



Опыт лечения неосложненной микроспории гладкой кожи препаратом Ламизил 1% спрей

К.м.н. А.Б. ЯКОВЛЕВ

Зоонозная и антропонозная микроспория часто встречается у детей после контакта с животными. Одним из эффективных топических препаратов для лечения микроспории, которые не обладают раздражающим действием на кожу, является Ламизил спрей, 1% препарат тербинафина.

Микроспория – зооантропонозный антропоургический микоз кожи, волос, а иногда и ногтей, обусловленный различными видами грибов рода *Microsporum*, с контактным механизмом передачи возбудителя.

Термин «антропоургический» (греч.) означает «связанный с деятельностью человека» [1].

Венгерский ученый D. Gruby в 1843 г. впервые описал грибы *Microsporum*, позднее французский дерматолог и миколог R. Sabouraud связал обнаружение микромицетов с развитием определенной клинической картины заболевания. Микроспория занимает второе место по распространенности среди заболеваний микотической этиологии у человека, уступая только микозам стоп [2]. Дерматомицеты разделяют на 3 группы в зависимости от преимущественного ареала обитания: геофильные грибы – обитающие в почве и редко вызывающие развитие дерматомикозов; зоофильные – в основном явля-

ющиеся патогенными для животных, но способные поражать и людей; антропофильные – вызывающие заболевание у людей и очень редко – у животных. Таким образом, разделение не является строгим [3, 4].

Пути передачи

Заражение антропофильными грибами происходит при непосредственном контакте либо опосредованно, через предметы обихода. В настоящее время антропонозная микроспория встречается гораздо реже, чем зоонозная, преимущественно в азиатской части России и в Сибири [5, 6].

Основными источниками заражения людей зоофильными грибами являются кошки, и особенно котята, поскольку последние, с одной стороны, более подвержены заболеванию вследствие несовершенства иммунной системы и относительно сильно развитого нежного подшерстка – питательной среды для микроспорумов, с другой стороны, дети чаще кон-

тактируют и играют с котятами, чем со взрослыми кошками. До 80% всех случаев заражения происходит при непосредственном контакте [3]. Основной контингент – дети в возрасте 6–14 лет. Взрослые составляют 9–18% больных, но такое соотношение существовало не всегда: в 1970–1980-х годах доля взрослых среди больных микроспорией была всего 3–5% [3, 7].

Антропофильные возбудители (*M. ferrugineum* и *M. audouinii*) передаются непосредственно от человека к человеку или через предметы обихода. Микоз, вызванный *M. canis*, чаще всего передается от животных, реже – от человека к человеку или через предметы быта [3, 4].

Пик заболеваемости микроспорией в средней полосе России приходится на август – октябрь, когда отмечается максимальная распространенность эпизоотии среди бродячих животных, с которыми контактируют дети как в сельской местности, так и в городах. Таким образом, наблюдаются две «волны» микроспории – с июля по сентябрь и с августа по октябрь, – которые и являются определяющими в формировании уровня заболеваемости.

Инкубационный период для зоонозной микроспории составляет 5–8 дней, для антропонозной – 4–6 недель [1, 5].



Клиническая картина

Начальные проявления антропонозной микроспории гладкой кожи имеют сходство с признаками поверхностной трихофитии. Очаги с четкими границами, часто сливаются в фигуры причудливых очертаний. В очагах первичными элементами могут быть пузырьки или узелки (в зависимости от реактивности организма и формирования аллергии), вторичными – корочки. Чаще наблюдаются 1–2 крупных очага, в классическом варианте – в форме iris. При антропонозной микроспории волосистой кожи очаги чаще мелкие, множественные, располагаются в краевых зонах; воспалительные явления в очагах выражены незначительно, наблюдается мелкопластинчатое шелушение; волосы обламываются не все, на разном уровне – от 2 до 8 мм над кожей (рис. 1).

При зоонозной микроспории гладкой кожи очаги мелкие, чаще множественные, с тенденцией к слиянию, размером 1–2 см, визуальнo трудно отличимые от очагов при поверхностной трихофитии, хотя при микроспории очагов обычно больше; чаще поражаются брови и ресницы, пушковые волосы вовлекаются в процесс в 80–90% случаев. Часто регистрируются микроспорида – аллергические высыпания в виде эритематозно-сквамозных или лихеноидных узелков, редко – с нарушением общего состояния, повышением температуры [2, 6].

