

Комплексная дифференцированная терапия больных инфекциями крупных складок кожи с применением этиотропных препаратов и иммуномодуляторов

Носонова А. В.

Запорожский государственный медицинский университет

КОМПЛЕКСНА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЯМИ ВЕЛИКИХ СКЛАДОК ШКІРИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕТІОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ

Носонова А. В.

Було обстежено 62 хворих з інфекціями великих шкірних складок (еритразма, стрепто-стафілодермії), збудниками яких є гриби (дерматомицети, дріжджеподібна флора) та піококи. Було визначено, що на сучасному етапі інфекційні ураження шкіри все частіше носять змішаний характер, на основі чого використовувався комплексний диференційований підхід у лікуванні даних інфекцій з локалізацією у великих шкірних складках з використанням етіотропних препаратів (протигрибкові препарати – ітраконазол; антибіотики), імуномодулятора (Субалін) та зовнішнього препарату (Теобон). Була виявлена ефективність даної терапії та відзначено, що позитивний клінічний результат у середньому спостерігався на п'ятий день від початку терапії, а видужання у більшості випадків наставало на 14 день, підтвердженням чого було лабораторне дослідження.

THE COMPLEX DIFFERENTIATED THERAPY OF PATIENTS WITH INFECTIONS OF LARGE SKIN FOLDS WITH THE USE OF ETIOLOGICAL AND IMMUNOMODULATORY TREATMENT

Nosonova A. V.

62 patients with infections of large skin folds (erythrasma, strepto-staphylococcal dermatoses), the causal agents of which are fungi (dermatomycetes, yeast-like fungal flora) and pyococci, have been examined. It has been found that in their current status the skin diseases have mixed character; relying on these findings, the complex differentiated therapy of such an infection localized in large skin folds with the use of etiotropic medications (antimicrobials – itraconazole; antibiotics), immunomodulators (Subalin) and topical medications (Teobon) has been applied. The effectiveness of that therapy has been revealed, and it has been noted that positive clinical results have been observed on the average on 5th day since the therapy started, and clinical recovery has been noted in most of our patients at 14 days that has been confirmed by the laboratory examination.

Введение. Проблема инфекционных поражений крупных кожных складок является неоспоримо актуальной ввиду ее широкой распространенности среди населения многих стран мира. В настоящее время всё чаще отмечаются поражения кожи смешанной этиологии; однако ведущее место занимают микозы, являясь причиной каждого третьего обращения к дерматологу [1]. Частота грибковой инфекции увеличивается с возрастом: от 3 % – среди детей и подростков до 45 % и более – у пожилых людей [2]. Пиодермии также относятся к чрезвычайно распространенным дерматозам в дерматологической практике; их доля среди дерматозов колеблется от 17,5 до 43,9 % [3-4].

Возникновению данных инфекционных дерматозов в складках кожи способствует ряд при-

чин, в том числе:

- наметившаяся тенденция к снижению иммунитета в человеческой популяции;
- бесконтрольное использование антибактериальных препаратов;
- преобладание в пищевом рационе углеводов и т. п., –

что способствует колонизации организма условно-патогенной дрожжеподобной микробиотой [6-8]; а при колонизации кожных покровов, патогенное действие обоих возбудителей – *Candida spp.* и *St. aureus* значительно усиливается [9-11], что проявляется [12-13]:

- антибиотико- и антимикотикорезистентностью;
- лизоцимной, гемолитической, ДНК-азной активностями.

Доказано, что основными источниками ин-

фекции кожи являются те микроорганизмы, которые колонизируют ее поверхность. Колонизация кожных покровов аэробными микроорганизмами на сухих участках достигает 100 клеток на 1 см², на влажных – 10 млн. клеток на 1 см² (подмышечные и паховые складки). Что касается анаэробных микроорганизмов, они колонизируют преимущественно участки с большим количеством сальных желез (до 10 млн. на 1 см²), причем они выявляются именно в протоках сальных желез и волосяных фолликулов и значительно реже – в протоках потовых желез [5].

