

DOI: 10.14427/jipai.2014.4.30

Кандидоз крупных складок: новый подход к старой проблеме

Т.В. Соколова, О.Л. Газарян, А.П. Малярчук

Медицинский институт усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "МГУПП", Москва

Candidiasis of large folds: new approach to an old problem

T.V. Sokolova, O. L. Gazaryan, A.P. Malyarchuk

Medical Institute of Postgraduate Education» of Moscow State University of Food Production, Moscow

Аннотация

Приведены результаты многоцентрового исследования, выполненного 174 врачами из 50 городов РФ. Особенности течения кандидоза крупных складок (ККС) является многоочаговость процесса. Заболевание часто развивается на фоне сопутствующей соматической патологии (58,4%). Чаще поражаются складки под молочными железами у женщин (78,3%), паховые (53,5%), межъягодичная складка (22,8%) и пахово-мошоночные области у мужчин (34,3%). Нередко одновременно в процесс вовлекаются другие участки кожного покрова (53,5%) и слизистые оболочки (68,3%). Доказана высокая эффективность сертаконазола при лечении ККС. Установлена ее зависимость от давности заболевания, предварительного использования топических антимикотиков, сопутствующей соматической патологии, числа очагов поражения на коже и слизистых оболочках и других факторов.

Ключевые слова

Кандидоз, крупные складки, особенности течения, многоочаговость, лечение сертаконазолом, эффективность.

Оппортунистические инфекции, вызываемые условно-патогенными грибами, в настоящее время стали актуальной междисциплинарной проблемой. Этому зачастую способствует иммуносупрессия, как следствие воздействия на человека многочисленных эндо- и экзогенных факторов. При этом условно-патогенная флора становится агрессивной, приводит к развитию самостоятельных заболеваний, отягощению имеющейся патологии и развитию осложнений [1, 2]. Заболевания, обусловленные у человека дрожжеподобными грибами рода *Candida*, нередко относят к разряду оппортунистических микозов [3, 4]. Дрожжеподобные грибы *C.albicans*

Summary

Results of the multicenter research executed by 174 doctors from 50 cities of the Russian Federation are given. Feature of the candidiasis of large folds (CLF) is the multifocal type of process. The disease often develops in parallel with the accompanying somatic pathology (58,4%). More often folds under mammary glands at women (78,3%), inguinal folds (53,5%), fold between buttocks (22,8%) and area of a groin and scrotum at men (34,3%) are involved in process. Quite often at the same time other skin sites (53,5%) and mucous membranes (68,3%) are involved. High efficiency of a sertaconazole at treatment of CLF is proved. Dependence on lasting of a disease, preliminary use of the external antifungal drugs, the accompanying somatic pathology, quantity of the centers of defeat on skin and mucous membranes and other factors is established.

Keywords

Candidiasis, large folds, features of a current, multifocal process, treatment by sertaconazole, efficiency.

вызывают около 90% поверхностного и 50-70% глубоко кандидоза [1, 5].

Актуальность проблемы кандидоза кожи (КК) и/или слизистых оболочек (СО) для дерматонерологов особенно актуальна. Отмечен рост заболеваемости населения данной патологией [6, 7]. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* достаточно часто выявляются у практически здоровых лиц [1, 8]. Имеются указания на изменение классической клинической картины микозов [9, 10]. Происходит обмен генетической информацией между различными видами грибов [11, 12]. У больных нередко регистрируется микст-инфекция, в частности грибково-бак-

териальная [13, 14, 15, 16, 17]. Микотическая инфекция нередко отягощает течение различных заболеваний. Она способствует усилению активности основного возбудителя, нарушает целостность кожного покрова и, как следствие, способствует возникновению и персистенции бактериальных инфекций. В условиях микст-инфекции усиливается сенсбилизация организма, происходит хронизация основного процесса [18, 19, 20]. Отмечено снижение эффективности специфического лечения или полное ее отсутствие при применении обычных доз антибактериальных препаратов за счет наличия грибов *C.albicans* [21, 22, 23, 24].

КК и/или СО в настоящее время трактуется как инфекционное осложнение медикаментозной терапии при использовании антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, гормональные контрацептивов [4, 9, 23]. Многочисленные авторы указывают на развитие резистентности дрожжей рода *Candida* spp. к ряду антимикотиков, в том числе современных [9, 24]. Микозы, вызываемые дрожжеподобными грибами рода *Candida*, играют важную роль в возникновении внутрибольничной инфекции, уверенно вытесняя бактериальную флору с лидирующих позиций [1, 9, 42]. Так в структуре грибковых инфекций у пациентов, госпитализированных в отделения интенсивной терапии, доля инвазивного кандидоза достаточно высока и составляет 20,4–45% [26]. Особенно актуальна проблема КК и/или СО для лиц, инфицированных ВИЧ [27, 28, 29, 30, 31].

Анализ заболеваемости населения РФ микозами крупных складок (МКС) практически невозможен. С чем это связано? В классификации МКБ-10 имеется только эпидермофития паховая – В35.6. Традиционный подход к МКС, существовавший до введения в практику данной классификации, включал эпидермофитию, рубромикоз и кандидоз крупных складок. Каждая из нозологических форм имела свои эпидемиологические, клинические особенности, спектр триггерных факторов, влияющих на течение и хронизацию процесса и, естественно, на особенности выбора тактики лечения [32]. Многолетний опыт работы в системе последипломного профессионального образования свидетельствует, что дерматологи в настоящее время рубромикоз крупных складок регистрируют в разделе «Другие дерматофитии» В35.8, а кандидоз крупных складок – в разделе «Кандидоз других локализаций» В37.8. В литературе имеются данные, указывающие, что доля интертригинозного (пахового) микоза кожи в общей структуре грибковых инфекций кожи до-

стигает 10% [33]. Однако это не дает возможность судить о нозологической форме МКС и оценить частоту поражения других крупных складок, кроме паховой. Имеются отдельные сообщения в которых указывается, что кандидозно-плесневые грибы как самостоятельные причины поражения паховых складок выявляются в 3–5 % случаев. Как правило, болеют преимущественно тучные мужчины, страдающие повышенной потливостью и нарушениями углеводного обмена [34, 35].