Зоонозная микроспория волосистой части головы – 1–2 крупных очага размером до 3–5 см, с четкими границами и отрубевидным шелушением на поверхности; по периферии часто наблюдаются множественные мелкие отсевы, также придающие сходство с поверхностной трихофитией. Волосы в очагах обломаны на одном уровне – 6–7 мм (рис. 2) [2, 6].

Современный патоморфоз

С середины 1990-х гг. возросла встречаемость инфильтративно-нагноительной микроспории,

иногда вплоть до формирования *kerion Celsii*; чаще встречаются везикулезные высыпания в очагах (свидетельство выраженной аллергии на грибы). Такие формы микроспории при локализации на волосистой части головы нередко сопровождаются реакцией лимфоузлов.

Клинические проявления микроспории, вызванной геофильными микроспорумами (редкие, спорадические случаи), неотличимы от таковых при зоонозной микроспории, но процесс локализуется преимущественно на руках, встречается у лиц, часто контактирующих с почвой («микоз садовников»).

Патоморфология

В волосяных фолликулах определяется инфильтрат из лейкоцитов, акантоз, спонгиоз; в роговом слое – немногочисленные споры, элементы мицелия; при инфильтративных и нагноительных формах – отек сосочкового слоя, набухание эндотелия сосудов, нагноение [8, 9].

Диагностика

Волосы при микроскопическом исследовании в 10% водном растворе КОН выглядят окруженными «чехликом» из мозаично расположенных спор (чехлик Адамсона). В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия, как и в чешуйках с гладкой кожи [10].

Биологический вид гриба можно установить с помощью культурального исследования. При микроскопическом исследовании опытный лаборант может отличить три большие группы грибов: дерматомицеты, плесени, дрожжевые и дрожжеподобные грибы [9, 10].

Подтверждением диагноза микроспории служит обнаружение люминесценции в лучах лампы Вуда (с длиной волны 325–380 нм): зеленое свечение пораженных волос, более интенсивное (изумрудное) – при антропонозной микроспории (рис. 3).



Рис. 1. Микроспория в виде «кольца в кольце», *iris*

Лечение

Для лечения микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос обычно требуется до 12 дней (исключая контроль излеченности, на который уходит еще 15 дней), микроспории с поражением пушковых волос и многоочаговой микроспории – 20 дней, микроспории с поражением волосистой части головы – 30 дней (при условии системной гризеофульвинотерапии, поскольку без таковой лечение микроспории волосистой части головы затягивается на 4–6 месяцев).



Рис. 2. Микроспория волосистой кожи подбородка, себорейная форма; свечение пораженных волос в лучах лампы Вуда



Основным осложнением наружной терапии является ирритантный дерматит – раздражение кожи противогрибковыми препаратами, поэтому постоянно ведется поиск препаратов, лишенных раздражающего действия. Одним из таких препаратов является Ламизил – оригинальный препарат тербинафина.

До настоящего времени считалось, что наилучшей методикой лечения микроспории гладкой кожи без поражения пушковых волос является сочетанное применение 2% йодной настойки и противогрибковых мазей: серно-салицилово-дегтярной, клотримазола (Кандид), бифоназола (Микоспор), циклопироксоламина (Батрафен). Препараты кетоконазола (Низорал) и тербинафина хорошо действуют при микозах, вызванных грибами рода *Trichophyton*, но при микроспории не столь активны при системном применении [11, 12], в отличие от наружного, при котором тербинафин создает фунгицидные концентрации [13, 14].

При микроспории, протекающей с выраженным экссудативным компонентом, микроспорами и везикуляцией, вазелиновую или ланолин-вазелиновую основу рекомендуется в начале лечения заменить на *Unguentum Zinci*; наряду с противогрибковым препаратом оказывает противовоспалительное и подсушивающее действие. Настойку йода в этом случае полезно заменить на Фукорцин (жидкость Каstellани). Мы не рекомендуем, даже при выраженном экссудативном компоненте, начинать терапию микроспории с Микозолон, Тридерма и т.п. комплексных мазей, содержащих кортикостероиды: на фоне их применения при микроспории гладкой кожи очень часто происходит вовлечение в процесс пушковых волос, то есть грибок буквально «загоняется в волос».