От своевременной диагностики, а также этиопатогенетического лечения инфекционных поражений кожи зависит эффективность проводимой терапии и прогноз заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 62 больных инфекциями крупных складок кожи в возрасте от 18 до 86 лет, при этом поражения микотической инфекцией отмечались значительно чаще по сравнению с поражениями пиококковой этиологии; выявлялись и микст-инфекции.

Для диагностики использовали микроскопические исследования окрашенных и нативных препаратов, выращивание на среде Сабуро с добавлением оливкового масла, а также на агаре Диксона.

В комплексной терапии инфекционных поражений крупных кожных складок мы применяли препарат на основе рекомбинантных генно-инженерных штаммов – Субалин, с целью усиления местного и системного иммунитета [14-15]. Данный препарат, который относят к группе пробиотиков, содержащих живые микроорганизмы, практически не имеет аналогов в мировой медицинской практике, обладает многогранным терапевтическим действием, в том числе характеризуется высоким антибактериальным, иммуномодулирующим эффектом в отношении широкого спектра болезнетворных микроорганизмов. Разработан в Институте микробиологии и вирусологии им. Д. К. Заболотного НАН Украины совместно с НПО «Вектор» (РФ).

Субалин содержит не менее 10⁹ живых микробных клеток *Bacillus subtilis* с рекомбинантной плазмидой и геном интерферона α-2 человека и имеет высокую антагонистическую активность в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Механизмы действия данного препарата таковы:

- при попадании генетически измененного штамма *Bacillus subtilis* во внутреннюю среду макроорганизма, происходит самостоятельный синтез этими бактериями внеклеточного *IF-2α*; при этом в ответ не продуцируются антитела, что является неоспоримым фактом безопасности препарата в отношении здоровья пациента;

- кроме того, не происходит образование биопленки на слизистых оболочках, в результате чего препарат не может бесконтрольно персистировать в организме; сохраняется высокая антагонистическая активность исходного (родительского) штамма.

Препарат назначался пациентам с инфекциями крупных кожных складок 2 раза в день по 1 флакону после еды в течение 21-28 дней.

Также пациенты дифференцировано получали противогрибковую терапию итраконазолом (пациенты с инфекциями, которые вызваны дерматомицетами и дрожжеподобными грибами, а также с микст-инфекциями), который назначали на первом этапе лечения внутрь по 100 мг 2 раза в сутки на протяжении месяца. Далее, в зависимости от динамики проявлений, назначили 1-2 курса пульс-терапии – по 200 мг 2 раза в сутки по 7 дней каждый курс, с интервалом 3 недели. Препараты данной группы обладают высокой липофильностью, после отмены сохраняют свою активность в коже и ногтях в течение 3-9 месяцев [16-19].

В случае дерматозов кожных складок, вызванных бактериальными возбудителями, а также микст-инфекций, в терапию включали антибиотики; мы предпочитали:

- Ципрофлоксацин, который назначали по 500 или 750 мг дважды в день в течение 5-10 дней;

- или эритромицин – по 100 мг 2 раза в день в течение 7-10 дней.

Из наружных средств использовалась:

- паста «Сульсена» 2%, которую назначали по следующей схеме:

- 1) первая неделя – ежедневно;

- 2) вторая – через день;

- 3) затем – 2 раза в неделю на протяжении 30-45 дней;

пасту слегка втирали вечером в увлажненную кожу волосистой части головы, лица, шеи, а утром смывали водой с мылом (*Dove*);

- мазь Теобон – 2 раза в день тонким слоем на пораженные участки кожи, захватывая небольшой участок кожи вокруг очага поражения, которую применяли на протяжении 12-14 дней, при этом положительная динамика отмечалась на 3-5 день после начала лечения.

Необходимо отметить, что важное значение в лечении пациентов с инфекциями крупных кожных складок имело соблюдение назначенной диеты, в особенности с исключением орехов, шоколада, морепродуктов, йодированной соли, брома.

