Клиническая дерматология и венерология
2020, Т. 19, № 3, с. 343-354
https://doi.org/10.17116/klinderma202019031343

Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology =
Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya 2020, Vol. 19, No. 3, pp. 343-354
https://doi.org/10.17116/klinderma202019031343

Ошибки врачей в выборе тактики обследования и лечения больных с поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек

© Т.В. СОКОЛОВА, А.П. МАЛЯРЧУК

Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Кандидоз кожи и слизистых оболочек часто встречается в практике врачей всех специальностей. Многолетний опыт консультативной работы свидетельствует, что врачи часто допускают ошибки в диагностике и тактике лечения данной патологии. Наличие у больных неинвазивного процесса указывает на целесообразность использования топических антимикотиков.

Цель исследования — анализ ошибок дерматовенерологов в выборе тактики обследования и лечения больных поверхностным кандидозом кожи и/или слизистых оболочек.

Материал и методы. Материал получен при обследовании и лечении больных, которых направляли на консультативный прием к авторам статьи в течение 5 лет. Диагноз подтверждали клинически, микроскопически (нити псевдомицелия, почкующиеся клетки), бактериологически и определением уровня специфических IgM к *Candida albicans*.

Результаты. Случаи ошибок врачей ранжированы на 5 категорий: 1) выявление не всех очагов кандидозной инфекции и, как следствие, персистенция заболевания; 2) назначение системных антибиотиков, кортикостероидов и цитостатиков без прикрытия антимикотиками при заболеваниях различного генеза; 3) возможность возникновения кандидоза полости рта у пациентов с бронхиальной астмой, использующих топические ингаляционные лекарственные формы кортикостероидов; 4) осложнение кандидозной контаминацией очагов поражения при дерматозах интертригинозной локализации; 5) рецидивы у мужчин урогенитального кандидоза как результат повторного инфицирования от женщины с нелеченым кандидозным вульвовагинитом.

Вывод. Статья предназначена для повышения уровня профессиональной подготовки дерматовенерологов и врачей смежных специальностей. Опыт авторов свидетельствует о высокой терапевтической эффективности сертаконазола и повидон-йода при лечении кандидоза различной локализации.

Ключевые слова: кандидоз кожи, слизистых оболочек, ошибки в диагностике и лечении, сертаконазол, повидон-йод.

Соколова Т.В. — https://orcid.org/0000-0002-5450-4218
Малярчук А.П. — https://orcid.org/0000-0003-2559-846X

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Соколова Т.В., Малярчук А.П. Ошибки врачей в выборе тактики обследования и лечения больных с поверхностным кандидозом кожи и слизистых оболочек. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020;19(3):343–354. https://doi.org/10.17116/klinderma202019031343

Doctors' mistakes in choosing tactics for examining and treating patients with superficial candidiasis of skin and mucous membranes

© T.V. SOKOLOVA, A.P. MALYARCHUK

Medical Institute of Continuing Education of the Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Moscow State University of Food Production», Moscow, Russia

ABSTRACT

Introduction. Candidiasis of skin and mucous membranes is often found in practice of doctors of all specialties. Years of experience in advisory work indicate that doctors often make mistakes in the diagnosis and treatment tactics of this pathology. The presence of non-invasive process in patients indicates the advisability of using topical antimycotics.

Aim of study. Analysis of dermatovenerologists' mistakes in choosing the tactics for examining and treating patients with superficial candidiasis of the skin and/or mucous membranes.

Material and methods. The material was obtained during examination and treatment of patients who were referred for advisory appointment with the authors of this article during 5 years. The diagnosis was confirmed clinically, microscopically (pseudomycelia filaments, budding cells), bacteriologically and by determining the level of specific IgM for *Candida albicans*.

Results. Cases of medical errors are ranked in 5 categories: 1) the identification of not all foci of candidal infection and, as a result, the persistence of disease; 2) the prescription of systemic antibiotics, corticosteroids and cytostatics without covering with antimycotics for diseases of various origins; 3) the possibility of oral candidiasis in patients with bronchial asthma using topical inhaled dosage forms of corticosteroids; 4) complication of candidal contamination of the lesions with dermatoses of intertriginous localization; 5) relapses of urogenital candidiasis in men as a result of reinfection from a woman with untreated candidal vulvovaginitis.

Conclusion. The article is intended to increase the level of professional training of dermatovenerologists and doctors of related specialties. The authors' experience indicates the high therapeutic efficacy of sertaconazole and povidone iodine in the treatment of candidiasis of various localization.

Keywords: candidiasis of skin, mucous membranes, errors in diagnosis and treatment, sertaconazole, povidone-iodine.

Автор, ответственный за переписку: Малярчук А.П. — e-mail: 2236779@mail.ru

Corresponding author: Malyarchuk A.P. — e-mail: 2236779@mail.ru

Sokolova T.V. — https://orcid.org/0000-0002-5450-4218
Malyarchuk A.P. — https://orcid.org/0000-0003-2559-846X

TO CITE THIS ARTICLE:
Sokolova TV, Malyarchuk AP. Doctors' mistakes in choosing tactics for examining and treating patients with superficial candidiasis of skin and mucous membranes. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2020;19(3):343–354. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma202019031343

Список сокращений: КК — кандидоз кожи, СО — слизистые оболочки, ККС — кандидоз крупных складок, КБП — кандидозный баланопостит, ТКС — топические кортикостероиды

Актуальность проблемы

Кандидоз кожи (КК) и слизистых оболочек (СО) — микоз, наиболее распространенный среди населения. Заболевание вызывают дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. О частоте регистрации КК и/или СО в структуре поверхностных микозов кожи свидетельствуют данные многоцентрового исследования, проведенного в РФ в 2012–2013 гг. под патронажем фармацевтической фирмы EGIS (Венгрия). В нем участвовало 50 регионов РФ, 97 лечебно-профилактических учреждений различного профиля, 174 врача. КК (B37) зарегистрирован у 1127 (22,4%) больных. В его структуре доля кандидозного баланопостита (КБП) составила 47,7%, кандидоза крупных складок — 12%. При локализации процесса в области крупных складок, на котором, как правило, больные акцентировали внимание врача, при тщательном осмотре в 53,5% случаев выявлены клинические проявления КК на других локализациях. У мужчин лидировал КБП (87,5%) [1, 2].

Различные аспекты проблемы КК и СО, представленные нами в публикациях в 2004–2017 гг., содержат анализ многочисленных источников литературы с детальной библиографией [1—12]. Вопросы этиопатогенеза, классификации, клиники, методов диагностики и лечения КК и СО подробно отражены в монографии профессоров А.Ю. Сергеева и Ю.С. Сергеева [12], кандидоза органов пищеварения — в работах О.К. Хмельницкого, М.А. Шевякова [13—15], урогенитального тракта — в публикациях В.Н. Прилепской и соавт. [16], А.К. Мирзабалаевой и соавт. [17], Е.К. Кузнецовой [18], В.В. Муравьевой и соавт. [19], А.Б. Яковлева [20] и др., кандидоза крупных складок (ККС) — Т.В. Соколовой и соавт. [21]. Актуальность проблемы КК и/или СО, представленная ниже, базируется на систематизации данных литературы [1—22].