Основным осложнением наружной терапии является так называемый ирритантный дерматит – раздражение кожи, вызываемое йодом, дегтем и другими противогрибковыми препаратами, поэтому постоянно ведется поиск новых наружных препаратов, лишенных раздражающего действия. Одним из таких препаратов является Ламизил спрей, 1% препарат тербинафина. Ламизил® – оригинальный препарат тербинафина.

Оригинальный препарат – это впервые синтезированное и прошедшее полный цикл исследований лекарственное средство, активные ингредиенты которого защищены патентом на определенный срок. Тербинафин разработан в 1983 г. швейцарской компанией Sandoz, вошедшей в дальнейшем в фармацевтический концерн NOVARTIS.

Фунгицидное действие тербинафина на дерматомицеты, как известно, обусловлено накоплением сквалена вследствие блокирования ферментного каскада на этапе синтеза эргостерола клеточной стенки [12, 15].

Препарат обладает широким спектром действия на патогенные грибы: дерматомицеты, плесне-

вые грибы, грибы рода *Malassezia*, а также грибы рода *Candida* (для лечения которых препаратами выбора являются азолы).

Обращают на себя внимание особенности фармакокинетики тербинафина: быстрое накопление во всех слоях эпидермиса в фунгицидной концентрации после однократного нанесения. Быстрое формирование фунгицидной концентрации вообще характерно для всех лекарственных форм тербинафина (крем, дермгель, спрей).

Гибель дерматомицетов происходит при очень низкой концентрации препарата – 0,003 мкг/мл, для микроспорумов – 0,01 мкг/мл [11, 13].

Еще очень важное свойство наружных препаратов тербинафина – после окончания курса лечения фунгицидная концентрация в коже сохраняется до 10 дней.

При дерматомикозе гладкой кожи, обусловленном *Trichophyton rubrum*, а также при экссудативном микозе стоп курс лечения достаточно короткий – 2 недели (2 раза в день), его эффективность подтверждается лабораторными тестами [11].

Зарегистрирован низкий процент (12%) рецидивов дерматомикозов после лечения тербинафином.

При наружном применении препарат оказывает помимо фунгицидного противовоспалительное и антибактериальное действие; спрей 1% Ламизил® оказывает также охлаждающее, подсушивающее, противозудное действие [16].

Несмотря на то что специально разработанная лекарственная форма спрей 1% Ламизил® хорошо проникает в кожу в очаге поражения, препарат попадает в системный кровоток в очень незначительных количествах, чем обусловлено отсутствие нежелательных и побочных явлений.

Спрей 1% Ламизил® показан при микозах стоп и кистей (особенно с экссудативным компонентом), микозах гладкой кожи, отрубевидном (разноцветном) лишае, микозах крупных складок, микро-

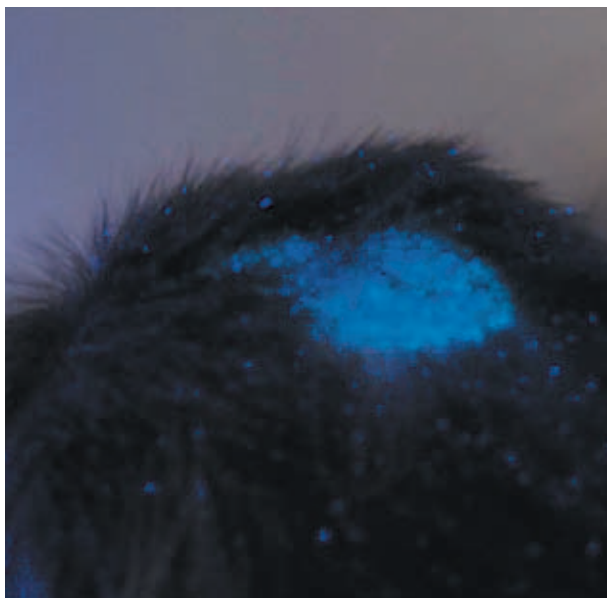


Рис. 3. Микроспория волосистой кожи головы, трихофитовидная форма; свечение в лучах лампы Вуда



спории и трихофитии волосистой части головы (в составе комбинированной терапии).

При микозе волосистой части головы, микозе с явлениями экссудации производитель рекомендует наносить спрей 1% Ламизил® 2 раза в сутки в течение 2 недель [6, 11].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 12 больных, 10 больных с распространенной микроспорией гладкой кожи (более 5 очагов), 2 больных с микроспорией волосистой кожи подбородка (юноши 16 лет) и лобка (девушка 14 лет). Возраст больных составил от 12 до 16 лет.