В связи с этим актуальной задачей является изучение заболеваемости населения РФ различными нозологическими формами МКС. Это позволит оценить значимость данной проблемы для микологии, в частности, дерматологии и смежных дисциплин, в целом.

Другая сторона проблемы заключается в том, что при МКС в процесс нередко вовлекаются не только паховые складки. Крупными складками являются аксиллярные, межъягодичная, под молочными железами у женщин, складка между нависающей частью живота и лобком у полных людей, пахово-мошоночные складки у мужчин. Данные о кандидозе этих локализаций в литературе фрагментарны и носят характер описания клинических случаев. В настоящее время в большинстве статей и даже руководств описывается только паховая эпидермофития (паховая дерматофития). Тем более несостоятельно предложение называть поражение паховых складок «паховым дерматомикозом» [36], т.к. роль дрожжеподобных грибов рода *Candida* в патогенезе заболевания несомненна.

Для выявления возбудителей МКС проводят микроскопические исследования. Это с определенной долей вероятности позволяет отличить истинный мицелий дерматофитов от псевдомицелия при кандидозе. Культуральные исследования даже в специализированных лабораториях не всегда позволяют достичь желаемого результата. По данным зарубежных исследователей данный метод позволяет получить достоверную информацию в 50% случаев, а отечественных – только в 36%. Это объясняют техническими погрешностями при заборе материала, его транспортировке в лабораторию. Особое значение играет предварительное использование топических антимикотиков (самостоятельно или по назначению врача) без соблюдения кратности назначения препарата и длительности курса терапии, применение в быту гигиенических средств ухода за кожей, содержащих средства с противогрибковым эффектом [37].

Анализ проблемы МКС с привлечением дерматологов и микологов различных регионов

страны, даст возможность изучить глубину проблемы с учетом гендерных характеристик, топики процесса, структуры и частоты встречаемости, комбинации с микозами других локализаций, оценить роль триггерных факторов, роль соматической патологии в хронизации процесса.

Целью настоящего исследования явилось изучение по результатам многоцентрового исследования в РФ особенностей течения кандидоза крупных складок (ККС) и оценка эффективности его лечения топическим антимикотиком (ТА) сертаконазолом (залаином) с учетом клиники заболевания.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования, проводимого в 2012-2013 гг. под патронажем фармацевтической фирмы EGIS (Венгрия) одновременно в 50 регионах РФ. Задействовано 97 лечебно-профилактических учреждений различного профиля, 174 врача. Для унификации исследований разработан авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. Инструкция по заполнению анкеты оформлена в виде презентации, разъясняющей правила заполнения каждого пункта, с фотографиями типичных клинических случаев. В общей сложности врачами заполнено 5025 анкет на больных с поверхностными микозами кожи (ПМК). Диагноз микоза подтверждался бактериоскопически. Встречаемость ПМК в соответствии с классификацией МКБ-10 была неоднозначной. Более половины выборки (2784 или 55,4%) составляли больные дерматофитиями (В35). Поверхностный КК (В37) и кератомикозы (В36) встречались одинаково часто (22,4% и 22,2%, соответственно). Зарегистрировано 1127 больных поверхностным КК и СО. В его структуре ККС составлял 12% (135 больных).

Всего больных с МКС выявлено 870, что составило 17,3% от общего числа пациентов с ПМК. Преобладала эпидермофития крупных складок (615 или 70,7%), а кандидоз (135 или 15,5%) и рубромикоз крупных складок (120 или 13,8%) регистрировались одинаково часто.

Работа проводилась поэтапно.

1. Обработка анкет больных ККС, заполненных врачами. Из 135 анкет полноценные данные содержали 101 или 74,8% анкет.
2. Изучение особенностей течения ККС в настоящее время.
3. Оценка эффективности лечения ККС ТА сертаконазолом (залаином) с учетом клиники заболевания.

Статистическая обработка результатов исследования проведена в лаборатории математической теории эксперимента биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова с использованием пакета статистических программ "STASTICA 6.0". Применен метод корреляционного анализа (коэффициент Spearman). Достоверными считались те значения коэффициентов корреляции, для которых р-значение было меньше уровня значимости $\alpha=0,05$, т.е. эти коэффициенты статистически значимо отличались от нуля.

Результаты и обсуждение

Анализ гендерных характеристик больных ККС показал преобладание женщин над мужчинами в 2,2 раза (68,3% против 31,7%). С возрастом встречаемость ККС нарастала: 12,9% (до 18 лет), 18,8% (от 18 до 35) до 35,6% (от 35 до 55) и 32,7% (старше 55). Распределение больных ККС с учетом давности заболевания представлено на рис. 1. Давность заболевания до месяца регистрировалась в 2,3 раза реже, чем более месяца. (30,7% против 69,3%). А 12,9% пациентов болели

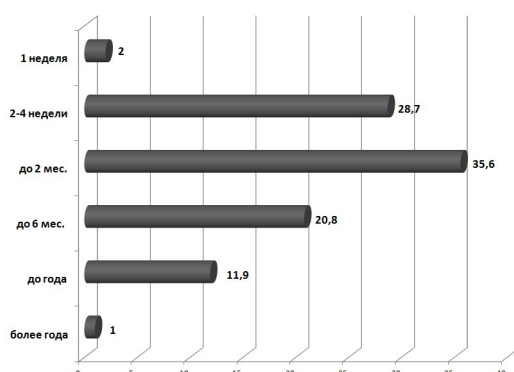


Рис. 1. Распределение больных ККС с учетом давности заболевания (%)

более полугода. ККС на фоне сопутствующей соматической патологии протекал более, чем у половины (58,4%) больных. В ее структуре резко преобладал сахарный диабет (60%) (рис. 2). Практически одинаково часто встречались вегетососудистая дистония (12%), бронхиальная астма (12%), заболевания ЖКТ (10,7%). ККС на фоне дерматологической патологии протекал у каждого четвертого пациента (24,8%). В ее структуре лидировали микробная экзема (48%) и атопический дерматит (36%).

