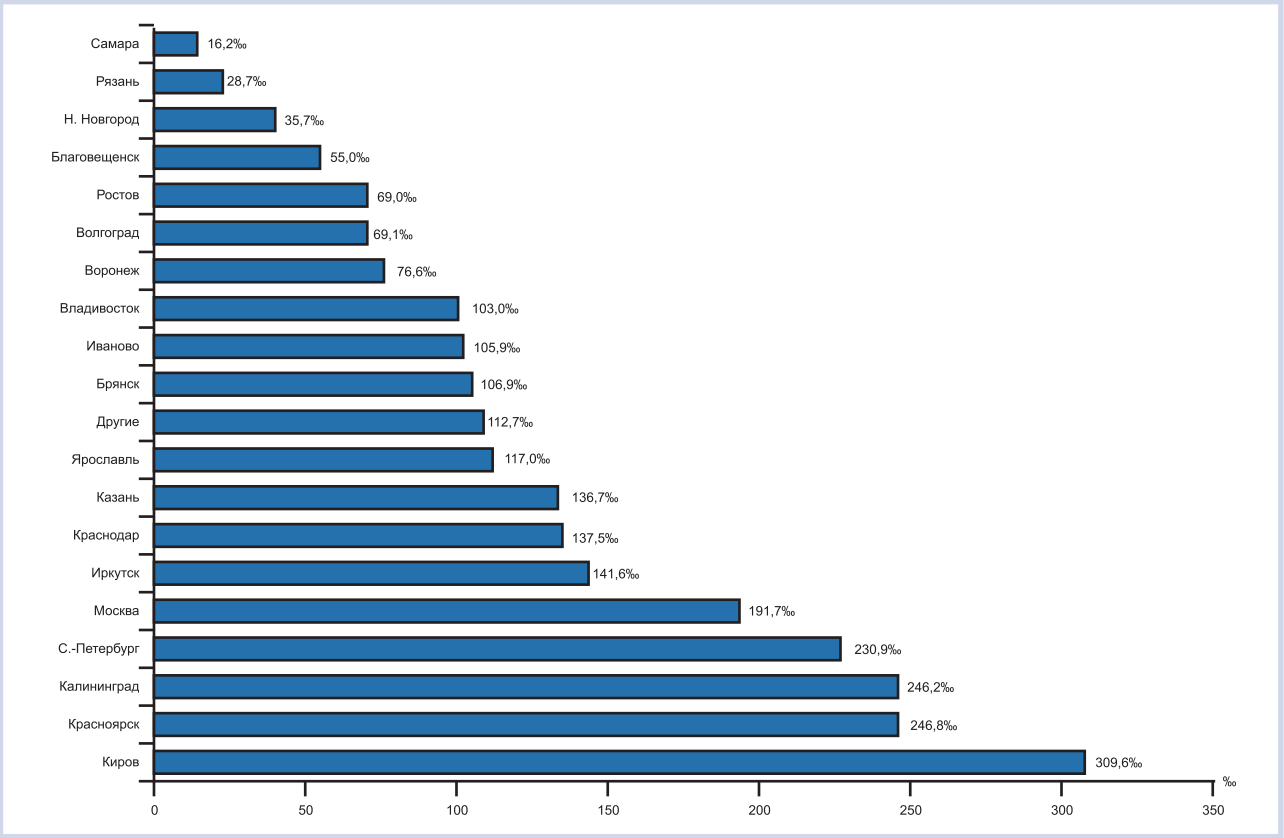

Рис. 5. **Интенсивный показатель заболеваемости ПМК в разных регионах Российской Федерации.**

чае он был в 7 раз ниже, чем в целом по Российской Федерации, во втором — в 2,3 раза выше. ИП выше общероссийского уровня зарегистрирован в 11 (57,9%) регионах (Киров — 48,3‰, Ростов-на-Дону — 44,23‰, Санкт-Петербург — 41,67‰, Иркутск — 33,61‰, Краснодар — 28,96‰, Владивосток — 26,04‰, Волгоград — 23,74‰, Воронеж — 22,43‰, Казань — 21,52‰, Брянск — 21,15‰, Иваново — 21,06‰), ниже — в 8 (42,1%) регионах (Калининград — 14,36‰, Благовещенск — 15,93‰, Москва — 10,27‰, Ярославль — 11,97‰, Нижний Новгород — 8,03‰, Рязань — 6,20‰, Красноярск — 3,13‰, Самара — 2,94‰).