У 5 из 12 больных кожный процесс характеризовался как очень распространенный, с количеством очагов 12–16, с локализациями в области спины, груди, предплечий и плеч. У 4 больных процесс характеризовался как распространенный, был представлен 7–8 очагами, с локализацией на коже живота и бедер. Еще у 3 больных процесс носил ограниченный характер с количеством очагов 3–5, но среди этих больных были 2 пациента с поражением волосистой кожи подбородка (рис. 2) и лобка.

корко-чешуек в области периферического валика.

Поражение волосистой кожи головы у одного юноши было представлено диффузным мелкопластинчатым шелушением на слабоэритематозном фоне, без формирования периферического валика, и такая форма микроспории была охарактеризована нами как себорейная. В лучах лампы Вуда наблюдалось интенсивное свечение пораженных длинных волос (рис. 3).

В очагах поражения на волосистой коже лобка у одной девушки отмечалось шелушение на выраженном эритематозном фоне; очаги размером 1,5–2 см с формированием периферического валика из мелких узелков; всего имелось 4 очага, частично с тенденцией к слиянию. В лучах лампы Вуда определялось свечение обломанных волос.

На гладкой коже у 7 больных из 12 в лучах лампы Вуда определялось свечение пушковых волос.

Спрей 1% Ламизил® назначали 5 больным по комбинированной методике: утром наносился Ламизил спрей, вечером втирали крем Экзодерил.

Еще 5 больным спрей 1% Ламизил® назначали 2 раза в день,

При наружном применении препарат оказывает помимо фунгицидного противовоспалительное и антибактериальное действие; спрей 1% Ламизил® оказывает также охлаждающее, подсушивающее, противозудное действие.

по 200 мг 1 раз в день в течение 21 дня. Спрей 1% Ламизил® у этих двух больных применялся 2 раза в день на протяжении 14 дней, после чего лечение было продолжено с помощью крема, содержащего бифоназол.

Эффективность терапии у больных микроспорией оценивали по следующим критериям: разрешение воспалительных явлений, прекращение образования экссудативных корко-чешуек, отсутствие свечения в очагах, разрешение периферического валика, отсутствие элементов патогенных грибов в соскобах, определяемое трехкратно в соответствии с Инструкциями по лечению и профилактике микроспории МЗ и СР РФ.

Из 12 больных микроспорией у 4 с поражением гладкой кожи имела место экссудативная форма, с большим количеством корко-чешуек. Зуд, как непостоянный симптом, наблюдался у 6 из 12 больных.

Результаты лечения

В первые три дня применения спрея 1% Ламизил® четверо из 12 больных отмечали ощущение пощипывания, в том числе двое больных с экссудативной формой микоза. В дальнейшем эти ощущения исчезли. К 5-му дню терапии спреем 1% Ламизил® наблюдалось уменьшение выраженности экссудации в очагах.

Отчетливо выраженная тенденция к разрешению очагов на гладкой коже без поражения пушковых волос была отмечена

Лекарственная форма спрей 1% Ламизил® удобна для лечения распространенных микозов с большой областью поражения. При этом достигается как противогрибковый эффект, так и воздействие на другие компоненты патологического процесса.

Очаги на гладкой коже были представлены округлыми или овальными фигурами размером до 2 см, с четкими границами и периферическим валиком. У восьми из 12 пациентов часть очагов имела форму «кольца в кольце». Шелушение в очагах было представлено мелкими пластинками в 10 случаях из 12; в 6 случаях из 12 имело место также образование

утром и вечером. В эту группу вошли 2 мальчика и 3 девочки с распространенной микроспорией в области шеи и груди и развитым покровом из пушковых волос.