Выявлены особенности течения ККС на современном этапе. Установлено, что ККС чаще локализовался под молочными железами у женщин (78,3%) (рис. 3, рис. 4а) и в области паховых складок (53,5%) (рис. 3, рис. 4б). Реже наблюдался в области пахово-мошоночных складок у мужчин

(34,3%) (рис. 3, рис. 4в) и в межъягодичной складке (22,8%) (рис. 3, рис. 4г). Крайне редко ККС регистрировался в области аксиллярных складок (5%). Симметричность процесса наблюдалась у большинства пациентов (80,2%). Наиболее часто поражалась одна анатомическая область крупных складок (61,4%), реже – две (33,7%) и крайне редко – три (4,9%).

Существенно, что у больных с ККС нозологические формы поверхностного кандидоза кожи других локализаций зарегистрированы более, чем в половине случаев (53,5%). У 87,5% мужчин выявлен сопутствующий баланопостит (рис. 5а). Кандидозные паронихии были у каждого третьего (37%) пациента (рис. 5б). Реже наблюдались кандидоз мелких складок (рис. 5в), кандидозный дерматит стоп (по 11,1%). Редко регистрирова-

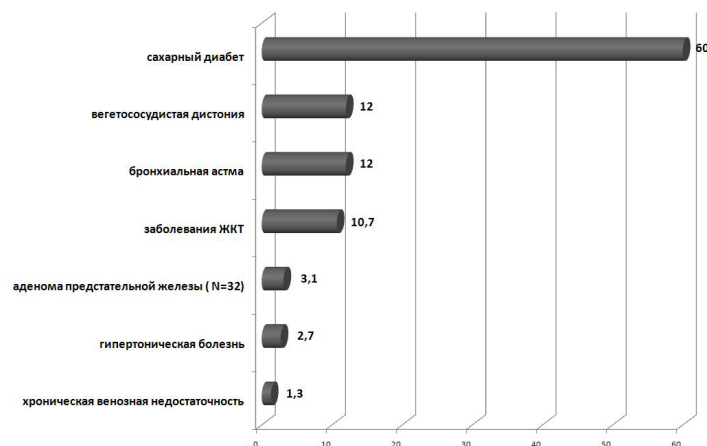


Рис. 2. Встречаемость сопутствующей соматической патологии у больных ККС (%)

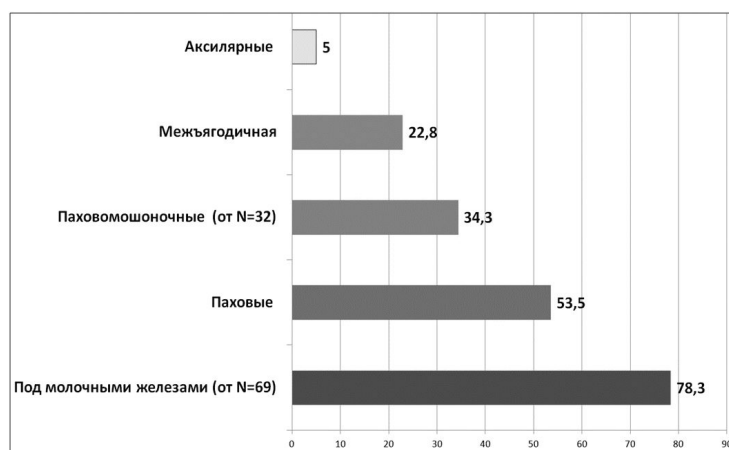


Рис. 3. Локализация кандидоза крупных складок (%)



Рис. 4. Поражение складок под молочными железами (а), паховых складок (б), паховомошошных складок (в), межъягодичной складки (г)

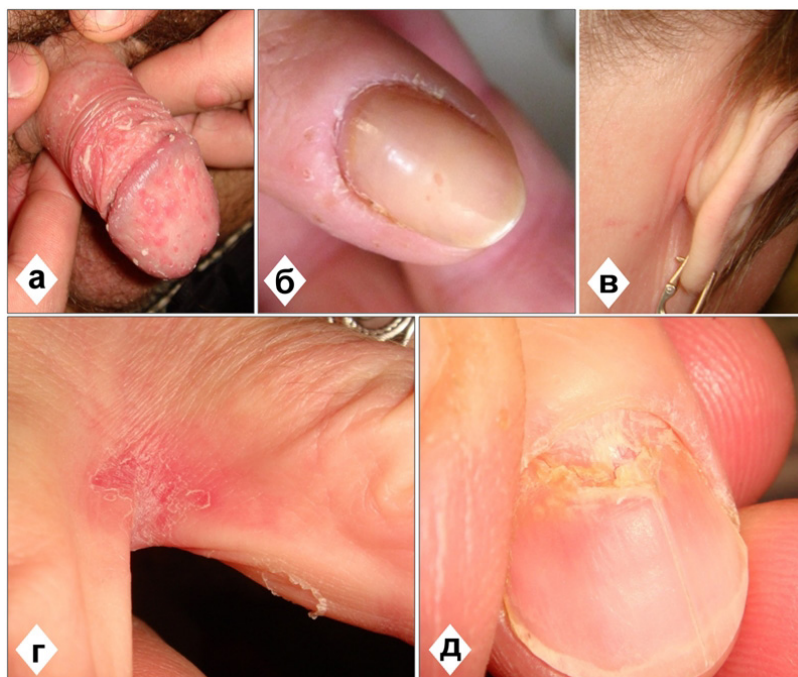


Рис. 5. Нозологические формы кандидоза кожи других локализаций при ККС: кандидозный баланопостит (а), кандидозная паронихия (б), кандидоз заушной складки (в), межпальцевая кандидозная эрозия (г), кандидозная онихия (д)

лись кандидозный дерматит ладоней (5,6%) и кандидозная межпальцевая эрозия (3,7%) (рис. 5г).