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. встречаются у больных в клинической врачебной практике значительно чаще, чем вместе взятые остальные грибы. Кандидоз относится к группе оппортунистических инфекций и является показателем иммунодефицита в организме. Частое применение в клинической практике антибиотиков, кортикостероидов, гормональных контрацептивов позволило считать кандидоз инфекционным осложнением медикаментозной терапии. Кандидоз является обязательным маркером ВИЧ/СПИДА, ятрогенных иммунодефицитов, вызванных химиотерапией онкологических заболеваний, и при трансплантации органов, а также значимым триггерным фактором, отягощающим течение многих дерматозов, особенно аллергического генеза.

Грибы рода *Candida* spp. широко распространены в природе. Во внешней среде их можно обнаружить в воде, почве, загрязненных экскрементами человека и животных. Кандидоз характерен для населения всех стран мира, но наиболее часто встречается в тропиках и субтропиках. Болеют представители всех возрастных групп, наиболее подвержены заболеванию дети и лица пожилого возраста. С учетом полового признака кандидозом чаще болеют мужчины и курящие женщины. *Candida* spp. часто обнаруживают в продуктах питания (мороженое и творожные сырки — 79%, сметана — 75%, творог — 67%, кефир — 35%, простокваша — 29%, молоко — до 20%). В производственных условиях кандидоз может быть профессиональным заболеванием (рабочие кондитерских, плодоовощных, консервных производств, прачки, посудомойки, повара, раздатчики пищи и др.). Верификация грибов рода *Candida* spp. у 30–50% населения на коже и СО полости рта уменьшается с возрастом — от 90% у новорожденных до 30–45% у здоровых взрослых людей и неоднозначна в различные временные периоды. Если в 1960-е гг. этот показатель составлял 40–50%, то в 1990-е годы увеличился до 60–70%.

Патогенные свойства *Candida* spp. реализуются за счет вирулентных свойств возбудителя. Значимую роль играют секреция протеолитических ферментов и гемолизинов, дерматонекротическая активность, адгезивность (способность прикрепляться к клеткам эпителия). Основные показатели вирулентности (быстрое развитие гифов и эпителиальная адгезия и др.) определяются у *C. albicans* геномом INT1. *C. albicans*

вызывают подавление функции Т- и NK-клеток СО так же, как это делают вирусы герпеса, цитомегаловирус и вирус Эпштейна—Барр. Чрезмерный рост *Candida* spp. рассматривают как своеобразный индуктор системных нарушений.

C. albicans являются составной частью микрофлоры, симбиотной для человека, патогенность которой превосходит все остальные виды *Candida spp.* Бессимптомное носительство *C. albicans* на коже и СО наблюдается у здоровых людей, но чаще гиперколонизация возникает при заболеваниях различного генеза. *C. albicans* входит в состав постоянной микрофлоры пищеварительного тракта, при этом 65–80% колонизации наблюдают в толстой кишке. Этот вид в 17% случаев обнаруживают даже в детрите гастродуоденальных язв, а в полости рта — у 20–70% обследованных лиц. Колонизация влагалища *C. albicans* происходит у 10–30% здоровых женщин, повышается при беременности, активной половой жизни и гинекологической патологии. Нередко *C. albicans* колонизирует кожу вокруг естественных отверстий, в области промежности. Возможно носительство на коже рук. В структуре видового состава лидирует *C. albicans,* который является этиологическим фактором около 90% поверхностного и 50–70% глубокого кандидоза. Грибы нередко размножаются на пищевых продуктах, особенно на фруктах, сладостях и во фруктовых соках.

Данные анамнеза с определенной степенью вероятности позволяют врачу выяснить причины возникновения либо рецидивов КК и/или СО. Факторы, способствующие трансформации условно-патогенной флоры в патогенную, делятся на экзо- и эндогенные, и они достаточно многочисленны. К экзогенным факторам относятся травмы кожи и СО (нарушение целостности сосков матери ребенком при естественном вскармливании, околоногтевых валиков при маникюре, СО полости рта протезами, «выщипывание заусениц» и т.п.). Следует учитывать алиментарный (попадание грибов СО рта при употреблении загрязненной ими пищи) и бытовые (занос в полость рта человека при наличии вредных привычек «грызть» ногти, облизывать пальцы и т.п.) факторы. Значимую роль играет радио- и химиотерапия опухолей. Использование внутриматочных спиралей и применение спермицидов способствует вертикальному распространению грибов. Применение топических интравагинальных лекарственных средств, содержащих метронидазол, антибактериальные препараты, на фоне кандидоносительства может привести к гиперколонизации влагалища *C. albicans*. Развитию кандидоза способствуют повышенная влажность и температура кожи в складках; ее мацерация повязками, пластырями, пеленками, особенно у лежачих больных. Значимы профессиональные вредности (действие на кожу кислот, щелочей, фруктовых соков и эссенций, антибактериальных, белково-витаминных препаратов, красок, растворителей и др.) и повышенное содержание грибов в сырье и воздухе на производстве. Кандидоз нередко провоцирует нерациональный гигиенический режим: нечистоплотность, использование ощелачивающих гелей, мыла и т.п.; ношение тесной одежды. У детей с заедами нередко отмечают привычку сосать палец, облизывать или покусывать углы рта, пристрастие к жевательной резинке. Источником инфекции полости рта у новорожденных могут быть матери (в процессе родов или через инфицированные руки) и медицинский персонал родильных домов.

Эндогенные факторы, способствующие колонизации кожи и/или СО грибами *Candida* spp., также многочисленны и значимы в патогенезе данного микоза. Это врожденные и физиологические иммунодефициты, онкологические, гематологические заболевания, назначение химиотерапии, сопровождаемое тяжелой гранулоцитопенией ($<1{\cdot}10^9$ гранулоцитов). Цитостатические препараты и лучевая терапия действуют на эпителий кишечника, подавляют его защитные функции и способствуют транслокации *Candida* spp. в другие органы за счет их адгезии к эритроцитам, вызывая так называемый инвазивный кандидоз. В структуре дерматологических маркеров ВИЧ-инфекции доля микозов высока — до 70%. Кандидоз нередко возникает у больных после трансплантации органов, костного мозга на фоне использования иммунодепрессантов; при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, ожирение, гипо- и гипертиреоз, микседема, синдром Иценко—Кушинга и др.); при хронических инфекциях (туберкулез, тяжелые гнойные инфекции, пневмоцистная пневмония и др.); при дерматозах интертригинозной локализации (псориаз, экзема, пузырчатка и др.); при патологии гепатобилиарной системы (гепатит, цирроз печени); при синдроме мальабсорбции; при «истощающих» заболеваниях (алкоголизм, наркомания, обширные ожоги, рак и др.). У мужчин триггерными факторами являются фимоз и удлиненная крайняя плоть. Транслокации грибов в другие органы и ткани способствуют шок и анемия, сопровождаемые снижением кровоснабжения кишечника. Несбалансированное питание, в частности дефицит белков, гиповитаминозы, особенно недостаток рибофлавина, аскорбиновой кислоты, пиридоксина, влияют на макрофаги и приводят к снижению их фагоцитарной, бактерицидной активности, незавершенному фагоцитозу, что повышает проницаемость кишечной стенки для *Candida* spp. У детей патогенетически значимы снижение активности сывороточной фунгистазы крови, угнетающей жизнедеятельность дрожжевой флоры, физиологическая недостаточность слюноотделения, снижение противодрожжевой активности лизоцима слюны, частые срыгивания, создающие за счет содержимого желудка кислую среду

в полости рта и др. При наличии хронического генерализованного кандидоза у родителей риск возникновения поверхностного кандидоза у детей многократно увеличивается.