У 2 больных с поражением волосистой кожи подбородка и лобка двухразовое применение спрея 1% Ламизил® сочеталось с назначением итраконазола внутрь

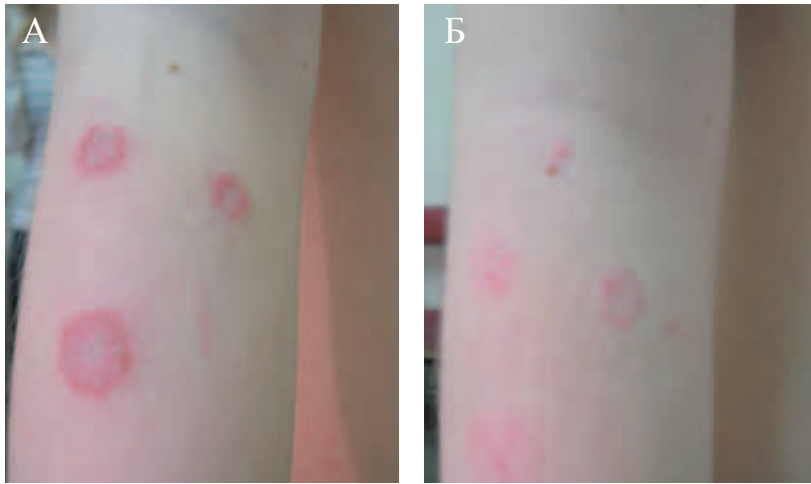


Рис. 4. Очаги микроспории на гладкой коже плеча до (А) и после (Б) лечения

к 7-му дню лечения в обеих группах (рис. 4). К 12-му дню терапии практически разрешалась гиперемия в очагах, уплотчался и исчезал периферический валик (рис. 4).

Ни в одном случае в период лечения не было зарегистрировано свежих высыпаний.

Сроки исчезновения свечения пораженных волос в группах с сочетанным применением спрея 1% Ламизил® и крема Экзодерил и в группах с двухразовым применением спрея 1% Ламизил® существенно не отличались и составили 9–12 дней.

В первой группе больных, получавших утром спрей 1% Ламизил®, а вечером крем Экзодерил, у пациентов с экссудативной формой наблюдалось более быстрое, на 1–2 дня раньше, отхождение и разрешение корко-чешуек. Вместе с тем разрешение инфильтративных элементов, папулезного периферического валика шло более быстро, также в среднем на 1–2 дня, во второй группе с применением спрея 1% Ламизил® 2 раза в день.

У 2 больных с микроспорией волосистой кожи подбородка и лобка, получавших комбинированную терапию наружно спреем 1% Ламизил® 14 дней, кремом бифоназола 6 дней и итраконазолом внутрь 21 день, общая продолжительность лечения составила 21 день.

Обсуждение

Эффективность лечения тербинафином больных микроспорией гладкой кожи, в том числе с поражением пушковых волос, была неоднократно продемонстрирована во многих рандомизированных исследованиях. Наш опыт также может служить примером эффективности препаратов тербинафина.

Лекарственная форма спрей 1% Ламизил® удобна для лечения распространенных микозов с большой областью поражения. При этом достигается как противо-

Отличительной и очень ценной особенностью лекарственной формы спрея 1% Ламизил® является очень хорошее проникновение действующего вещества в роговые структуры и даже в пушковые волосы при практически полном отсутствии поступления его в системный кровоток.

грибковый эффект, так и воздействие на другие компоненты патологического процесса (устранение или уменьшение зуда, разрешение инфильтрации и шелушения).

Отличительной и очень ценной особенностью лекарственной формы спрея 1% Ламизил® является очень хорошее проникновение действующего вещества в роговые структуры и даже в пушковые волосы при практически пол-

ном отсутствии поступления его в системный кровоток.

При множественных очагах целесообразно назначить системную терапию гризеофульвином, но на более короткий срок, чем при микроспории волосистой части головы, – 2–3 недели [17].

Лечение микроспории волосистой кожи головы целесообразно проводить в условиях стационара, где есть возможность полноценной обработки очагов поражения, депиляции пораженных волос. Особенно показано стационарное лечение при наличии противопоказаний к системной терапии гризеофульвином [17].

Выводы

1. Основным лимитирующим фактором в наружной терапии микроспории является раздражающий дерматит.

2. Наружная лекарственная форма спрей 1% Ламизил® позволяет не только избежать развития раздражающего дерматита, но и обладает выраженной пенетрирующей способностью.

3. Наружное лечение микозов кожи спреем 1% Ламизил® возможно как в виде монотерапии, так и в сочетании с современными кремами.

4. Выбор такого сочетания зависит от клинической формы микоза, степени выраженности экссудативного компонента, наличия или отсутствия поражения пушковых волос.