Нередко проявления поверхностного кандидоза кожи были на СО (68,3%). Лидировал вульвовагинит у женщин (76%) (рис. 6, рис. 7а). Практически каждый третий пациент имел заеды (36,2%) и хейлит (33,3%) (рис. 6, рис. 7б). Реже в процесс вовлекались язык (14,5%) и слизистая оболочка полости рта (4,3%) (рис. 6). Кандидозные онихии наблюдались только у 9,9% пациентов с ККС (рис. 5д).

Установлено, что поверхностный кандидоз у больных с ККС носил многоочаговый характер. Один очаг наблюдался только в 12,9% случаев, два – 26,7%, три – 23,8%, четыре – 22,8%, пять – 10,9%, шесть – 3%. Это следует учитывать при выборе

тактики топической терапии с целью санации всех выявленных очагов поражения.

Осложненный ККС зарегистрирован у 2/3 (65,3%) больных. Чаще регистрировалась вторичная пиодермия (75,8%) (рис. 8а), реже – микотическая экзема (19,7%) (рис. 8б) и у единичных больных – аллергический дерматит (4,5%). Практически половина больных (41,6%) ККС имела левуриды с преобладанием эритемато-сквамозных и уртикарных высыпаний (рис. 9).

Оценена эффективность сертаконазола (залаина) при лечении ККС с учетом особенностей клиники заболевания. Отработаны критерии лечения больных ККС, протекающим изолированно или в сочетании с КК других локализаций и/или СО:

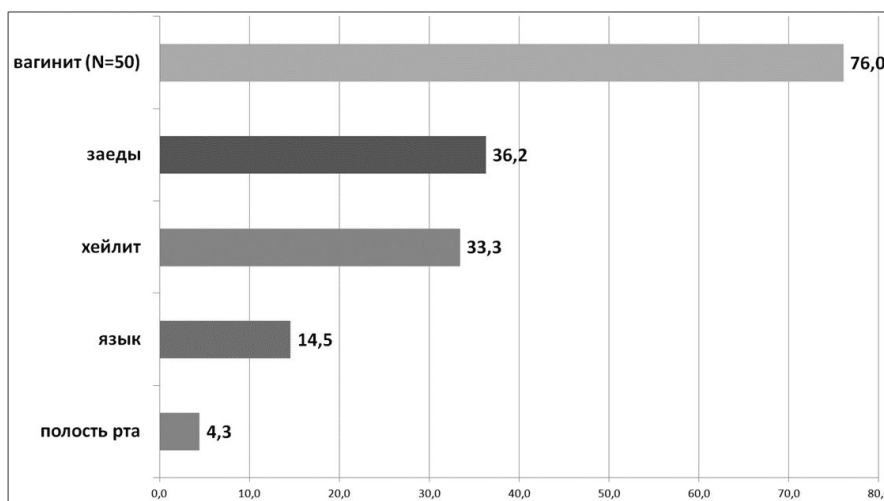


Рис. 6. Встречаемость нозологических форм кандидоза слизистых оболочек у больных ККС (%)

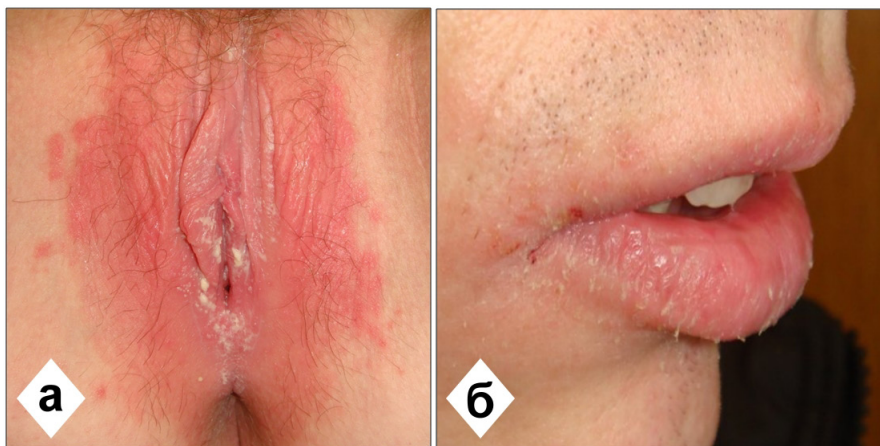


Рис. 7. Поражение слизистых оболочек у больных ККС: кандидозный вульвовагинит (а), кандидозные заеда и хейлит (б)

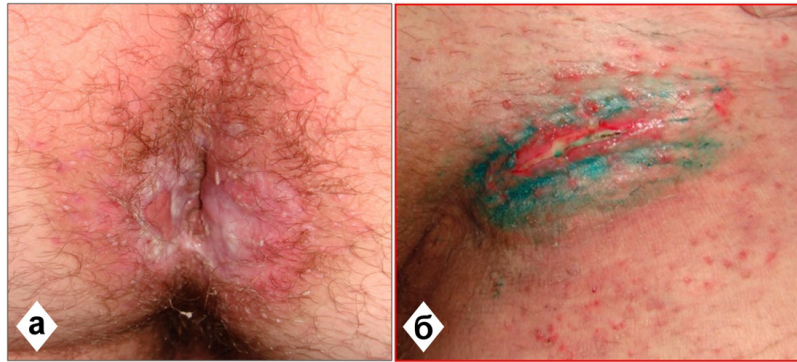


Рис. 8. Осложнения ККС: вторичная пиодермия (а), микотическая экзема (б)



Рис. 9. Эритемато-сквамозные и уртикарные левуриды на ягодицах и бедрах у больного с кандидозом в области межъягодичной складки

1. Крем сертаконазола (залаина) в очаги поражения на коже втирали 2 раза в сутки до полного разрешения клинических проявлений.