Условием успешного ведения больных с КК и/или СО является правильный выбор методов диагностики заболевания. Ключевым звеном в патогенезе данного дерматоза является диморфная трансформация бластоспор *C. albicans* в псевдомицелий. Только при обнаружении псевдогифов (псевдомицелий) при бактериоскопическом исследовании отделяемого из очагов поражения можно говорить о наличии кандидоза как самостоятельного заболевания. Бактериологический метод позволяет идентифицировать вид *Candida* spp., а ИФА — выявить IgM-антитела в сыворотке крови, свидетельствующие о наличии активной инвазии. Наличие IgM-антител в присутствии клинических проявлений КК и/или СО — диагностически значимый тест. Выявление только IgG-антител свидетельствует о ранее перенесенном кандидозе, но наличие псевдомицелия и клинических проявлений заболевания с определенной долей вероятности указывает на рецидивирующее течение процесса. Латекс-агглютинация с помощью моноклональных антител позволяет определить маннан-антиген, экспрессирующийся на многих макромолекулах гриба, и дифференцировать инвазивный кандидоз от неинвазивного. При инвазивном кандидозе врач должен назначать системные антимикотики, при неинвазивном процессе можно ограничиться топическими противогрибковыми препаратами. Многочисленные исследования свидетельствуют, что в амбулаторной практике врачи имеют дело с неинвазивным КК и/или СО. Инвазивный кандидоз характерен для дерматозов, протекающих на фоне выраженной иммуносупрессии (онкологические заболевания, лейкозы, туберкулез, ВИЧ-инфекция и т.п.).

В случае клинического и лабораторного подтверждения диагноза КК и/или СО врач должен правильно выбрать метод его лечения. Критериями идеального антимикотика являются фунгицидный и фунгистатический механизмы действия, широкий спектр специфической активности, наличие противовоспалительного эффекта, отсутствие лабораторно подтвержденной резистентности возбудителей микозов кожи, доказанный профиль безопасности, изучение эффективности препарата с использованием многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. Этим критериям отвечает сертаконазол. Фармацевтическая компания *Эгис* выпускает его под торговым наименованием *Залаин* в виде крема и вагинальных свечей [23]. *Залаин* применяется более чем в 60 странах мира. В 1993 г. за разработку препарата была получена премия Галена в области фармакологии, в 1995 г. — премия Европейской фармакопеи, признавшей его лучшим лекарством в Испании. В 2004 г. препарат одобрен FDA. В России *Залаин* используется с 2006 г., в 2012 г. он получил статус безрецептурного препарата.

Отмечена высокая эффективность свечей сертаконазола при лечении урогенитального кандидоза у женщин [24, 25]. Их рекомендовано использовать при лечении данной патологии независимо от штамма возбудителя [25].

При остром процессе, сопровождаемом выраженной экссудацией, на первом этапе терапии целесообразно использовать подсушивающие средства. Спиртовые растворы анилиновых красителей (фукорцин, бриллиантовый зеленый) вызывают чувство жжения при нанесении на деликатные зоны (головка полового члена, внутренний листок крайней плоти, крупные складки, углы рта и т.п.) и на любые места локализации у детей. В связи с этим препаратом выбора в данной ситуации является универсальный антисептик повидон-йод (бетадин). Это водный раствор препарата с широким спектром специфической активности, резистентность к йоду у возбудителей не развивается. Повидон-йод рекомендуют применять и для лечения кандидоза СО полости рта методом полоскания. Для этого 30 капель препарата добавляют в $^1/_3$ стакана теплой воды (можно непосредственно из-под крана).

С учетом частых осложнений КК вторичной инфекцией, симбиоза *Candida* spp. и *St. aureus* [5], что увеличивает патогенное действие каждого возбудителя, а также особенностей строения поражаемых деликатных зон, следует выбирать топические лекарственные средства, обладающие одновременно противовоспалительным, антимикотическим и антимикробным действием. Сертаконазол (*Залаин*, крем и свечи) и повидон-йод (бетадин, раствор и мазь) относятся к данной группе препаратов.

Цель исследования — для повышения уровня профессиональной подготовки врачей-дерматовенерологов провести анализ их ошибок в выборе тактики обследования и лечения больных поверхностным КК и/или СО.

Материал и методы

Консультации больных проводили на клинических базах кафедры. Использован материал диссертационных работ аспирантов и соискателей кафедры. Часть материала получена при анализе клинических случаев больных при их самостоятельном обращении на кафедру за консультативной помощью. Лабораторную диагностику кандидоза осуществляли микроскопически в нативных и щелочных препаратах, а также после окрашивания водным раствором метиленового синего, бактериологически и путем определения специфических IgM и IgG методом ИФА.

Результаты

Многолетний клинический опыт позволил ранжировать ошибки, допускаемые врачами при диагностике и выборе тактики лечения данной категории больных, на несколько категорий.

Ошибки при диагностике КК и/или СО

Недопустимо ставить диагноз КК и/или СО только на основании положительного результата бактериологического метода исследования на *Candida* spp. из очагов поражения при отсутствии клинических проявлений кандидоза или обнаружении повышенного титра IgG-антител к *C. albicans* с использованием ИФА. Результаты исследования в первом случае зачастую позволяют выявить кандиданосительство, во втором — свидетельствуют о перенесенном ранее кандидозе. Критерии адекватной диагностики: наличие клинических проявлений заболевания на коже и СО и выявление при микроскопии в окрашенных препаратах псевдомицелия дрожжеподобных грибов.

Ошибки в выборе тактики лечения КК и/или СО

Выявление не всех очагов кандидозной инфекции, и, как следствие, персистенция заболевания в связи с сохранением на коже и СО очагов гиперколонизации возбудителя

Результаты многоцентрового исследования в РФ свидетельствуют, что у больных с ККС нозологические формы КК других локализаций зарегистрированы в 53,5% случаев, а у мужчин лидировал КБП — 87,5% случаев [2]. Лечение только ККС или только КБП приводило к реинвазии из очагов инфекции, не выявленных врачом. В результате процесс постоянно рецидивировал.

В клинической амбулаторной практике больные зачастую на первичном приеме у врача делают акцент только на проблемном для них в данный момент очаге поражения. Следует помнить, что кандидоз, как правило, многоочаговый процесс. В соответствии с классификацией А.М. Ариевича и З.Г. Степанищевой (1965) выделяют КК поверхностный (ККС, межпальцевые дрожжевые эрозии, кандидоз мелких складок, кандидозный дерматит ладоней и подошв, кандидозный дерматит грудных детей и взрослых, КБП); кандидоз СО (кандидоз СО полости рта, кандидоз углов рта, кандидозные хейлит и вульвовагинит); кандидоз ногтевых валиков и ногтей (кандидозная паронихия, кандидозная онихия); хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей. Классификация кандидоза, предложенная А.Ю. Сергеевым и Ю.В. Сергеевым (2002) [12], включает кандидный фолликулит, различные варианты орофарингиального кандидоза (фарингиты, тонзиллиты, глосситы, стоматиты, гингивиты). Как результат гиперэргической реакции, вызванной сенсибилизацией к дрожжеподобным грибам, могут возникать кандидамикиды (левуриды). Для них характерны внезапное появление, быстрая диссеминация и наличие общих явлений. Клинически кандидамикиды могут проявляться в виде эритематозно-сквамозных, уртикарных и даже буллезных высыпаний. Наличие указанных манифестаций требует индивидуального подхода к выбору тактики лечения.