ИП заболеваемости поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек варьировал от 0,71‰ (Ростов-на-Дону) до 56,25‰ (Красноярск). В первом случае он был в 16,4 раза меньше, чем в целом по Российской Федерации, во втором — в 4,9 раза больше. ИП заболеваемости поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек выше общероссийского зарегистрирован в 7 (36,8%) регионах (Красноярск — 56,25‰, Краснодар — 30,79‰, Иваново — 25,27‰, Волгоград — 20,95‰, Иркутск — 18,37‰, Калининград — 17,23‰, Ярославль — 17,29‰), ниже общероссийского — в 12 (63,2%) регионах (Москва — 10,27‰, Казань — 5,47‰, Санкт-Петербург — 5,21 ‰, Нижний Новгород — 4,46‰, Воронеж — 3,74‰, Киров — 2,84‰, Благовещенск — 2,08‰, Владивосток — 2,11‰, Рязань — 2,21‰, Самара — 2,26‰, Брянск — 1,18‰, Ростов-на-Дону — 0,71‰). Полученные данные указывают на неполную регистрацию поверхностного кандидоза кожи и слизистых оболочек в $^{2}/_{3}$ регионов Российской Федерации, принявших участие в эксперименте. Следует учитывать, что дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются значимыми триггерными факторами, отягощающими течение многих дерматозов. Своевременное подавление численности их популяции на коже и слизистых оболочках нередко способствует более быстрому разрешению основного заболевания и удлинению межрецидивного периода.

ПМК относятся к дерматозам инфекционного генеза и, естественно, подтверждение диагноза по обнаружению возбудителя является обязательным. С другой стороны, элиминация возбудителя или снижение степени колонизации кожи и слизистых оболочек позволяют оценить эффективность проводимой терапии. Изучена частота подтверждения диагноза ПМК по выявлению возбудителя в Российской Федерации. Установлено, что в 20% случаев лабораторная диагностика не использовалась. Эти данные соответствуют количеству больных отрубевидным лишаем, при котором клиническая картина заболевания с большой долей вероятности позволяет правильно поставить диагноз. Именно поэтому особый интерес представляли исследования по изучению частоты лабораторного подтверждения диагноза микоза стоп (рис. 6). В 15 регионах