Одновременно рекомендовали по стандартным схемам приём гепатопротекторов, ферментных и витаминных препаратов. По показаниям назначали антигистаминные и седативные препараты.

Микозы, обусловленные *E. floccosum*, *T. Rubrum*, чаще встречались у мужчин (22 пациента) и, как правило, наблюдались в паховых складках (14 пациентов), чему способствуют частая травматизация, повышенная температура и потливость, обусловленные образом жизни и работы, физическими нагрузками, ношением грубого, тесно прилегающего к телу белья и т. п. Кроме того, мужчины чаще страдают микозами других участков тела (особенно стоп), которые могут быть резервуаром инфекции и источником аутоинокуляции грибов в кожу складок, что от-

мечалось у 17 пациентов. Часто, при наличии микоза в области паховых складок, в инфекционный процесс вовлекаются и прилежащие участки, например, область мошонки (наблюдалось у 12 пациентов). Иногда видимых признаков заболевания клинически невозможно обнаружить, что, однако, не свидетельствует об отсутствии микоза. При тщательном микроскопическом или культуральном исследовании чешуек кожи из этой области были обнаружены возбудители болезни – *E. floccosum*, *T. rubrum* (у пяти пациентов).

Микоз паховых складок, обусловленный *E. Floccosum*, или паховый эпидермомикоз (*epidermophytiainguinalis*, *eczematmarginatum*) был установлен у 9 пациентов, среди них – 2 женщины и 7 мужчин. Паховый эпидермомикоз обычно начинался остро, но при отсутствии рационального лечения трансформировался в хроническую форму. Заболевание характеризовалось появлением слабо шелушащихся, резко ограниченных воспалительных пятен розового, красного или красновато-коричневого цвета. Пятна увеличивались за счет периферического роста, сливаясь друг с другом и, разрешаясь в центре, формировали кольцевидные, гирляндоподобные фигуры, распространяющиеся за пределы складок. По периферии пятен имелся хорошо выраженный отёчный сплошной или прерывистый валик, состоящий чаще всего из везикул (отсюда историческое название болезни, предложенное *Hebra*, – *eczema marginatum*), реже – узелков, иногда пустул и мелких чешуек. Полного разрешения пятен в центре не происходило, здесь оставались отдельные мелкие воспалительные узелки.

Процесс в пяти случаях начинался, как односторонний, в дальнейшем принимал симметричный характер и проявлял тенденцию к распространению на прилежащие участки кожного покрова вблизи от паховых складок. У некоторых пациентов (3 человека) появлялись дополнительные очаги поражения за пределами основного пятна (микиды). У мужчин кожа мошонки поражалась почти всегда (6 пациентов), чаще всего в виде небольшого покраснения и инфильтрации кожи без выраженного шелушения. Больные предъявляли жалобы на зуд, жжение и болезненность, особенно при передвижении, трении одеждой или мытье с мылом. Именно данные дискомфортные ощущения в острой стадии заболевания снижают возможность использовать традиционные наружные фунгицидные средства, вызывающие дополнительное раздражение.

При отсутствии лечения заболевание может длиться долго, давая временами обострения, которые чаще наступают в жаркое время года при сильной потливости складок и их раздражении

трением. Значительно реже у больных микозом паховых складок, вызванным *E. floccosum*, в процесс вовлекались другие крупные складки тела: область промежности (4 пациента), подмышечные складки (один пациент) и складки под молочными железами (2 пациентки), вследствие чего это заболевание называют эпидермофитией крупных складок. Кроме складок, очаги микоза изредка располагались на коже туловища, конечностей (особенно голеней) и других участков (у двух пациентов).

При обследовании пациентов диагноз рубромикоз выставлялся у 17 пациентов, из них – 2 женщины и 15 мужчин (вызванный *T. rubrum*). При данном заболевании чаще всего поражаются:

- пахово-бедренные складки – 7 пациентов;
- межъягодичная складка – 6 пациентов;
- подмышечные складки – 4 пациента;
- складки под молочными железами – одна пациентка.