Случай из практики 1. Больной *Д.*, 36 лет, обратился на кафедру кожных и венерических болезней для консультации и подбора терапии.

Из анамнеза. Болеет около 6 мес. Сопутствующее заболевание — сахарный диабет. Первый эпизод высыпаний на кистях возник после нервного стресса. Лечился по месту жительства с диагнозом «дисгидротическая экзема кистей». Получал антигистаминные препараты (клемастин, хифенадин, цетиризин), глюконат кальция внутримышечно, препараты белладонны. Наружно использовал однокомпонентные топические кортикостероиды (ТКС): метилпреднизолона ацепонат и гидрокортизона 17-бутират. Эффект временный. После прекращения лечения наступало обострение. Другие участки кожного покрова врач не осматривал. Во время гигиенических процедур для всех частей тела использовал одно полотенце.

Данные осмотра **(рис. 1)**. Кожа ладоней и боковых поверхностей пальцев отечна, гиперемирована, на поверхности множественные везикулы и пузыри диаметром от 0,5 до 1,1 см с напряженной покрышкой, на правой ладони крупный пузырь диаметром 2,5 см **(см. рис. 1, а)**. На II, III, IV пальцах правой кисти (больной правша) ногтевые валики отечные, отсутствует эпонихий **(см. рис. 1, б)**. На коже межъягодичной складки с переходом на бедра яркая эритема с четкими границами и шелушением на поверхности **(см. рис. 1, в)**. Вокруг ануса небольшая мацерация. Миндалины гиперемированы, отечны, точечные вкрапления белого цвета.

Лабораторное обследование. Микроскопия нативных и окрашенных препаратов из очага в межъягодичной складке, с ладони и отделяемого зева найдены нити псевдомицелия. При посеве материала с области межъягодичной складки отмечен рост *C. Albicans* и *St. aureus*. ИФА: повышение уровня IgM- и IgG-антител к *C. albicans*.

Окончательный диагноз. Кандидоз межъягодичной складки, кандидозный дерматит ладоней, кандидозные паронихии, кандидоз СО полости рта.

Лечение. С учетом того, что основным резервуаром *C. albicans* является кишечник, внутрь назначен топический антимикотик натамицин по 100 мг 4 раза в сутки. Курс лечения 7 дней. Пузырь на ладони вскрыли стерильной иглой, проколов его в двух местах для удаления экссудата. Пузырь и все полостные элементы в области ладоней и боковых поверхностей пальцев рекомендовали тушировать раствором повидон-йода утром и вечером в течение 4 дней. После подсыхания их в корочки назначили крем сер-

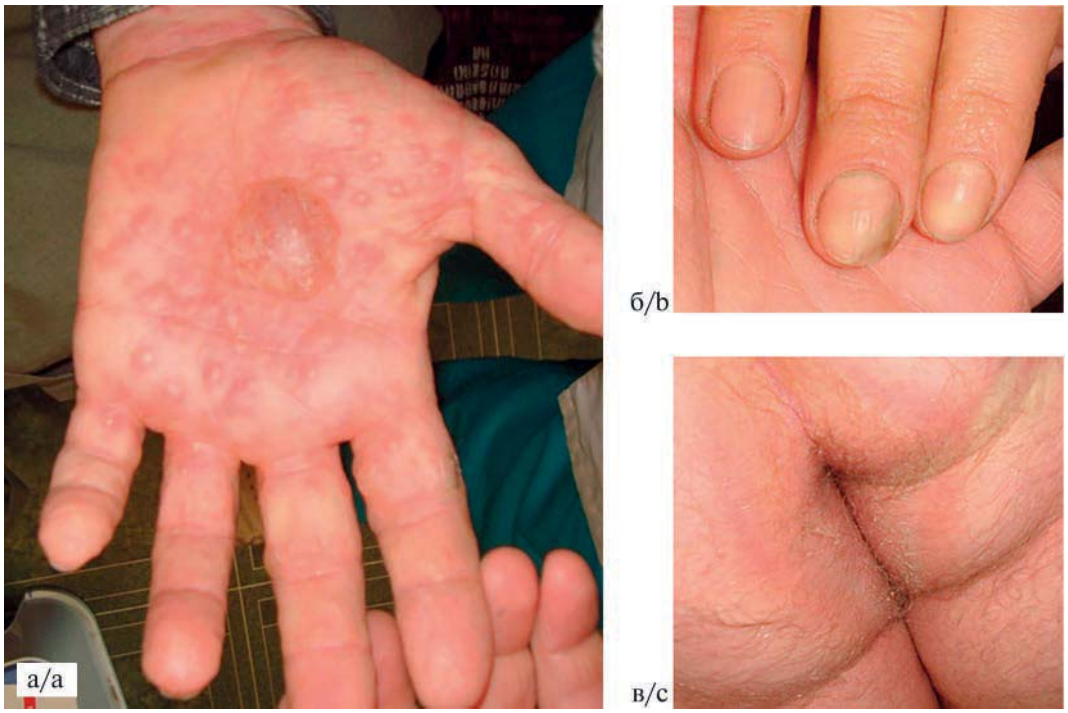


Рис. 1. **Больной *Д.*, 36 лет.**
а — кандидозный дерматит ладоней; б — кандидозные онихии на правой кисти; в — кандидоз межъягодичной складки.

Fig. 1. **Patient *D.*, 36 years old.**
a — candidal dermatitis of palms; b — candida onychia on right hand; c — candidiasis of intergluteal fold.

таконазол (*Залаин*) 2 раза в день. Им же обрабатывали околоногтевые валики и очаг поражения в области межъягодичной складки и на бедрах. Полость рта больному рекомендовали полоскать раствором повидон-йода. Для этого 30 капель препарата разводили в $^1/_3$ стакана теплой воды.

Динамика процесса. Значительное улучшение наступило через 1 нед после начала терапии. Через 2 нед разрешился очаг в межъягодичной складке, активно шла эпителизация эрозии на ладони. Спустя 3 нед зарегистрировано полное разрешение процесса. Больному даны рекомендации о режиме питания и необходимости контролировать уровень глюкозы в крови. С учетом того, что кандидоз у больных сахарным диабетом часто рецидивирует, осмотр кожи и видимых СО эндокринологом/терапевтом позволяет своевременно выявить первые клинические симптомы микоза и назначить адекватную антимикотическую терапию. Это дает возможность предотвратить генерализацию процесса.

Назначение системных антибиотиков, кортикостероидов и цитостатиков без прикрытия антимикотиками при заболеваниях различного генеза

Мы наблюдали рецидивы ККС, кандидозного уретрита и КБП у мужчин, вульвовагинита у женщин после назначенной терапевтами/гастроэнтерологами для лечения гастритов антихеликобактерной терапии, схемы которой включают 2 или 3 антибиотика различных фармакологических групп. Нередко рецидив урогенитального кандидоза с вовлечением в процесс кожного покрова наблюдают при лечении сопутствующего заболевания антибиотиками (пиелонефрит, воспаление легких, отит и т.п.). Игнорирование антимикотической терапии у больных с ранее диагностированным кандидозом приводит к более тяжелому течению заболевания, возникновению многоочаговости процесса и микогенной сенсибилизации.