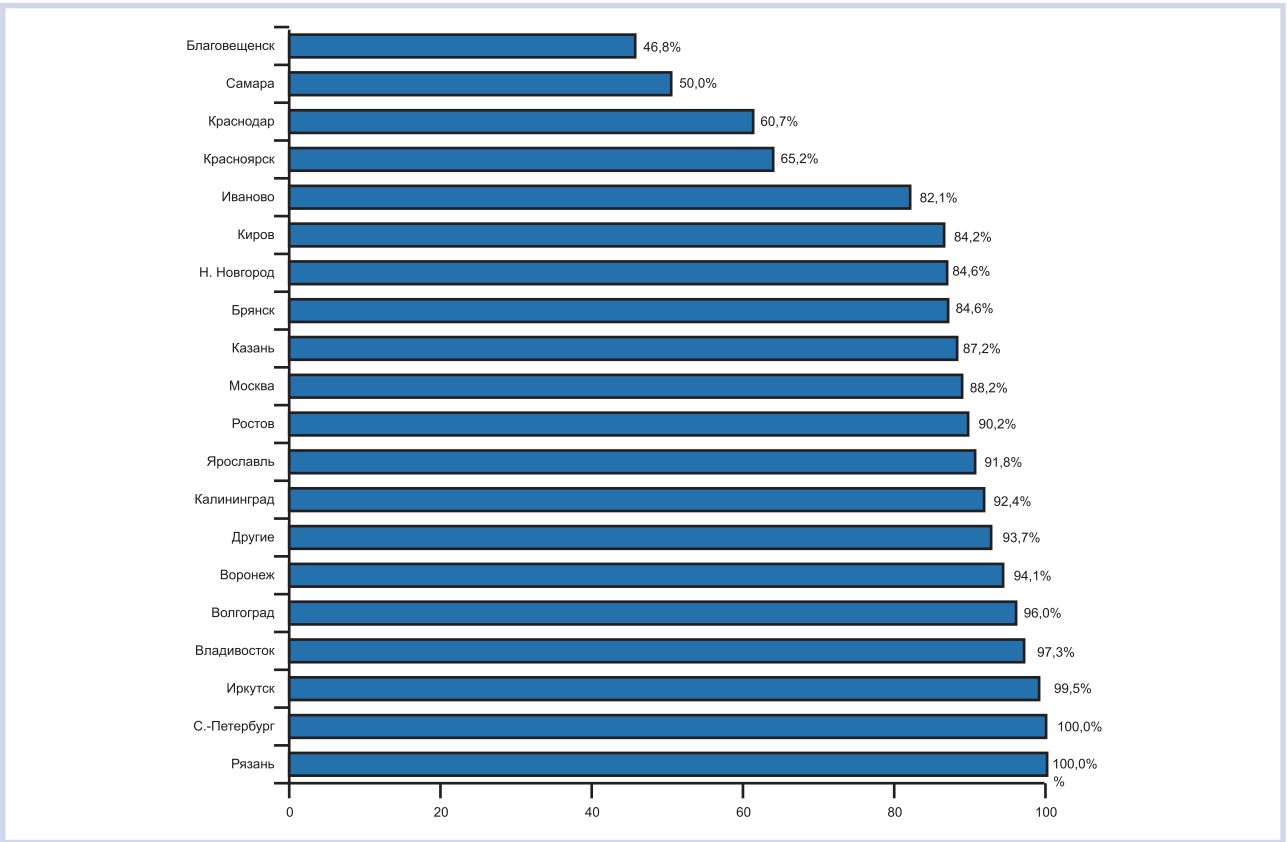

Рис. 6. **Частота подтверждения диагноза микоза стоп результатами лабораторных исследований.**

Российской Федерации микоз лабораторно подтвержден у большинства больных (показатель варьировал от 82,1% в Иванове до 100% в Рязани), в двух регионах (Краснодар, Красноярск) — у $^{2}/_{3}$ больных, в двух (Благовещенск, Самара) — практически у половины (см. рис. 6). Основным методом лабораторного обследования больных была бактериоскопия, использование которой позволяет обнаружить только споры грибов и нити мицелия или псевдомицелия без идентификации вида возбудителя. В связи с этим не исключено, что у части больных со сквамозной формой эпидермофитии диагностировался рубромикоз, а при экссудативной форме рубромикоза — эпидермофития стоп. При проведении лабораторной диагностики ПМК положительный результат наблюдался практически у всех больных (в 95,3% случаев).

Изучены особенности клинического течения ПМК у амбулаторных больных. Ограниченный процесс имели более $^{3}/_{4}$ (79,4%) больных ПМК, распространенный — 19,4%. Единичным пациентам (1,1%) диагноз был поставлен без наличия клинических проявлений заболевания. Вероятнее всего, это были пациенты из числа контактных лиц. Спектр и встречаемость клинических проявлений, характерных для ПМК, представлены на рис. 7. Наиболее часто регистрировались шелушение (85,1%), эритема (80,1%), зуд (75,1%), реже — папулы/пустулы (21,4%) и мокнутие (17,9%). Проведен анализ интенсивности указанных симптомов по степеням (слабая, умеренная, сильная; рис. 8). Выраженность всех клинических симптомов в большинстве случаев оценивалась как умеренная (эритема — 66,71%, шелушение — 64,95%, зуд — 62,8%, папулы/пустулы — 53,98%, мокнутие — 51,2%; см. рис. 8). Выраженная интенсивность симптомов варьировала от 11,89% (шелушение) до 20,54% (папулы/пустулы). Полученные данные свидетельствуют о том, что клиническая картина большинства ПМК у амбулаторных больных является показанием для назначения крема *Залаин* уже при первичном обращении пациента.