Однако, процесс не ограничивается складками, а имеет тенденцию к вовлечению в процесс прилежащих участков, распространяясь на кожные покровы в области ягодиц, нижней части спины, живота, бёдер. Клинически очаги поражения имели вид пятен с округлыми очертаниями, четко отграниченных от участков здоровой кожи, имеющих розовый или розово-красный с синюшным оттенком цвет. На поверхности пятен имелось мелкое шелушение. Периферическая часть пятен в большей мере была представлена не везикулами, а отдельными, прерывисто расположенными перифолликулярными папулами синюшно-красного цвета. В начале заболевания пятна были небольшие, увеличивались в размерах путем периферического роста и слияния друг с другом, образовывали сплошные очаги с фестончатыми очертаниями, занимающие иногда обширные области кожного покрова. Со временем воспалительные явления угасали, везикулы регрессировали, папулы, образующие периферический валик, уплощались; очаг поражения имел синюшный, желтоватый или даже буроватый цвет. Часто пациентов беспокоил сильный, а порой даже мучительный зуд, особенно в тех случаях, когда дерматоз распространялся за пределы основных очагов поражения – крупных складок (что наблюдалось у 6 пациентов). Интенсивное расчесывание вело к многочисленным экскориациям, покрытым геморрагическими корками, и формированию лихенификации.

При микозе крупных складок, вызванном *T. rubrum*, часто наблюдалось грибковое поражение пушковых волос и ногтей (7 пациентов).

Пациентам с рубромикозом и эпидермомикозом крупных кожных складок назначалась диета, а также терапия по разработанной методике на

протяжении не менее месяца; при этом положительная динамика наблюдалась через 3-5 дней после начала лечения, а полное выздоровление в большинстве случаев наступало на 14 день, что подтверждалось лабораторно; однако пациенты продолжали лечение до месяца, чтобы исключить возможное рецидивирование заболеваний.

Поражения крупных кожных складок дрожжеподобными грибами также являются характерными для данного рода инфекций, что было выявлено при обследовании 15 пациентов (8 женщин и 7 мужчин), при этом кандидозы выставляли у 8 пациентов, а малассезиоз кожи – у 7 пациентов.

Для кандидоза крупных складок кожи характерным являлось появление эритемы; затем в глубине складок появлялись мелкие пузырьки с тонкой дряблой покрывкой, которые вскоре вскрывались, образуя эрозии; при этом часто присоединялась вторичная бактериальная инфекция, что сопровождалось формированием пустул. Однако, процесс может протекать и без пустулизации. Образовавшиеся эрозии стремительно увеличивались в размерах, формировали очаги с фестончатыми краями; сливаясь, они образовывали обширные эрозивные участки, по периферии которых возникали мелкие «дочерние» фликтены. Такие патологические очаги в некоторых случаях полностью занимали соприкасающиеся поверхности складок. Клиническая картина кандидоза складок в этой стадии весьма своеобразна и типична: эрозивные участки имели малиновый цвет с фиолетовым, синюшным или ливидным оттенком; их влажная поверхность обладала характерным лаковым блеском; при этом обильное мокнутие не свойственно кандидозным эрозиям. Эрозии были четко отграничены от окружающей здоровой кожи проходящей по их периферии узенькой бахромкой отслаивающегося эпидермиса, отличающегося белым цветом и заметным утолщением. В глубине складки можно было при наблюдении увидеть белесоватый творожистый налет в виде узкой полоски, располагающейся на эрозивной поверхности. Часто на видимо здоровой коже, которая прилегала к основным очагам поражения, можно было обнаружить в том или ином количестве микиды (левуриды) в виде мелких пузырьков, пустул или эритематозно-сквамозных высыпаний (3 пациента).

У женщин кандидозные поражения встречались у 6 пациенток в межъягодичной и пахово-бедренных складках, обычно сочетались с поражением гениталий и сопровождалась интенсивным зудом. Нередко наблюдалась локализация кандидоза под молочными железами (у 4 пациенток).