5. При поражении волосистой кожи различной локализации (голова, подбородка, лобка) применение спрея 1% Ламизил® хорошо сочетается с терапией системными антимикотиками. ●



Литература

Е.С. СНАРСКАЯ

Дерматокосметология: реальность и перспективы

1. *Atiyeh B.C., Ibrahim A.E., Dido S.A.* Cosmetic mesotherapy aesthetic // *Plast. Surg.* 2008. Vol. 25. P. 165–167.
2. Канцерогенез / Под ред. чл.-корр. РАМН Д.Г. Заридзе. М.: Научный мир, 2000. С. 15–18.
3. *Панова О.С.* Российская косметическая реальность: на пути к стандартизации // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1. С. 78–80.
4. *Шарова А.* Кожа как эндокринный орган // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1. С. 18–27.
5. *Смирнова И.О.* Перспективы лабораторной диагностики в экспериментальной и клинической дерматокосметологии // *Косметика & Медицина.* 2009. № 1 (Приложение). С. 6–10.

Е.С. СНАРСКАЯ

Лечебно-косметическая линия «Айсид» в терапии акне

1. *Самцов А.В.* Акне и акнеформные дерматозы. Монография. М.: Ютком, 2009. С. 72–73.
2. *Юцковская Я.А., Маркелова Е.В., Таран М.Г. и др.* Современный подход к лечению акне легкой и средней тяжести на фоне растущей антибиотикорезистентности // *Росс. журн. кожн. и вен. болезней.* 2011. № 6. С. 44–50.
3. *Thiboutot D., Gollnick H., Bettoli V. et al.* New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2009. Vol. 60. Suppl. 5. P. S1–50.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2008. С. 19–24.
5. Руководство по дерматокосметологии / Под ред. Е.Р. Аравийской, Е.В. Соколовского. СПб.: Фолиант, 2008. С. 353–376.
6. *Снарская Е.С., Кряжева С.С., Романенко Г.Ф.* Инновационная липосомальная линия «Айсид» и ее место в дерматокосметологической практике // Сборник статей научно-практической конференции дерматовенерологов ЦФ РФ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. 2011. С. 33–37.

Е.В. ЧЕРНЫШ, Н.Е. МАНТУРОВА

Сочетанное применение фракционной глубокой дермальной абляции с биологически активными препаратами SYSTEM nanogreen PROF1® при коррекции постакне

1. *Degitz K., Placzek M., Borelli C. et al.* Pathophysiology of acne // *J. Dtsch Dermatol. Ges.* 2007. Vol. 5. № 4. P. 316–323.
2. *Karsai S., Czarnecka A., Jünger M. et al.* Ablative fractional lasers (CO(2) and Er:YAG): a randomized controlled double-blind split-face trial of the treatment of peri-orbital rhytides // *Lasers Surg. Med.* 2010. Vol. 42. № 2. P. 160–167.
3. *Вихриева Н.С.* Лечение косметических дефектов кожи методом фракционного фототермолиза // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2007. № 6. С. 11–19.

4. *Олисова О.Ю.* Новые возможности в лечении гиперпигментаций // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2011. № 1. С. 46–49.
5. *Попова О.П., Ляшенко А.А., Вихриева Н.С., Лешков С.Ю.* О результатах сочетанного применения метода лазерного фракционного фототермолиза и отбеливающей косметической формулы Opti-white™ из профессиональной косметической линейки NG System Profi™. Данные предоставлены компанией «Экомир Экспортс».
6. *Попова О.П., Ляшенко А.А.* Отчет о результатах сочетанного применения метода лазерного фракционного фототермолиза и косметической формулы Regenerative (крем восстанавливающий) из профессиональной косметической линейки System nanogreen Profi. Данные предоставлены компанией «Экомир Экспортс».
7. *Stumpp O. et al.* Fractional deep dermal ablation (FDDA™) treatment: Combining the efficacy of a deeply ablative CO₂ laser device with the safety of a fractional treatment modality. 2007. Apr. Reliant Technologies, Inc. Mountain view, CA, University of California, Irvine, Dept. of Dermatology, CA.
8. *Краюшкин П.В., Фролова А.В.* Фракционная глубокая дермальная абляция. Особенности проведения процедуры с помощью лазера Fraxel re:pair // *Пластическая хирургия и косметология.* 2010. № 4. С. 675–680.
9. *Панова О.С.* Современная косметология – проблемы, поиски, решения // *Эксперимент. и клин. дерматокосметология.* 2003. № 1. С. 2–5.