В ходе реализации проекта «Асклепий» изучена терапевтическая эффективность крема *Залаин* (сертаконазол) при лечении 4158 больных ПМК в 19 регионах Российской Федерации. Сертаконазол — производное имидазола и бензотиофена с широким спектром действия в отношении патогенных грибов (*C. albicans*, *C. tropicalis*, *Pityrosporum orbiculare*), дерматофитов (*Trichosporum*, *Microsporum*) и возбудителей инфекций кожи и слизистых оболочек (грамположительные штаммы стафило- и стрептококков), в терапевтических дозах обладает фунгистатическим и фунгицидным действием. Механизм действия сертаконазола заключается в угнетении синтеза эргостерола — основного стерола мембран клеток дрожжей и грибов, и увеличении проницаемости клеточной мембраны, что приводит к лизису клетки гриба.

Распределение больных с учетом клинического диагноза представлено на рис. 9. В структуре ПМК у амбулаторных больных $^{1}/_{3}$ (32,5%) составлял рубромикоз стоп, более $^{1}/_{4}$ (21,8%) — отрубевидный лишай. Второе место по встречаемости занимали поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек (12,1%), рубромикоз гладкой кожи (9,61%), паховая эпидермофития (9,31%). Другие виды микозов наблюдались у единичных больных. Существенно, что $^{2}/_{3}$ (68,8%) выборки составляли заболевания, для которых экссудация не типична. Это являлось прямым показанием для назначения залаина в форме крема без предшествующей обработки кожи другими препаратами. Изначально из испытания исключали больных с онихомикозами, инфильтративно-нагноительной трихофитией и микроспорией, женщин в период беременности и лактации. Крем наносили на пораженные участки кожи равномерно тонким слоем 2 раза в день, захватывая примерно