2. Для лечения ККС, осложненного микотической экземой или аллергическим дерматитом, а так же при наличии левуридов внутрь назначали супрастинекс или парлазин по 1 таб. на ночь. Курс лечения составлял 10 дней.

3. При наличии пустул (ККС, осложненный вторичной пиодермией или микробной экземой) использовали наружно раствор бетадина или мазь бетадин.

4. При кандидозе СО полости рта применяли раствор бетадина в виде полосканий из расчета 20 капель на треть стакана воды утром и вечером. Курс не менее 10 дней.

5. При кандидозном вульвовагините использовали свечи сертаконазола ежедневно № 3.

6. Для профилактики гиперколонизации кишечника дрожжеподобными грибами рода *Candida* использовали ТА пимафуцин внутрь по 100 мг 3 раза в день после еды. Длительность курса 7 дней.

В целом по выборке (рис. 10) через неделю зарегистрировано только улучшение у 95% больных, эффект отсутствовал у 5%. Через 2 нед. выздоровело 7% больных, значительное улучшение отмечено у 88%, улучшение у 5%. Через 3 нед. выздоровело 60% пациентов и значительное улучшение наступило у 40%. Через месяц выздоровели все больные. Именно так в большинстве случаев врачи оценивают эффективность терапии микозов ТА.

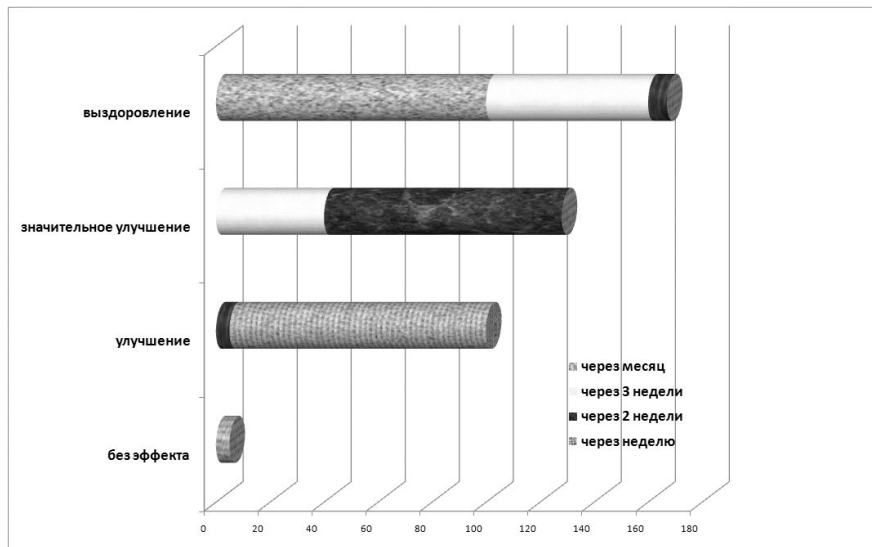


Рис. 10. Эффективность лечения ККС сертраконазолом (залаином) в целом по выборке (N=101, %)

При назначении лечения больным ККС следует учитывать:

1. Данные анамнеза: давность заболевания, сопутствующую соматическую и дерматологическую патологию, предшествующую терапию ТА и др.
2. Каким антимикотикам отдать предпочтение – топическим или системным?
3. С чего начать лечение при наличии осложненного процесса?
4. Стоит ли лечить очаги, локализующиеся вне крупных складок?
5. Инструкции фирмы производителя о кратности назначения препарата и длительности курса терапии.

В соответствии с этими пунктами данные анкет, заполненных врачами, обработаны с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Такой подход позволил установить, что сроки выздоровления больных с ККС статистически значимо зависят от различных факторов.

Интересные данные получены при изучении данных анамнеза. Сроки выздоровления больных ККС напрямую были связаны с давностью заболевания (рис. 11). Если она была до 2 мес., то через 2 нед. клинические проявления разрешались в 3,7 раза чаще, через 3 нед. – в 1,5 раза чаще, а через мес. регресс наблюдался у всех больных. Наличие сопутствующей соматической патологии значимо влияло на процесс выздоровления (рис. 12). Если соматическая патология отсутствовала, то через 2 нед. выздоровление наступало в 4,3 раза чаще

(19,2% против 4%), через 3 нед. – в 1,4 раза чаще (61,5% против 44%). Спустя месяц выздоровели все пациенты. Сроки выздоровления зависели от предшествующей терапии ТА других групп (рис. 13). Если больной не получал ранее ТА, то через 2 нед. выздоровление наступало в 1,3 раза чаще (9,3% против 6,9%). Через 3 нед. эта разница составляла 2 раза (67,4% против 34,5%). Спустя месяц клинические проявления разрешились у всех больных.