Одним из наиболее частых клинических проявлений малассезиоза кожи (у 7 пациентов) являются фолликулиты кожи туловища и конеч-

ностей, в том числе и в крупных складках кожи в ассоциации с дерматомицетами (3 пациента), кандидами (3 пациента), плесневыми грибами (один пациент).

Данную микст-инфекцию и кандидозные поражения крупных кожных складок лечили комплексно с помощью разработанной методики. Таким образом было пролечено 15 пациентов с наличием дрожжеподобных инфекций крупных кожных складок; при этом положительный эффект от лечения наблюдался в среднем на 5-й день, выздоровление – на 14-21-й день, что подтверждалось клинически и лабораторно. У трёх пациентов лечение продлили до месяца ввиду наличия сопутствующей соматической патологии.

Под наблюдением также находились пациенты с наличием инфекций крупных кожных складок, вызванных бактериальным возбудителем:

- с эритразмой (5 пациентов);
- со стрепто-стафилококковыми инфекциями (16 пациентов).

Эритразма была обусловлена липофильной, дифтероидной, грампозитивной палочкой *Corynebacterium minutissimum*; при этом мужчин было – 4, а женщин – одна, т. е. чаще поражались мужчины, что обусловлено особенностями кожного покрова и более выраженной склонностью к чрезмерному потоотделению. Предпочтительная локализация – пахово-бедренные складки кожи (3 пациента), а также примыкающая к ним кожа верхней трети бедер, перианальная область; кроме того поражались подмышечные ямки (сочетанная форма у двух пациентов), складки кожи живота у тучных людей (также сочетанная форма у двух пациентов), у женщины – соприкасающиеся поверхности под молочными железами и паховая область.

В начале заболевания очаги поражения были слабовоспалительного характера в виде пятен светло-коричневого или кирпично-красного цвета. Сливаясь, они образовывали крупные очаги с фестончатыми очертаниями и четкими границами. Поверхность начальных высыпаний была гладкая; со временем присоединилось слабое шелушение мелкими чешуйками. При поскабливании предметным стеклом шелушение усиливалось, отделяемые чешуйки были тонкими и мягкими на ощупь. Пациенты не испытывали дискомфорта или болезненных ощущений, что затрудняло своевременную диагностику заболевания, хотя некоторые пациенты отмечали умеренный зуд. В большинстве случаев обнаружение эритразмы носило случайный характер. Из анамнеза выяснялось, что течение болезни было хроническое и ремиссий не наступало.

На фоне повышенной потливости и недостаточной гигиены кожных покровов у двух пациентов присоединялась вторичная инфекция и развивался воспалительный процесс, появля-

лось покраснение и отечность, формировалась опрелость. При воспалении пациенты жаловались на зуд и болезненность в области поражений (паховых, межъягодичных, складках кожи живота и подмышечных складках). При этом осложненная форма эритразмы встречалась у пациентов, страдающих сахарным диабетом и ожирением. Как правило, обострения наблюдались в летний период, что связано с высокой температурой и влажностью.

Диагноз неосложненной эритразмы не вызывал затруднений. Широко использовали люминесцентную диагностику – ртутно-кварцевую лампу с фильтром Вуда, в лучах которой очаги флюоресцируют кораллово-красными или кирпично-красным светом (т. к. возбудитель болезни в процессе жизнедеятельности выделяет водорастворимые порфирины). При необходимости производили микроскопические исследования чешуек (гифы грибов отсутствуют). Посев позволял исключить либо подтвердить стафилококковую и стрептококковую инфекцию.