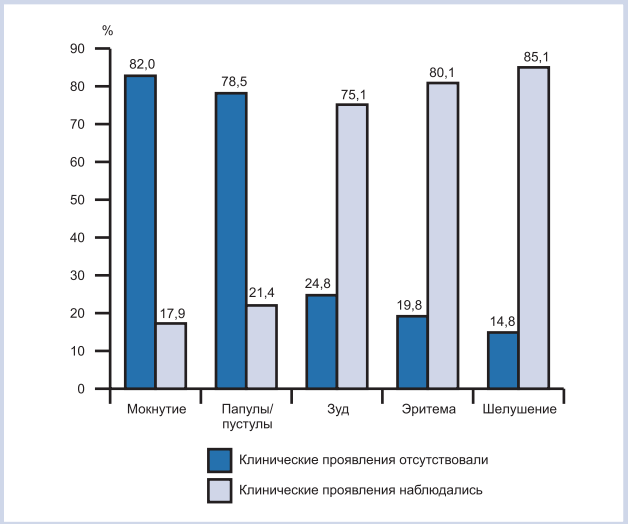

Рис. 7. **Спектр и встречаемость клинических симптомов, характерных для ПМК.**

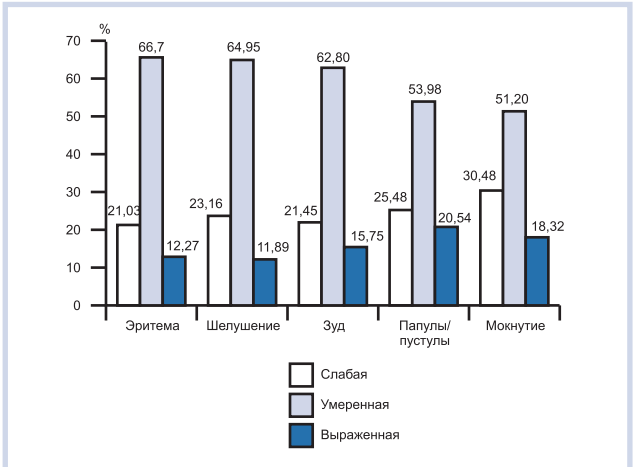

Рис. 8. **Интенсивность выраженности клинических симптомов при ПМК.**

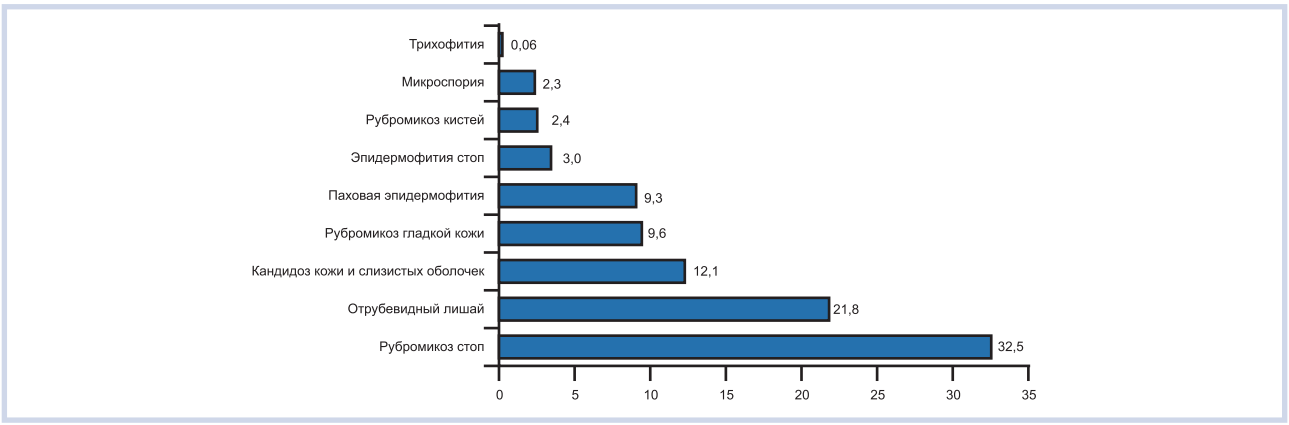

***Рис. 9*. Распределение больных ПМК в соответствии с классификацией Н.П. Кашкина и Н.Д. Шеклакова (*n*=4158).**

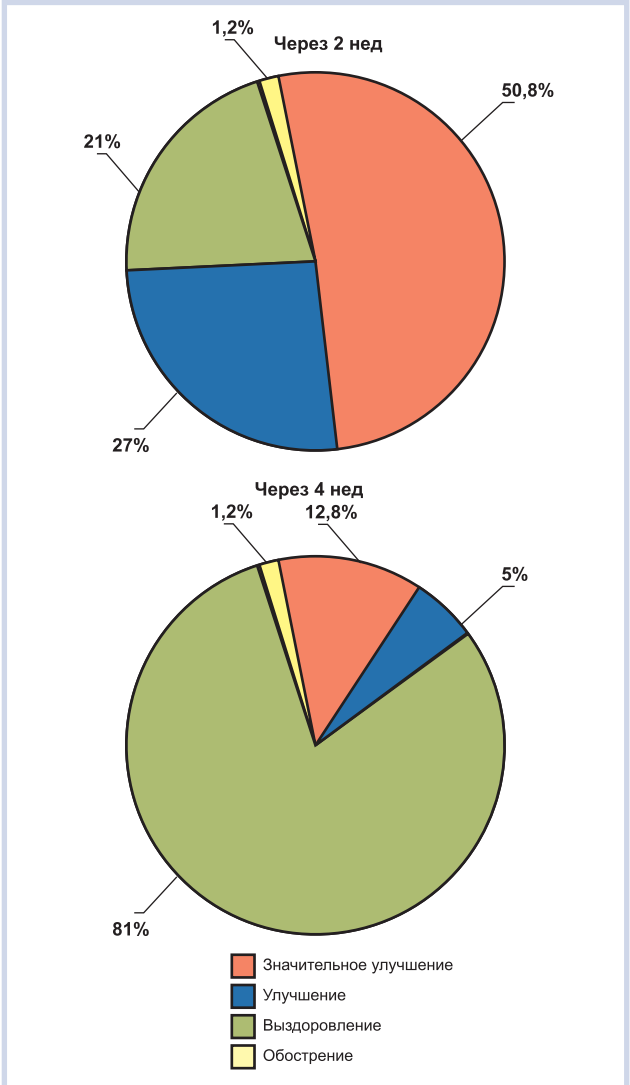

***Рис. 10*. Эффективность лечения больных ПМК в динамике.**

1 см поверхности здоровой кожи. Продолжительность лечения зависела от этиологии заболевания и локализации инфекции. Рекомендуемая длительность лечения составляла 4 нед. Терапевтическую эффективность оценивали через 2 и 4 нед лечения. Учитывали следующие критерии эффективности терапии: «выздоровление», «значительное улучшение», «улучшение» и «без эффекта».