А.Б. ЯКОВЛЕВ

Опыт лечения неосложненной микроспории гладкой кожи препаратом Ламизил 1% спрей

1. *Черкасский Б.Л.* Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. М.: Медицинская газета, 1994. С. 388–390, 507–509.
2. *Климко Н.Н.* Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. М.: Премьер МТ, 2007. 332 с.
3. *Маянский А.Н., Заславская М.И., Салина Е.В.* Введение в медицинскую микологию. Н. Новгород, 2003. 54 с.
4. *Мюллер Э., Лёффлер В.* Микология. М.: Мир, 1995. 344 с.
5. *Кулага В.В., Романенко И.М., Афонин С.Л., Кулага С.М.* Грибковые болезни и их осложнения. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 688 с.
6. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.* Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.: Бином-пресс, 2003. 440 с.
7. *Шеклаков Н.Д., Степанова Ж.В., Лещенко В.М.* Методические рекомендации по эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению больных микроспорией. М., 1983. 11 с.
8. *Marks R., Dawber R.P.* Skin surface biopsy: an improved technique for the examination of the horny layer // *Br. J. Dermatol.* 1971. Vol. 84. № 2. P. 117–123.
9. *Kibbler C.C., Mackenzie D.W.R., Odds F.C.* Principles and practice of clinical mycology. New York-Toronto-Singapore: J. Wiley & Sons, 1996. 276 p.
10. *Аравийская Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В.* Диагностика микозов. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. 186 с.
11. *Рукавишников В.М.* Микозы стоп. М., 2003. 330 с.
12. *Richardson M.D., Warnock D.W.* Fungal infection: diagnosis and



Литература

- management. 2-nd ed. London: Blackwell Science, 1997. 250 p.
13. Clayton Y.M. In vitro activity of terbinafine // Clin. Exp. Dermatol. 1989. Vol. 14. № 2. P. 101–103.
 14. Hill S., Thomas R., Smith S.G. et al. An investigation of the pharmacokinetics of topical terbinafine (Lamisil) 1% cream // Br. J. Dermatol. 1992. Vol. 127. № 4. P. 396–400.
 15. Berman B., Ellis C., Leyden J. et al. Efficacy of a 1-week, twice-daily regimen of terbinafine 1% cream in the treatment of interdigital tinea pedis. Results of placebo-controlled, double-blind, multicenter trials // J. Am. Acad. Dermatol. 1992. Vol. 26. № 6. P. 956–960.
 16. Evans E.G. A comparison of terbinafine (Lamisil) 1% cream given for one week with clotrimazole (Canesten) 1% cream given for four weeks, in the treatment of tinea pedis // Br. J. Dermatol. 1994. Vol. 130. Suppl. 43. P. 12–14.
 17. Будумян Т.М., Степанова Ж.В., Панова Е.О., Потеев Н.Н. Терапия и профилактика зооантропонозной микроспории. Методические указания № 2000/180. Екатеринбург, 2001. 16 с.

В.И. КИСИНА

Негонококковый уретрит у мужчин: диагностика и лечение

1. Naber K.G., Schaeffler A.J., Heyns C. et al. Urogenital infections. Europ. Ass. of Urol., 2010.
2. Patterson R., Grammer L.C., Greenbergen P.A. Allergic diseases: diagnosis and management. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers, 1997. 634 p.
3. Cassell J.A., Mercer C.H., Sutcliffe L. et al. Trends in sexually transmitted infections in general practice 1990–2000: population based study using data from the UK general practice research database // BMJ. 2006. Vol. 332. № 7537. P. 332–334.
4. Какорина Е.П., Авдеева Л.Н., Иванова М.А. и др.; ЦНИИ ОИЗ. Заболеваемость хламидийной инфекцией в субъектах РФ (2006–2007 гг.) // http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/dermatovenerologicheskaya_sluzhba/2008/zabolevaemost_hlamidiinoi_infekciei_v_subektah_rf_2007.pdf.
5. Козлов С.Н. и др. Современные представления о проблеме негонококкового уретритов у мужчин // Клинический дерматологический журнал. 2011. № 2. С. 7–18.
6. Workowski K.A., Berman S. et al.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 // MMWR Recomm. Rep. 2010. Vol. 59. № RR-12. P. 1–110.
7. Skerk V., Markovinovic L., Zekan S. et al. The significance of Chlamydia trachomatis in urethritis and prostatitis – differences in therapeutic approach – Croatian experience // J. Chemother. 2009. Vol. 21. № 1. P. 63–67.
8. Jensen J.S. Mycoplasma genitalium infections. Diagnosis, clinical aspects, and pathogenesis // Dan. Med. Bull. 2006. Vol. 53. № 1. P. 1–27.
9. Bradshaw C.S., Fairley C.K., Lister N.A. et al. Mycoplasma genitalium in men who have sex with men at male-only saunas // Sex Transm. Infect. 2009. Vol. 85. № 6. P. 432–435.
10. Maeda S., Yasuda M., Ito S. et al. Azithromycin treatment for nongonococcal urethritis negative for Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum,