Случай из практики 2. Больная *Р.*, 29 лет, обратилась на консультативный прием к профессору кафедры. Цель консультации — решение вопроса о выборе тактики лечения в связи с постоянными рецидивами кандидозного вульвовагинита.

Жалобы на дискомфорт, зуд вагины и чувство жжения в области больших и малых половых губ и вокруг заднего прохода, творожистые выделения из влагалища, количество которых увеличивается во время менструации.

Из анамнеза. Болеет около 5 лет. Диагноз впервые поставлен во время беременности. Лечилась в женской консультации по месту жительства. Получала только наружную терапию в III триместре беремен-



Рис. 2. **Больная *Р.*, 29 лет.**
а — кандидозный вульвовагинит, кандидоз межъягодичной складки; б — кандидоз в области аксиллярных складок; в — кандидозные заеды и хейлит; г — кандидоз крупных складок (под молочными железами).

Fig. 2. **Patient *R.*, 29 years old.**
a — candidiasis vulvovaginitis, candidiasis of intergluteal folds; b — candidiasis in the area of axillary folds; c — candida seizures and cheilitis; d — candidiasis of large folds (under mammary glands).

ности. Название препаратов не помнит. В дальнейшем эпизоды заболевания возникали спонтанно, с какими-то причинами их не связывает. Обычно для лечения назначали внутрь капсулы флуконазола по 150 мг/сут в течение 5 дней. Интравагинально использовала свечи с натамицином (пимафуцин) или вагинальные таблетки с клотримазолом, наружно — крем с натамицином (пимафуцин) или клотримазолом (кандид). Гинеколог осматривал только половые органы. Последний эпизод заболевания возник 2 мес назад. Это совпало со временем пребывания пациентки в стационаре по поводу пиелонефрита. Получала системные антибиотики без антимикотического прикрытия. В пищевом рационе больной преобладает пища, богатая углеводами (сдобное тесто, сладости, виноград, бананы и т.п.).

Данные осмотра **(рис. 2)**. Процесс распространенный. Высыпания локализуются в области наружных половых органов, крупных складок, на лице. Большие и малые половые губы гиперемированы, отечны **(см. рис. 2, а)**. На соприкасающихся поверхностях малых половых губ, в области задней спайки и вокруг ануса на фоне яркой эритемы мелкие эрозии, трещины и белый творожистый налет. Складки вокруг ануса отечны. Кожа межъягодичной складки и прилегающие участки кожи ягодиц резко гиперемированы, вокруг множество мелких папул («дочерние отсевы») **(см. рис. 2, а)**. Высыпания в аксиллярной области представлены участками эритемы различных размеров и папулами красного цвета диаметром до 4 мм **(см. рис. 2, б)**. Под молочными железами в области складок линейная эритема с мелкими папулами на поверхности и вокруг очага **(см. рис. 2, г)**. Красная кайма губ отечна, выражены поперечные бороздки с чешуйками и корочками на поверхности. В области углов рта мелкие эрозии с точечными серозными ко-

рочками **(см. рис. 2, в)**. Осмотр в зеркалах: вульва и СО влагалища гиперемированы. На них и в области заднего и боковых сводов влагалища адгезированы желтовато-белые выделения.

Лабораторное обследование. При микроскопии нативных и окрашенных препаратов, взятых из влагалища, из очагов поражения в области межъягодичной складки и с поверхности миндалин, обнаружены псевдомицелий и почкующиеся дрожжевые клетки. ИФА: повышение уровня IgM- и IgG-антител к *C. albicans*.

Окончательный диагноз. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит, кандидозные заеды и хейлит, кандидоз крупных складок (межъягодичной, аксиллярной и под молочными железами).

Лечение. Как и в первом случае, внутрь назначили таблетки натамицина по 100 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней. С учетом многоочаговости процесса, наличия «дочерних отсевов» по периферии основных очагов в области крупных складок, рецидивирующего характера дерматоза, повышенного уровня IgM-антител к *C. albicans* рекомендован курс антигистаминного препарата левоцетиризина (супрастинекс) по 1 таблетке на ночь в течение 14 дней. Для купирования процесса на коже (крупные складки, наружные половые органы, область заднего прохода) рекомендован крем сертаконазол (*Залаин*) 2 раза в сутки до полного разрешения высыпаний. Для лечения вульвовагинита — свечи сертаконазол (*Залаин*) дважды с кратностью в неделю. Заеды больная обрабатывала раствором повидон-йода (бетадин) 2–3 раза в день, 3 дня, а затем одновременно с красной каймой губ смазывала кремом сертаконазол (*Залаин*). Для полоскания полости рта использовала раствор повидон-йода из расчета 30 капель на $^1/_3$ стакана теплой воды. Дан совет исключить из питания рафинированные сладости, продукты с бродильным эффектом. Сделали акцент на необходимость приема антимикотиков при использовании антибактериальных препаратов по любому поводу.

Динамика процесса. Повторная консультация больной через 2 нед показала полное разрешение процесса на лице, под молочными железами и в области аксиллярных складок. На остальных участках кожного покрова отмечена незначительная эритема с шелушением. Произошла эпителизация эрозий и трещин в области половых органов и ануса. Положительная динамика процесса зарегистрирована и в области вульвы и влагалища. К лечению добавили рибофлавин по 1 таблетке 3 раза в день. Спустя 3 нед процесс полностью разрешился. Больше больная на кафедру за помощью не обращалась.

Возможность возникновения кандидоза СО полости рта у пациентов с бронхиальной астмой, использующих в качестве базисной терапии топические ингаляционные лекарственные формы кортикостероидов. Мы наблюдали 2 таких больных **(рис. 3)**. Периодическое использование с целью профилактики раствора повидон-йода исключало его возникновение.



***Рис. 3.* Больной *К.*, 56 лет. Диагноз: атрофический кандидозный глоссит, кандидозные хейлит и заеды.**
Основной диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение. Давность заболевания более 20 лет. Базисная терапия: будезонид + формотерола фумарата дигидрат и др. ингаляционные ТКС.

***Fig. 3.* Patient *K.*, 56 years old. Diagnosis: atrophic candidal glossitis, candidal cheilitis and seizures.**
The main diagnosis: bronchial asthma, mixed form, persistent course. The disease is over 20 years old. Basic therapy: budesonide + formoterol fumarate dihydrate and other inhaled TCS.

Осложнение кандидозной контаминацией очагов поражения при дерматозах интертригинозной локализации

Случай из практики 3. Больной *Г.*, 7 лет. Направлен на консультацию педиатром для уточнения диагноза.

Жалобы на наличие высыпаний в области паховых складок, на мошонке, сопровождаемых зудом; невозможность открыть головку полового члена; першение и легкая болезненность в области горла.