Эффективность лечения оценивали через 2 и 4 нед (рис. 10). Через 2 нед терапии выздоровление было достигнуто у 873 (21%) больных преимущественно с поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек, паховой эпидермофитией и рубромикозом гладкой кожи. Значительное улучшение зарегистрировано у 2114 (50,8%) больных, улучшение — у всех остальных (1123 пациента, 27%). Таким образом, уже через 2 нед положительный терапевтический эффект (выздоровление и значительное улучшение) составил 71,8%. Обострение процесса зарегистрировано у 48 (1,2%) больных, возможными причинами которого могли быть продолжающееся посещение общественной бани, длительное пребывание в непроницаемой обуви из резины (чаще производственная деятельность) или синтетических волокон (приоритет подростков), нерегулярное использование препарата. Через 4 нед выздоровление наступило у 3368 (81%) больных, значительное улучшение — у 534 (12,8%), улучшение — у 206 (5%), обострение — у 50 (1,2%). Таким образом, положительный терапевтический эффект от наружного применения 2% крема *Залаин* составил 93,8%.

Прослежена динамика клинических симптомов у больных ПМК через 4 нед лечения (рис. 11). Разрешение мокнутия произошло у всех (100%) больных, эритемы (98%) и папул/пустул (96%) — практически у всех пациентов. На зуд перестали жаловаться 94% больных, шелушение исчезло у 87% больных.

Вызывает недоумение редкое (1041 больной, 31,3%) использование лабораторной диагностики в качестве критерия излеченности ПМК: у $^{2}/_{3}$ (2285 больных, 68,7%) пациентов выздоровление оценивали только клинически. Оценка роли лабораторной диагностики в излеченности ПМК проведена

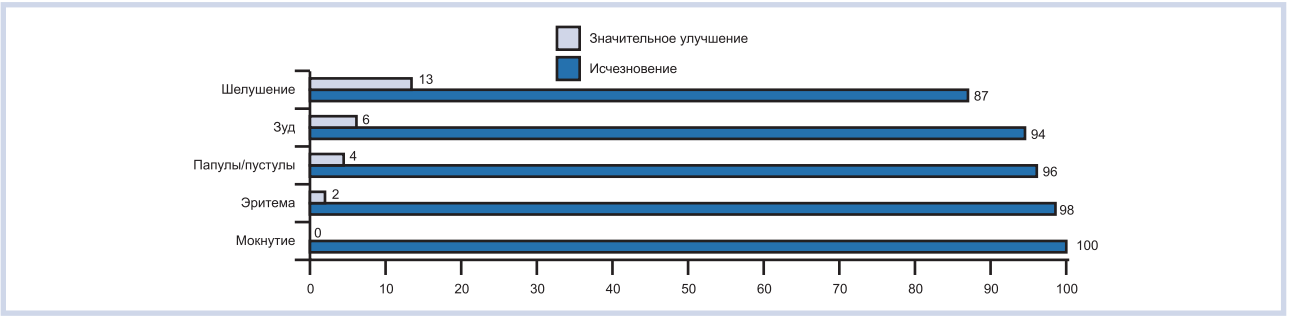

Рис. 11. **Динамика клинических симптомов заболевания через 4 нед после начала лечения.**