Сроки выздоровления напрямую зависели и от особенностей клинических проявлений ККС. Так они коррелировали с числом крупных складок (по анатомическим областям), вовлеченных в процесс (рис. 14). При поражении одной области выздоровление через 2 нед. достигнуто в 3,7 раза чаще (11,2% против 2,9%), через 3 нед. – в 1,8 раза чаще (58,1 против 32,3%). Процесс выздоровления зависел так же от наличия при ККС кандидоза кожи других локализаций. В этом случае выздоровление через 2 нед. наступало в 7,8 раза реже (1,9% против 14,8%), через 3 нед. – в 1,4 раза реже (38,9% против 54,7%). Через мес. клинические проявления разрешились у всех больных. Интересно отметить, что клинические проявления ККС при наличии кандидоза СО регрессировали в 6,5 раз реже (2,9% против 18,8%), достоверно отличаясь только через 2 недели. Аналогичная закономерность выздоровления зарегистрирована при сочетании ККС, КК других локализаций и СО. В этом случае по сравнению с поражением только крупных складок через 2 нед. выздоровление на-

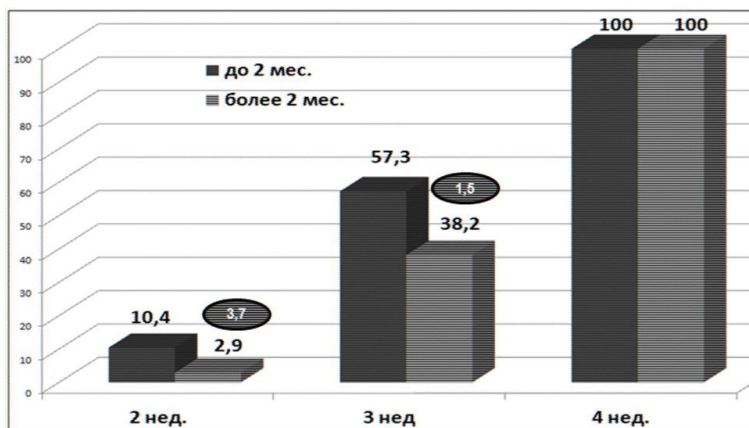


Рис. 11. Сроки выздоровления больных ККС с учетом давности заболевания (коэффициент корреляции Спирмена = 0,204, $\alpha < 0,05$)

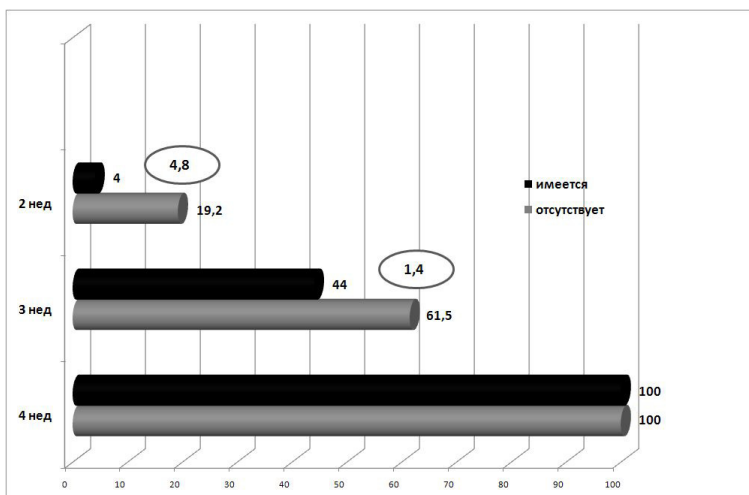


Рис. 12. Сроки выздоровления больных ККС с учетом сопутствующей соматической патологии (коэффициент корреляции Спирмена = 0,145, $\alpha < 0,05$)

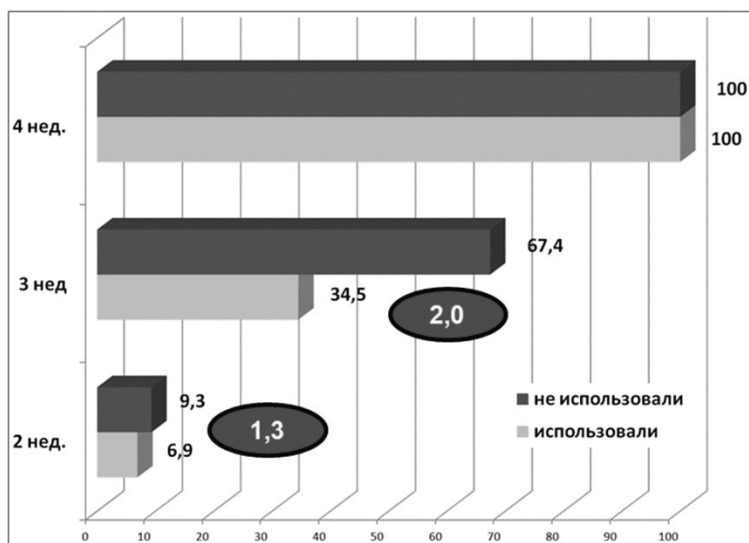


Рис. 13. Сроки выздоровления больных ККС с учетом предшествующей терапии ТА других групп (коэффициент корреляции Спирмена = 0,207, $\alpha < 0,05$)

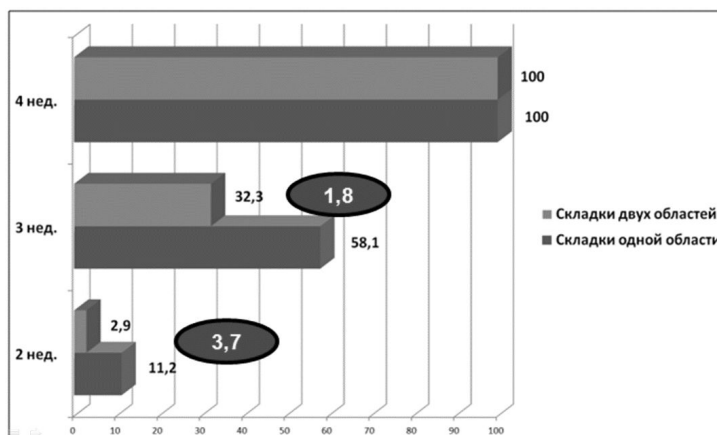


Рис. 14. Сроки выздоровления больных ККС с учетом числа крупных складок (по анатомическим областям), вовлеченных в процесс (коэффициент корреляции Спирмена = 0,253, $\alpha < 0,05$)