Как правило, для лечения эритразмы использовали наружные средства для отшелушивания и дезинфекции кожи — эритромициновую и серно-дегтярную мази. Кроме того, для обработки инфекционных очагов использовали 5-процентный салициловый спирт, 3-процентный салицилово-резорциновый спирт, 2-процентный спиртовой раствор йода. В случае обширного поражения кожных покровов внутрь назначали антибиотики, в особенности эритромицин. Также применяли водные растворы анилиновых красителей. Для успешного излечения эритразмы немаловажным является дезинфекция постельного белья, одежды, обуви и прочих предметов обихода. С целью предупреждения рецидивов болезни рекомендовали на протяжении одного месяца регулярно протирать кожные складки 2-процентным раствором салицилового спирта или 1-2-процентным раствором камфарного спирта, а затем наносить на них тальк или борную кислоту. Среди пиококковых поражений кожи стафилококковые (12 пациентов), как правило, преобладают над стрептококковыми (4 пациента).

Импетиго у 16 пациентов было вызвано *Staphylococcus aureus* и стрептококками группы А; является наиболее распространенным заболеванием среди населения, при этом импетиго стрептококковой природы – контагиозно. Часто импетиго возникало в виде:

- первичной инфекции – на месте небольшого повреждения кожи;
- вторичной инфекции – на фоне другого дерматоза (эритразма, грибковые поражения кожных складок и др.).

Факторами, способствующими возникновению импетиго у обследуемых больных, служили различные загрязнения, травматизация кожного

покрова, длительная мацерация (потливость кожи), что характерно для крупных складок кожи; также нарушения иммунного статуса, метаболизма, сопутствующая патология (в особенности нейро-эндокринная и патология ЖКТ).

В крупных складках кожи клинический полиморфизм пиодермий характеризовался наличием поверхностных форм, в том числе остиофолликулитов и вульгарного импетиго, с преобладанием вторичной пиодермии над первичной.

Вульгарное импетиго (стрепто-стафилококковое, контагиозное) – у 10 пациентов – отличалось:

- отсутствием приуроченности пустул к устьям фолликулов;
- быстрой вскрываемостью и грязно-серым или желто-зеленым цветом корок;
- длительным течением;
- частым наличием лимфаденитов.

Стафилококковое импетиго (острый поверхностный фолликулит, остеофолликулит, фолликулярное импетиго, импетиго Бокхарта) – у 6 пациентов – проявлялось фолликулярными пустулами размером не более 5 мм с венчиком гиперемии или папуло-пустулами, которые, ссыхаясь, образовывали корки.

Стрептококковая опрелость (интертригинозная стрептодермия, *intertrigo streptogenes*) характеризуется возникновением в складках кожи фликтен, которые распространяются, мокнущих эрозий, трещин.

По нашим данным, при пиодермиях количественный и качественный состав микробиотоза изменялся не только в пределах очага поражения и вокруг него, но и на отдаленных участках тела. Нередко в результате аутоинокуляции появлялись новые очаги. Персистенция *St. aureus* в носоглотке, кишечнике, половых органах у 10 пациентов способствовала хронизации кожного процесса, сенсibilизации организма суперантигеном стафилококка, возникновению пиоаллергидов.

Лечение больных бактериальными инфекциями кожи (стрепто-стафилодермии, стафилококковый фолликулит, стрептококковая опрелость) проводилось путем назначения пациентам (всего 16 человек) рекомендаций по соблюдению гигиенического режима, назначения местной противомикробной, противовоспалительной иммуномодулирующей терапии по разработанной дифференцированной методике. В среднем лечение занимало около месяца, т. к. в большинстве случаев процесс имел хронический характер течения.

С учетом всего вышеизложенного, подход к решению проблемы инфекционных поражений крупных кожных складок является практически значимым, и планируются дальнейшие разработки в данном направлении.

Выводы

1. На современном этапе инфекционные поражения кожи все чаще носят смешанный характер: дерматомицеты ассоциируют с кандиды; малассезиоз в крупных складках кожи, как правило, наблюдается в ассоциациях с дерматомицетами, кандидами, плесневыми грибами; кроме того, микозы могут осложняться вторичной пиококковой инфекцией.

2. Терапия инфекций крупных кожных складок заключается в комплексном, дифференцированном подходе с применением этиотропных

препаратов и иммуномодуляторов, как *per os*, так и наружно.