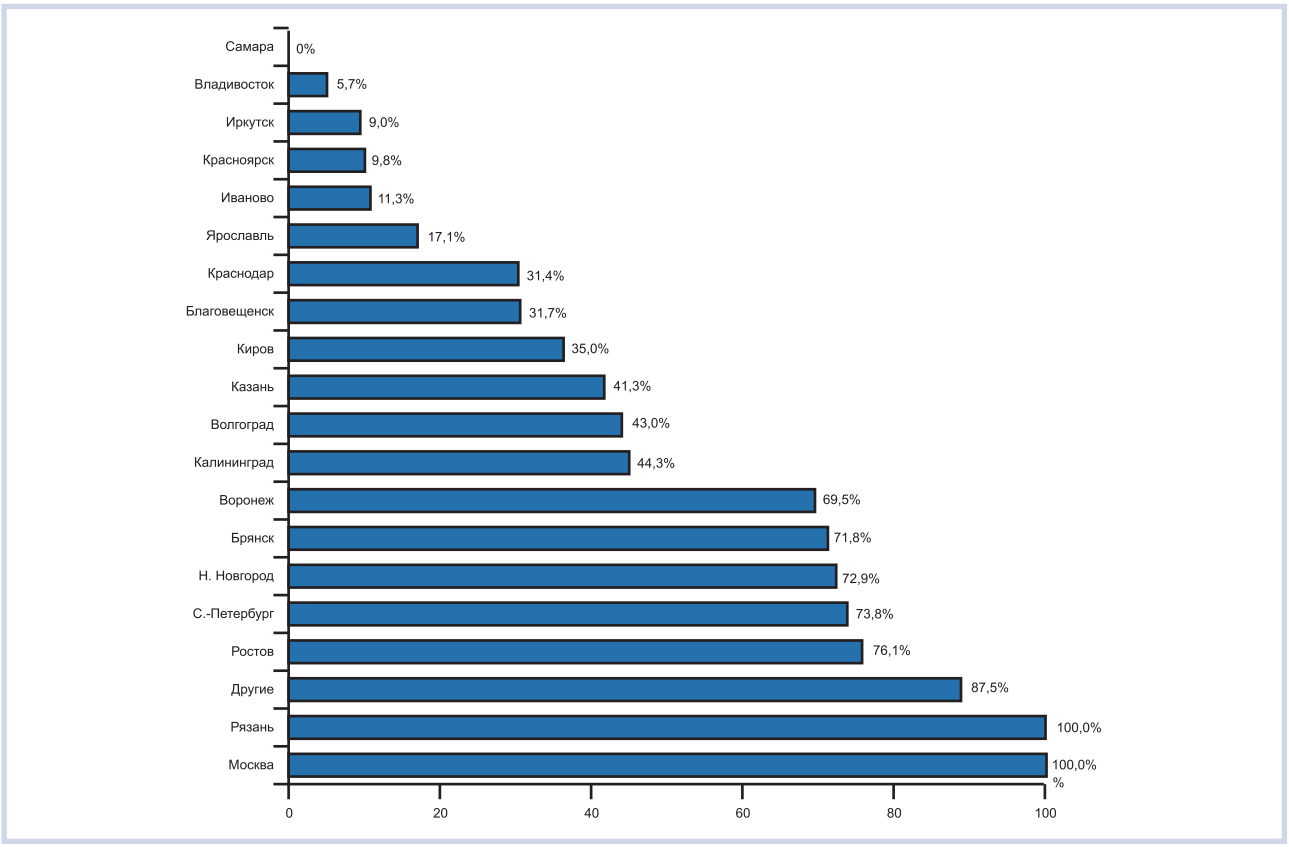

Рис. 12. **Использование лабораторной диагностики как критерия излеченности ПМК в регионах Российской Федерации.**

по регионам Российской Федерации (рис. 12). Результаты лабораторных исследований на грибы в качестве критерия излеченности у всех больных использовали только в Москве и Рязани, примерно в $^{3}/_{4}$ случаев — в Ростове-на-Дону, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Брянске, Воронеже, в пределах половины — в Калининграде, Волгограде, Казани, в пределах $^{1}/_{3}$ — в Кирове, Благовещенске, Краснодаре. В остальных регионах основным критерием излеченности микоза было разрешение клинических проявлений.

Обсуждение

ИП заболеваемости ПМК у амбулаторных больных, обратившихся в дерматовенерологические учреждения Российской Федерации, достаточно высок — 94,5‰. Лидируют дерматомикозы (62,5‰), на втором месте — кератомикозы (20,6 ‰), на третьем — поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек (11,4‰). В структуре дерматомикозов наиболее высокий ИП для микоза стоп (32,7‰), второе место занимают эпидермофития паховая (8,8‰), микоз туловища (8,6‰) и онихомикозы (7,3‰), третье — микоз бороды и усов (2,7‰) и микоз кистей (2,3‰). У $^{1}/_{4}$ (25,35%) пациентов ПМК протекали на фоне различных дерматозов, отягощая течение основного заболевания. Учитывая, что данный показатель в разных регионах Российской Федерации варьирует в широких пределах, можно предположить, что дерматологи не всегда проводят качественное обследование дерматологических