- and Ureaplasma urealyticum // Int. J. Urol. 2009. Vol. 16. № 2. P. 215–216.
11. Taylor S.N. Mycoplasma genitalium // Curr. Infect. Dis. Rep. 2005. Vol. 7. № 6. P. 453–457.
 12. Jernberg E., Moghaddam A., Moi H. Azithromycin and moxifloxacin for microbiological cure of Mycoplasma genitalium infection: an open study // Int. J. STD AIDS. 2008. Vol. 19. № 10. P. 676–679.
 13. Taylor-Robinson D., Renton A., Jensen J.S. et al. Association of Mycoplasma genitalium with acute non-gonococcal urethritis in Russian men: a comparison with gonococcal and chlamydial urethritis // Int. J. STD AIDS. 2009. Vol. 20. № 4. P. 234–237.
 14. Shahmanesh M., Moi H., Lassau F. et al. 2009 European guideline on the management of male non-gonococcal urethritis // Int. J. STD AIDS. 2009. Vol. 20. № 7. P. 458–464.
 15. Протоколы ведения больных. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.И. Кисинной. М.: Ньюдиамед, 2011. 464 с.
 16. Wikström A., Jensen J.S. Mycoplasma genitalium: a common cause of persistent urethritis among men treated with doxycycline // Sex Transm. Infect. 2006. Vol. 82. № 4. P. 276–279.
 17. Björnelius E., Anagrius C., Bojs G. et al. Sex antibiotic treatment of symptomatic Mycoplasma genitalium infection in Scandinavia: a controlled clinical trial // Transm. Infect. 2008. Vol. 84. № 1. P. 72–76.

О.В. ДЖОРДЖИЕВА, Л.Ш. ТОГОЕВА, О.О. МЕЛЬНИЧЕНКО, И.М. КОРСУНСКАЯ

Изучение микробиоценоза кожи и кишечника у больных атопическим дерматитом

1. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // Acta Derm. Venereol. (Stockh.). 1980. Vol. 92. Suppl. P. 44–47.
2. Crossen J.R. Psychological assessment and treatment of patients with atopic dermatitis // Dermatol. Therapy. 1996. Vol. 1. P. 94–103.
3. Sicherer S.H., Sampson H.A. Food hypersensitivity and atopic dermatitis: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management // J. Allergy Clin. Immunol. 1999. Vol. 104. № 3. Pt. 2. P. S114–S122.
4. Clark R.A., Adinoff A.D. The relationship between positive aeroallergen patch test reaction and aeroallergen exacerbations of atopic dermatitis // Clin. Immunol. Immunopathol. 1989. Vol. 53. № 2. Pt. 2. Suppl. P. S132–S140.
5. Ohnishi Y., Okino N., Ito M., Imayama S. Ceramidase activity in bacterial skin flora as a possible cause of ceramide deficiency in atopic dermatitis // Clin. Diagn. Lab. Immunol. 1999. Vol. 6. № 1. P. 101–104.
6. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Новиков Д.К. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение // Иммунопатол., аллергол., инфектол. 2001. № 4. С. 28–48.
7. Аряев Н.Л., Клименко В.А. Атопический дерматит у детей. Киев, 2006. 87 с.
8. Нагорная Н.В., Лимаренко М.П., Логвиненко Н.Г. и соавт. Одновременное проведение энтеросорбции и коррекции дисбиоза кишечника у детей с атопическим дерматитом препаратом Лактофильтрум // Використання методу ентеросорбції у лікувальній практиці. Збірник постмаркетингових клінічних досліджень препарату Лактофільтрум. Київ, 2008. С. 29–31.
9. Беляков Н.А., Соломенников А.В., Журавлева И.Н. Энтеросорбция – механизмы лечебного действия // Эфферент. терап. 1997. Т. 3. № 2. P. 20–26.