Из анамнеза. Состоит на диспансерном учете у дерматолога с диагнозом «интертригинозный псориаз». Болен с 6 мес. Очаги поражения практически всегда локализовались симметрично в области паховых складок. Иногда типичные для псориаза папулы с серебристо-белыми чешуйками на поверхности появлялись на коленях. Обострение заболевания чаще регистрируется в осенне-зимний период. У дедушки по материнской линии псориаз. Ребенок регулярно получает лечение. В качестве базисной наружной терапии использовали метилпреднизолона ацепонат (адвантан), цинк пиритион активированный (скин-кап) в виде кремов, бальзам атодерм PP, топикрем Цика и др. Полгода назад после перенесенной вирусной инфекции наступило резкое обостре-

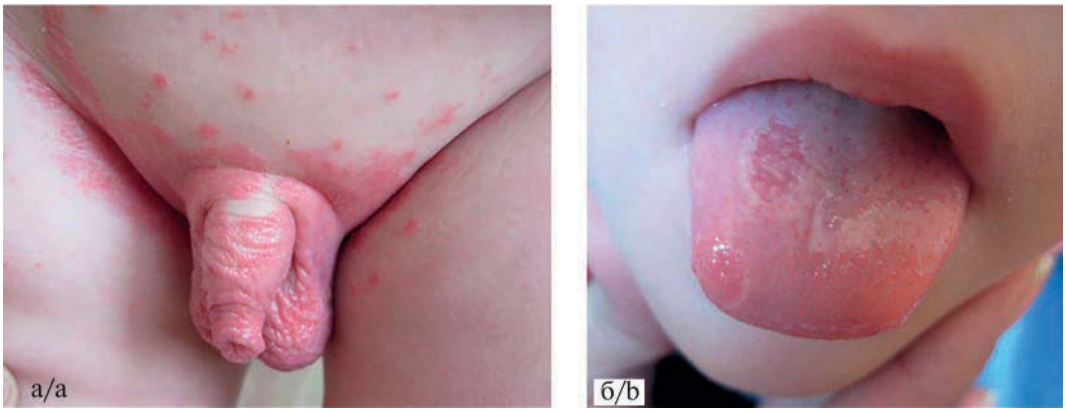


***Рис. 4.* Больной *Г.*, 7 лет. Основной диагноз: интертригинозный псориаз.**
Сопутствующий диагноз: кандидоз крупных складок (паховой) с распространением на мошонку, кандидозный баланопостит, осложнившийся фимозом (а), атрофический кандидозный глоссит (б).

***Fig. 4.* Patient *G.*, 7 years old. The main diagnosis: intertriginous psoriasis.**
Concomitant diagnosis: candidiasis of large folds (inguinal) with spread to the scrotum, candida balanoposthitis, complicated by phimosis (a), atrophic candidal glossitis (b).

ние псориаза. Очаги стали увеличиваться. Процесс распространился на мошонку, половой член. Отек крайней плоти привел к фимозу. Из препуциального мешка стали периодически появляться выделения. Применение вышеперечисленных препаратов было неэффективным. Начали беспокоить зуд и небольшая болезненность при мочеиспускании. В связи с осиплостью голоса направлен на консультацию к оториноларингологу. Сделан мазок из отделяемого зева и носа. Обнаружены псевдомицелий и почкующиеся клетки дрожжеподобных грибов. Для окончательного решения вопроса о диагнозе заболевания направлен на кафедру.

Данные осмотра **(рис. 4)**. Высыпания локализуются в области паховых складок с распространением на бедра, мошонку и половой член. Очаг поражения в паховых складках представлен яркой эритемой с выраженной инфильтрацией, в глубине кожа мацерирована, имеются мелкие трещины. Вокруг основного очага типичные лентикулярные псориатические папулы. Головка полового члена в стадии фимоза. Из препуциального мешка сливкообразные густые выделения. Пальпация полового члена слегка болезненна. СО миндалин гиперемирована, видны вкрапления белого налета, которые с трудом отделяются шпателем. На языке участки с атрофией сосочков.

Лабораторное обследование. Микроскопическое исследование препаратов, приготовленных из соскобов отделяемого в области паховых складок и выделений из препуциального мешка, показало наличие псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток. В посеве отделяемого миндалин и препуциального мешка отмечен рост *C. albicans* и *St. aureus*. ИФА: повышение уровня IgM- и IgG-антител к *C. albicans*.

Окончательный диагноз. Основной диагноз: интертригинозный псориаз, прогрессивная стадия, осенне-зимний вариант. Сопутствующий диагноз: кандидоз крупных складок (паховой) с распространением на мошонку, КБП, осложнившийся фимозом, орофарингеальный кандидоз (тонзиллит, атрофический кандидозный глоссит).

Лечение КК и СО проводили параллельно с лечением псориаза. Системная терапия: цетиризина дигидрохлорид (парлазин) по 1 таблетке на ночь, натамицин в таблетках по 100 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней, ретинола ацетат по 1 капле (5000 МЕ) на кусочке черного хлеба 1 раз в день во время еды. Очаги поражения в области паховых складок, на мошонке и половом члене на ночь смазывали кремом сертаконазол (*Залаин*), обладающим антимикотическим, противовоспалительным и антибактериальным действием. Ротовую полость, носоглотку больной полоскал раствором повидон-йода из расчета 30 капель на $^1/_3$ стакана теплой воды. Этот раствор родителям рекомендовали также закапывать в носовые ходы. Даны рекомендации по режиму питания. Рекомендовано включить в рацион продукты, богатые витамином А (печень, сливочное масло, тыква, курага, облепиха, морковь и др.), а также исключить на время лечения сладости и продукты с бродильным эффектом.

Динамика процесса. При повторной консультации больного через 10 дней отмечено значительное улучшение. Очаги поражения в области складок побледнели, уменьшилась инфильтрация, появления свежих псориатических папул вокруг основного очага не зарегистрировано. Головка полового члена стала свободно открываться. Исчезли боли в области горла. Рекомендовано использовать крем сертаконазол (*Залаин*) на головку полового члена. Остальную то-