больных на сопутствующую патологию. По результатам исследования, лабораторное подтверждение микоза выполнено 80% больных, а микроскопия на грибы в качестве критерия излеченности осуществлена только у $^{1}/_{3}$ (31,3%) больных. В связи с этим при оценке эффективности терапии было трудно решить вопрос, с чем связано обострение заболевания – с рецидивом или реинфекцией? На большом контингенте больных ПМК дана высокая оценка терапевтической эффективности крема *Залаин*. Через 2 нед после начала терапии эффективность лечения составляла 71,8%, а через 1 мес — 93,5%. Побочных эффектов и осложнений терапии не зарегистрировано.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кубанова А.А., Потекаев Н.Н., Яцуха М.В., Рубашева Т.В.* Динамика распространения дерматофитий в Российской Федерации. Вестн дерматол венерол 2000;4:56—78.
2. *Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П.* Дерматомикозы. Ст-Петербург: МАЛО 2003.
3. *Степанова Ж.В.* Грибковые заболевания: диагностика и лечение. М: Миклош 2005.
4. *Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю.* Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М: Мином 2008.
5. *Лещенко В.М., Богуш П.Г., Лещенко Г.М.* Комбинированное лечение руброфитии. Усп мед микол 2003;2:91—92.
6. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.* Новые информационные технологии и дистанционное обучение пациентов — перспективный способ борьбы с массовыми микозами человека. Усп мед микол 2007;10:15—16.
7. *Сергеев Ю.В.* Местная и комбинированная терапия онихомикозов. Пособие для врачей. М 2003.
8. *Федотов В.П.* Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов. Современная микология в России. Съезд микологов, 1-й: Тезисы. М: Издательство Национальной академии микологии 2002;317.
9. *Сергеев Ю.В., Бунин В.М., Сергеев А.Ю. и др.* Поликлинические микозы. Кремлевск мед 2010;5:24—29.
10. *Кунакбаева Т.С.* Состояние и общие тенденции проблемы микозов стоп в Казахстане. Усп мед микол 2005;6:46—49.
11. *Соколова Т.В., Гладько В.В., Рязанцев И.В. и др.* Заболеваемость микозами кожи военнослужащих по призыву и курсантов МО РФ. Усп мед микол 2005;6:56—57.
12. *Толчина Л.В., Кочергин Н.Г., Кошелева И.В.* Дерматологическое обследование иностранных студентов, приезжающих на учебу в Россию. Усп мед микол 2005;6:59—69.
13. *Верхогляд И.В.* Совершенствование лечения псориаза, осложненного онихомикозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2002.
14. *Рахматов Т.П.* Влияние онихомикоза на течение некоторых дерматозов. Усп мед микол 2007;10:60—63.
15. *Кливитская Н.А.* Особенности течения атопического дерматита, ассоциированного с сенсибилизацией к дрожжевой флоре: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2009.
16. *Мавлянова Ш.З.* Особенности микробиоты организма у больных с атопическим дерматитом. Усп мед микол 2006;7:75—77.
17. *Соколова Т.В., Мокроносова М.А.* Особенности течения и ведения больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек. Рос аллергол журн 2007;5:63—73.
18. *Васёнова В.Ю.* Особенности клинических проявлений наследственных кератодермий у пациентов с микозом. Актуальные вопросы дерматовенерологии: Сборник научн трудов. Курск 2000;3:24—26.
19. *Чистякова И.А., Новикова Н.В.* Микозы стоп у больных «классической» саркомой Капоши. Современная микология в России. Съезд микологов, 1-й: Тезисы. М: Издательство Национальной академии микологии 2002;313—314.
20. *Ибрагимова Л.Э.* Организация работы дерматовенеролога по совершенствованию диагностики и профилактики ВИЧ/СПИДа у лиц призывного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 2006.
21. *Пак Е.Ю.* Микоз стоп у больных с рецидивирующим рожистым воспалением нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 2009.
22. *Курников Г.Ю., Балчугов В.А.* Эпидемиологические особенности онихомикозов. Усп мед микол 2006;8:11—12.
23. *Рудницкий Е.А., Соболев А.В.* Заболеваемость грибковыми инфекциями у жителей эконегативной зоны. Усп мед микол 2006;8:13—14.
24. *Гудкова Ю.Н., Котрехова Л.П., Рознатовский К.И., Климко Н.Н.* Этиология микозов кожи и ее придатков у пациентов, длительно получающих системные глюкокортикостероиды. Усп мед микол 2006;8:26—28.