3. Использование современных препаратов с иммуномодулирующим (Субалин), антимикотическим (итраконазол), антибактериальным (Ципрофлоксацин) действием, а также наружных лекарственных средств двойного действия (Теобон) позволяет достичь положительных клинических результатов в наименьшие сроки и подтверждается клинико-лабораторным выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сергеев А. Ю., Иванов О. Л., Сергеев Ю. В.* Исследование современной эпидемиологии онихомикозов // Тез. докл. Первого съезда микологов России. – М., 2002. – С. 337–338.
2. *Леценко В. М.* Грибковые заболевания: современное состояние проблемы // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 51–55.
3. *Скрипкин Ю. К. и др.* Кожные и венерические болезни: Руковод. для врачей. – М., 2001. – С. 4–13.
4. *Волкова Е. Н.* Оптимизация лечения больных пиодермитами с учетом роли иммунной системы в патогенезе заболевания (клинико-иммунологическое и экспериментальное исследование: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 48 с.
5. *Белькова Ю. А.* Фузидовая кислота в современной клинической практике (Обзор литературы) / Ю. А. Белькова // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2001. – № 4. – С. 324–338.
6. *Соколова Т. В., Мокронослова М. А.* Особенности течения и ведения больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек // Рос. аллерг. журнал. – 2007. – № 5. – С. 63–73.
7. *Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В.* Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение. – М.: Триада-Х., 2000. – 472 с.
8. *Глухенький Б. Т.* Лікування хворих з піодерміями та поверхневими мікозами гладкої шкіри препаратами нової генерації / Б. Т. Глухенький, А. Б. Глухенька // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 4. – С. 50–52.
9. *Реброва Р. Н.* Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. – М.: Медицина, 1985. – 125 с.
10. *Перунова Н. Б., Кузнецова Е. К., Воронина Л. Г. и др.* Антилизосимная активность микроорганизмов в ассоциации грибов с гонококками // Пробл. мед. микологии. – 2006. – Т. 2. – С. 17.
11. *Дьячек И. А.* Роль триггерных факторов в хронизации атопического дерматита у юношей приписного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 ; 14.01.04 / И. А. Дьячек; Институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ (М.). – М., 2010. – 30 с.
12. *Кузнецова Е. К.* Микробиоценоз репродуктивной системы мужчин и его роль в течении гонококковой инфекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11; 03.00.07 / Е. К. Кузнецова; Оренбургская медицинская академия МЗ РФ (Оренбург). – Оренбург, 2006. – 22 с.
13. *Соколова Т. В., Дьячек И. А., Кливитская Н. А. и др.* Чувствительность флоры зева и носа к антибиотикам и антимикотикам у больных атопическим дерматитом при патологии ЛОР-органов // Рос журнал кожн. вен. болезней. – 2009. – № 6. – С. 32–38.
14. *Лупырь А. В.* Возможности применения бактериальных иммуномодуляторов при полипозном риносинусите // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 63–67.
15. *Белявская В. А., Игнатъев Г. М., Литвяков Н. В. и др.* Адьювантные свойства рекомбинантного пробиотика Субалина, продуцирующего интерферон // Журнал микробиологии. – 2001. – № 6. – С. 77–82.
16. *Кубась В. Г., Федотов В. П.* Некоторые аспекты патогенеза кандидоза // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2002. – № 2-3 (4). – С. 23–28.
17. *Куцинский М. Г.* Урогенитальный кандидоз (этиология и эпидемиология, особенности патогенеза и клинического течения, современные методы диагностики и терапии) – IV // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2003. – № 1-4 (6). – С. 15–20.
18. *Сергеев А. Ю.* Опыт изучения онихомикозов, подходы к их терапии и профилактике // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 11 (130). – С. 461–466;
19. *Степанова Ж. В.* Анализ микрофлоры при онихомикозах и микозах гладкой кожи // Дерма. – 2001. – № 2. – С. 20–21.