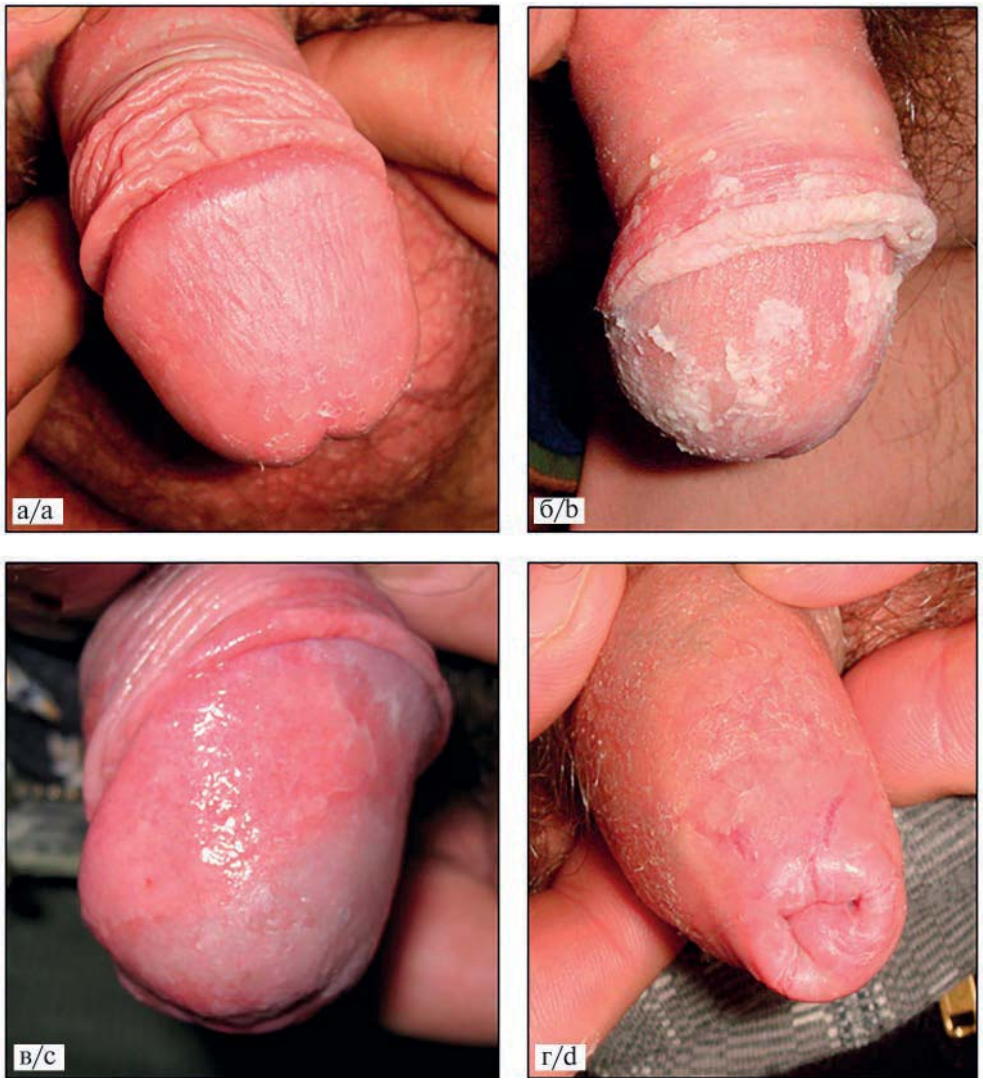


Рис. 5. **Клинические варианты течения рецидивирующего кандидозного баланопостита у мужчин, половые партнерши которых не были своевременно обследованы и пролечены.**
а — эритематозный, б, в — экссудативный, г — осложненный фимозом.

Fig. 5. **Clinical variants of the course of recurrent candidal balanoposthitis in men whose sexual partners were not timely examined and treated.**
a — erythematous, b, c — exudative, d — complicated by phimosis.

пическую терапию продолжать. При контрольном обследовании отделяемого из зева и уретры псевдомицелий не обнаружен.

Рецидивы у мужчин КБП как результат повторного инфицирования от женщины с нелеченым кандидозным вульвовагинитом и кандидозом СО полости рта

Зарегистрированы случаи урогенитального кандидоза у пациентов, практикующих половые перверсии с женщинами, имеющими кандидоз СО полости рта. На **рис. 5, а—г** представлены варианты течения рецидивирующего КБП (эритематозный, экссудативный, эрозивный и осложненный фимозом) у больных, при обследовании половых партнерш которых выявлен кандидозный процесс с различной локализацией (вульвовагинит, ККС, перианальный кандидоз, кандидоз СО полости рта). Антимикотическую терапию КБП проводили кремом сертаконазол (*Залаин*). Препарат наносили 2 раза в сутки (утром и вечером). При наличии экссудативных проявлений (мацерация, везикулы, эрозии, опрелость) их тушировали раствором повидон-йода (бетадин). Очаги обычно подсыхали в течение 3–5 дней. Затем лечение продолжали кремом *Залаин* 2 раза в сутки до полного разрешения высыпаний. Положительный терапевтический эффект достигнут во всех случаях.

Вывод

Анализ ошибок врачей в выборе тактики обследования и лечения больных поверхностным КК и/или СО направлен на повышение профессиональной грамотности не только дерматовенерологов, но и врачей смежных специальностей, в практике которых данная патология встречается довольно часто. Многолетний опыт работы с такими больными свидетельствует о высокой терапевтической эффективности сертаконазола (*Залаин*) и повидон-йода (бетадин) при лечении КК и/или СО различной локализации.

Участие авторов:
Концепция и дизайн исследования: Соколова Т.В.
Подбор литературы и фотографий: Малярчук А.П.
Консультация больных, сбор и обработка материала: Соколова Т.В., Малярчук А.П.
Написание текста: Соколова Т.В.
Редактирование: Малярчук А.П.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Authors' contributions:
The concept and design of the study: Sokolova T.V.
Selection of literature and photographs: Malyarchuk A.P.
Patient consultation, collecting and interpreting the data: Sokolova T.V., Malyarchuk A.P.
Drafting the manuscript: Sokolova T.V.
Revising the manuscript: Malyarchuk A.P.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Газарян О.Л. *Дифференциальная диагностика микозов крупных складок и выбор тактики лечения:* Дис. ... канд. мед наук. М. 2016.
Gazaryan OL. *Differential diagnosis of mycosis of large folds and the choice of treatment tactics:* Dis. ... kand. med. nauk. M. 2016. (In Russ.).
2. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Кандидозный баланопостит — актуальная проблема поверхностных микозов кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(2):33-43.
Sokolova TV, Maljarchuk AP. Candidiasis balanoposthitis as an important problem of superficial skin mycoses. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinichaskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(2): 33-43. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/klinderma201716233-43
3. Гладько В.В., Соколова Т.В., Ильина И.А. *Урогенитальный кандидоз.* Учебное пособие для врачей. М. 2004.
Gladko VV, Sokolova TV, Ilyina IA. *Urogenital candidiasis.* A manual for doctors. M. 2004. (In Russ.).
4. Соколова Т.В., Минакова И.В. Урогенитальный кандидоз у женского контингента в Бишкеке. *Успехи мед микологии*. 2006;8:16-17.
Sokolova TV, Minakova IV. Urogenital candidiasis of a female contingent in Bishkek. *Success medical mycology.* 2006;8:16-17. (In Russ.).
5. Соколова Т.В., Григорян С.А., Мокроносова М.А. Роль топических антимикотиков при лечении больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек. *Клиническая микология и иммунология*. 2006;4:46.
Sokolova TV, Grigorjan SA, Mokronosova MA. The local antimycotics in a treatment of the microbial eczema associated with skin and mucous membranes candidosis. *Clinical Mycology and Immunology.* 2006;4:46. (In Russ.).
6. Соколова Т.В., Григорян С.А., Мокроносова М.А. Особенности течения и ведения больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2007;1:13-20.
Sokolova TV, Grigorjan SA, Mokronosova MA. The specific features of the course of candidiasis-complicated microbial eczema and its management. *Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases.* 2007;1:13-20. (In Russ.).
7. Соколова Т.В. Кандидоз кожи и слизистых оболочек как осложнение нерациональной антибактериальной терапии микробной экземы. *Лечащий врач*. 2008;9:19-26.
Sokolova TV. Candidiasis of the skin and mucous membranes as a complication of irrational antibiotic therapy of microbial eczema. *Journal of the attending physician*. 2008;9:19-26. (In Russ.).
8. Соколова Т.В., Кливитская Н.А., Панкратова Е.В., Сирмайс Н.С. Диета при кандидозе. *Иммунология, аллергология, инфектология*. 2010;1: 180-181.
Sokolova TV, Klivitskaja NA, Pankratova EV, Sirmajs NS. Diet for candidiasis. *Immunology, allergology, infectology.* 2010;1:180-181. (In Russ.).
9. Соколова Т.В., Газарян О.Л., Малярчук А.П. Кандидоз крупных складок. Новый подход к старой проблеме. *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. 2014;4:30-41.
Sokolova TV, Gazarjan OL, Maljarchuk AP. Candidiasis of large folds: new approach to an old problem. *Immunopathology, allergology, infectology.* 2014; 4:30-41. (In Russ.).
10. Соколова Т.В., Гладько В.В., Малярчук А.П., Газарян О.Л. *Микозы крупных складок. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.* Пособие для врачей с атласом под ред. проф. Соколовой Т.В. М. 2016.
Sokolova TV, Gladko VV, Malyarchuk AP, Gazaryan OL. *Mycosis of large folds. Epidemiology, etiology, clinic, diagnosis, treatment, prevention*. A manual for doctors with an atlas, ed. prof. Sokolova T.V. M. 2016. (In Russ.).
11. Соколова Т.В. Зависимость частоты регистрации кандидоза кожи и слизистых оболочек от использованной классификации. *Успехи медицинской микологии*. М. 2017;17:213-215.
Sokolova TV. The dependence of the frequency of registration of candidiasis of the skin and mucous membranes on the classification used. *Successes of medical mycology.* M. 2017;17:213-215. (In Russ.).
12. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. *Кандидоз (природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение)*. М.:Триада-Х; 2002.
Sergeev AJu, Sergeev JuV. *Candidiasis (the nature of the infection, mechanisms of aggression and defense, laboratory diagnosis, clinic and treatment)*. M.: Triad-X; 2002. (In Russ.).
13. Шевяков М.А. *Кандидоз органов пищеварения: клиника, диагностика и лечение:* Дис. ... д-ра мед. наук. СПб. 2000.
Shevjakov MA. *Digestive candidiasis: clinic, diagnosis and treatment:* Dis. ... d-ra med. nauk. SPb. 2000. (In Russ.).
14. Шевяков М.А., Мирзабалаева А.К. Диагностика и лечение кандидоза слизистых оболочек пищеварительного и урогенитального трактов. *Антибиотики и химиотерапия*. 2002;47(4):24-28.
Shevjakov MA, Mirzabalaeva AK. Diagnosis and treatment of candidiasis of the mucous membranes of the digestive and urogenital tracts. *Antibiotics and chemotherapy.* 2002;47(4):24-28. (In Russ.).
15. Хмельницкий О.К., Шевяков М.А., Саранцев Б.В. О цитологических и иммуноморфологических исследованиях в диагностике кандидоза толстого кишечника. *Новости клинической цитологии в России*. 1998; 2(26):59-62.
Khmelnitsky OK, Shevyakov MA, Sarantsev BV. About cytological and immunomorphological studies in the diagnosis of candidiasis of the large intestine. *News of clinical cytology in Russia*. 1998;2(26):59-62. (In Russ.).
16. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. *Вагинальный кандидоз.* М.: Мед. книга; 1997.
Prilepskaya VN, Ankirskaya AS, Bayramova GR, Muravyova VV. *Vaginal candidiasis.* M.: Medical book; 1997. (In Russ.).
17. Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Савельева О.Г., Климко Н.Н. Возбудители хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. 2001;1:79-82.
Mirzabalaeva AK, Dolgo-Saburova YuV, Savelyeva OG, Klimko NN. Pathogens of chronic recurrent candidal vulvovaginitis and combined forms of gen-