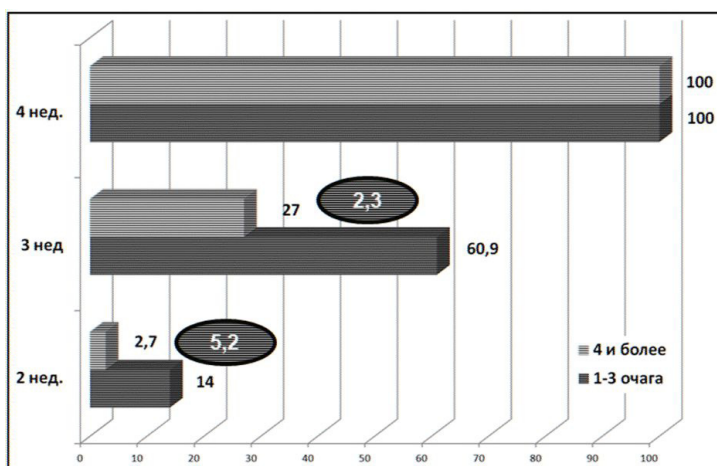


Рис. 15. Сроки выздоровления больных ККС с учетом числа очагов поражения на коже и/или СО (коэффициент корреляции Спирмена = 0,326, $\alpha < 0,05$)

блюдалось в 2,4 раза реже (6,1% против 11,4%), через 3 нед. – в 3,1 раза реже (28,8% против 82,9%). Через месяц выздоровели все пациенты.

С предыдущими данным согласуются результаты эффективности выздоровления с учетом числа очагов на коже и СО. При наличии 1-3 очагов выздоровление через 2 нед. регистрировалось в 5,2 раза чаще, чем при наличии 4 очагов и более (14% против 2,7%), а через 3 нед. – в 2,3 раза чаще (60,9% против 27%). Существенно, что спустя месяц выздоровели все пациенты.

Заключение

Результаты исследований свидетельствуют, что ККС протекает как многоочаговый процесс. При выборе тактики лечения следует учитывать

данные анамнеза и результаты объективного осмотра больного. Сертаконазол (залаин) в виде крема является эффективным препаратом при лечении ККС. Лечение ККС складок эффективно при санации всех очагов на коже и СО. Определены факторы, при наличии которых длительность курса терапии сертаконазолом (залаином) должна быть максимальной (до месяца). Это наличие сопутствующей соматической патологии, особенно сахарного диабета; при давности заболевания более двух месяцев; в случаях, если ранее больной использовал ТА других групп; при вовлечении в процесс двух и более крупных складок (по числу анатомических областей); при наличии очагов КК других локализаций и/или поражений СО.