ital infections of women. *Bulletin of the Russian Association of Obstetricians-Gynecologists.* 2001;1:79-82. (In Russ.).

18. Кузнецова Е.К. *Микробиоценоз репродуктивной системы мужчин и роль в течении гонококковой инфекции:* Дис. ... канд. мед. наук. Оренбург. 2006.
Kuznetsova EK. *Microbiocenosis of the male reproductive system and role during gonococcal infection:* Dis. ... kand. med. nauk. Orenburg. 2006. (In Russ.).
19. Муравьева В.В., Припутневич Т.В., Завьялова М.Г., Анкирская А.С., Ильина Е.Н. Сравнительная оценка видовой идентификации вагинальных изолятов дрожжевых грибов методом MALDI-TOF MS и традиционными (биохимическими и фенотипическими) методами. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2014;1(1):10-17.
Muravyova VV, Priputnevich TV, Zavyalova MG, Ankirskaya AS, Ilyina EN. Comparative assessment of species identification of vaginal yeast isolates using maldi-tofms and conventional (biochemical and phenotypic) methods. *Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy.* 2014;1(1): 10-17. (In Russ.).
20. Яковлев А.Б. Кандидозный баланопостит: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение. *Terra Medica: Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал.* 2015;1-2:18-24.
Jakovlev AB. Candidal balanoposthitis: etiology, clinical features, diagnostics, treatment. *Terra Medica: All-Russian Interdisciplinary Medical Journal.* 2015;1-2:18-24. (In Russ.).
21. Соколова Т.В., Монтес-Росель К.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Эффективность лечения микозов стоп топическими антимикотиками различных фармакологических групп. *Медфорум. Дерматовенерология.* 2017;40(3):24-30.
Sokolova TV, Montes-Rosel KV, Malyarchuk AP, Malyarchuk TA. Effectiveness of Treatment of Mycosis of the Feet with Topical Antimycotics Various Pharmacological Groups. *Medforum. Dermatovenerologija.* 2017;40(3): 24-30. (In Russ.).
22. Радзинский М.Е., Ордиянц И.М. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с кандидозным вульвовагинитом. *Гинекология.* 2006; 8(4):108-110.
Radzinskij ME, Ordijanc IM. Prevention of postpartum infections of women with candidiasis vulvovaginitis. *Ginekologija.* 2006;8(4):108-110. (In Russ.).
23. Луцевич К.А., Решетько О.В., Рогожина И.Е., Луцевич Н.Ф. Клиническая эффективность сертаконазола (залаина) при местном лечении вульвовагинального кандидоза во время беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2008;3:77-80.
Lutsevich KA, Reshetko OV, Rogozhina IE, Lutsevich NF. Clinical efficacy of sertaconazole (zalain) in the local treatment of vulvovaginal candidiasis during pregnancy. *Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist.* 2008;3:77-80. (In Russ.).
24. Вознесенская Н.В., Харитонов В.М., Бурганова Р.Ф., Истомина Н.С., Саакян К.Г. Сертаконазол (залаин) в лечении вульвовагинального кандидоза у беременных. *Ульяновский медико-биологический журнал.* 2013;2:36-39.
Voznesenskaja NV, Haritonov VM, Burganova RF, Istomina NS, Saakjan KG. Sertaconazole (zalin) in the treatment of vulvovaginal candidiasis of pregnant women. *Ulyanovsk Medical and Biological Journal.* 2013;2:36-39. (In Russ.).
25. Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Будыкина Т.С., Горенкова О.С., Кручинина Е.В., Алимова Н.Г. Оценка эффективности залаина при лечении больных с острым кандидозным вульвовагинитом. *Российский вестник акушерства и гинекологии.* 2007;7(2):32-34.
Logutova LS, Gasparjan ND, Budykina TS, Gorenkova OS, Kruchinina EV, Alimova NG. Evaluation of the effectiveness of zalain in the treatment of patients with acute candidal vulvovaginitis. *Russian Bulletin of Obstetrics and Gynecology.* 2007;7(2):32-34. (In Russ.).

Поступила в редакцию 24.03.20
Received 24.03.20
Принята к печати 19.04.20
Accepted 19.04.20