Литература

1. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение. М.: Триада-Х; 2000.
2. Винокурова С.М., Виноградова М.Ю., Пронина Б.В., Игнатъева С.М. Некоторые клинико-эпидемиологические особенности кандидоза у новорожденных недоношенных детей. Проблемы медицинской микологии. 2000; 2(2): 21-6.
3. Шевяков М.А., Мирзабалаева А.К. Диагностика и лечение кандидоза слизистых оболочек пищеварительного и урогенитального трактов. Антибиотики и химиотерапия. 2002; 47(4): 24-8.
4. Сергеев А.Ю. Иммуниет при кандидозе. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 1999; 1: 91–99.
5. Soub N., Estinoso W. Hospital-acquired candidaemia: experience from a developing country. J. Hosp. Infect. 1997; 35(2): 141-7.
6. Сергеев Ю.В., Бунин В.М., Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Дубровина Е.В., Каменных П.В. Поликлинические микозы. Кремлевская медицина, 2010; 3: 18-24.
7. Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Серов Н.Д. Микотическая инфекция в России: заболеваемость, клинические характеристики, опыт терапии отечественными антимикотиками. Клиническая дерматология и венерология. 2006; 3: 92-5.
8. Караулов А.В., Лахтин М.В., Алёшкин В.А., Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Несвижский Ю.В., Байракова А.Л., Воропаева Е.А., Алёшкин А.В. Контроль территории кандидами: прогностическая оценка поведения клинических изолятов в присутствии антимикробных факторов. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2011; 1: 34–38.
9. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.: Бином, 2-е издание; 2008.
10. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Результаты многоцентрового исследования по изучению поверхностных микозов кожи в регионах Российской Федерации и оценке эффективности их лечения сертраконазолом. Клиническая дерматология и венерология. 2013; 5: 24-34.
11. Дьяков Ю.Т., Шнырева А.В., Сергеев А.Ю. Введение в генетику грибов. М., 2005.
12. Новое в систематике и номенклатуре грибов. Под ред. Дьякова Ю.Т., Сергеева Ю.В. М.: 2003. 496 с.
13. Хмельницкий О.К., Шевяков М.А., Саранцев Б.В. О цитологических и иммуноморфологических исследованиях в диагностике кандидоза толстого кишечника. Новости клин. цитол. России. 1998. 2(26): 59–62.
14. Hedaithy S.S., Fotedar R. Prevalence of *Candida tropicalis* in clinical specimens from patients with variable clinical syndromes over a 5-year period. Mycoses. 1997; 40(3): 111-3.
15. Agatensi L., Franchi F., Mondello F. Vaginopathic and proteolytic *Candida* species in outpatients attending a gynecology clinic. J. Clin. Pathol. 1991; 44(10): 826-30.
16. Alter S.J., Farley J. Development of *Hansenula anomala* infection in a child receiving fluconazole therapy. Pediatr. Infect. Dis. J. 1994; 13(2): 158-9.
17. Соколова Т.В., Григорян С.А. К вопросу о встречаемости и тяжести микробной экземы при ассоциации с дрожжеподобными грибами *Candida* spp. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2006; 1: 90-1.
18. Соколова Т.В., Григорян С.А., Мокроносорова М.А. Роль топических антимикотиков при лечении больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек. Проблемы медицинской микологии. 2006; 8 (4): 23-31.
19. Соколова Т.В., Мокроносорова М.А., Клевитская Н.А. Особенности иммунного ответа больных атопическим дерматитом при сенсibilизации липофильными дрожжами *Malassezia* spp. и дрожжеподобными грибами *Candida* spp. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2009; 2: 99-100.
20. Соколова Т.В., Клевитская Н.А. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при атопическом дерматите, ассоциированном с сенсibilизацией к липофильным дрожжам рода *Malassezia* и дрожжеподобным грибам рода *Candida*. Российский аллергологический журнал. 2010; 3: 18-24.
21. Bahukova TA, Dobrodeeva LK. Role of fungi belonging to the genus *Candida* in the etiology of nonspecific pulmonary diseases. Antibiot Chemother, 1996; 41(6): 44-8 .
22. Gonzalez-Pedraza A.A., Luis Hernandez R., Luna Avila J. Urinary tract infection by *Candida* species. Aten Primaria. 2006; 38(3): 147-53.
23. Шевяков М.А. Стандартные подходы к диагностике и лечению кандидоза слизистых оболочек пищеварительного тракта. Проблемы медицинской микологии. 2000; 2(2): 53.
24. Tumbarello M., Caldarolla G., Tacconelli F. et al. Analysis of the risk factors associated with the emergence of azole resistant oral candidosis in the course of HIV Infection. J. Antimicrob. Chemother. 1996; 38(4): 691-9.
25. Beck-Sague CM, Jarvis WR. Epidemic bloodstream infections associated with pressure transducers: a persistent problem. Infect Control Hosp Epidemiol. 1989; 10(2): 54-9.
26. Арзумян В.Г., Мокроносорова М.А., Самуйлова Т.М., Гервасиева В.Б. Дрожжеподобные грибы на коже больных атопическим дерматитом. ЖМЭИ. 1998; 2: 10-13.
27. Ибрагимова Л.Э., Соколова Т.В., Гладко В.В. Особенности течения ВИЧ инфекции у лиц призывного возраста. Тез. IX Всерос. съезда дерматовенеролог. (7-10 июня 2005 г., г. Москва). 2005; 2: 11.
28. Ибрагимова Л.Э., Гладко В.В., Соколова Т.В. Микозы кожи и слизистых оболочек у ВИЧ инфицированных лиц призывного возраста в Ульяновском регионе. Успехи медицинской микологии. Матер. III Всероссийского конгресса по медицинской микологии. М.: Национальная академия микологии. 2005. 1: 105-6.
29. Hoegl L., Thoma – Greber E., Rocken M., Kortling H.C. Persistent oral candidosis by non – albicans *Candida* detains including *Candida glabrata* in a human immunodeficiency virus - infected patient observed over a period of 6 years. Mycoses. 1996; 41(7,8): 335-8.
30. Roberto R., Boutureira M., Dencura H. et al. Yeast infections: causative agents and their antifungal resistance in hospitalized pediatric patient and HIV – positive adults. Rev. Argent. Microbiol. 1997; 25(1): 7-15.
31. Coleman D., Sullivan D. Molecular and phenotypic analysis of *Candida dubliniensis*: a recently identified species linked with oral candidosis in HIV-infected and AIDS patients. Oral Dis. 1997; 3(1): 96-101.
32. Аравийский Р.А., Беянин В.И. Патоморфология микозов у иммуносупрессированных больных. Проблемы медицинской микологии. 2002; 4(3): 17-22.
33. Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. Дерматомикозы, или поверхностные микозы кожи и ее придатков-волос и ногтей. Лабораторная диагностика. Проблемы медицинской микологии. 2008; 10(1): 27-34.
34. Лыкова С.Г., Немчинова О.Б., Петренко О.С., Боровицкая О.Н. Поверхностный кандидоз в практике врача-дерматолога. Вестник дерматологии и венерологии. 2006; 1: 11-8.

35. Лыкова С.Г., Немчанинова О.Б., Петренко О.С., Ядамсун-рэн Э. Терапия микозов на фоне метаболического синдрома. Клиническая дерматология и венерология. 2007; 3: 24-8.

36. Халдин А.А., Сергеев В.Ю., Изюмова И.М. Современные представления о паховых эпидермофитиях: этиология, эпи-

демиология, клиника и эффективная терапия. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005; 5: 43-8.

37. Сергеев А.Ю., Сергеева Е.Л. Диагностика и лечение поверхностного кандидоза. Русский медицинский журнал. 2001; 9: 23. С. 1061.

Сведения об авторах:

Соколова Т.В. – д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "МГУПП", Москва. +79163486848, stv_morf2005@mail.ru

Газарян О.Л. – аспирант кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "МГУПП", Москва. +79263443399, ola0072008@yandex.ru

Малярчук А.П. – доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии Медицинского института усовершенствования врачей ФГБОУ ВПО "МГУПП", Москва. +79162236779, 5985989@mail.ru

Поступила 20.11.2014 г.