

Новітні можливості застосування лосьйону Біфон на гладкій шкірі



Біфон
лосьйон для волосся
і шкіри голови

Високоєфективний засіб
проти лупи та свербіжу

- ✓ Без запаху
- ✓ Не містить барвників
- ✓ Запобігає сухості
шкіри голови

100 мл
Для нанесення
на шкіру голови

Біфон
для волосся і шкіри голови

Високоєфективний засіб
проти лупи та свербіжу

100 мл
нанесення на шкіру голови

лосьйон 100 мл

Бездоганна європейська якість
за привабливою ціною завжди має майбутнє!

Мікотичні ураження шкіри: новітні можливості зовнішнього лікування

¹ Н. Ю. Резніченко, ¹ В. А. Бочаров, ¹ Ю. Г. Резніченко, ² Т. Д. Носовська, ¹ А. В. Головкін, ³ Г. П. Чекіна, ³ В. Я. Мала, ⁴ Л. А. Махно

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

² Державна установа «Інститут дерматології та венерології АМН України», м. Харків

³ КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» ЗОР, м. Запоріжжя,

⁴ КП «Міська поліклініка ім. Восьмого березня», м. Запоріжжя

Ключові слова: мікотичні ураження шкіри, зовнішнє лікування, лосьйон «Біфон»

На сьогоднішній день мікотичні захворювання шкіри являють собою одну з найбільш актуальних проблем як дерматовенерології, так і медицини в цілому. Так, у структурі дерматологічної патології грибкові інфекції посідають одне з основних місць - за даними різних авторів, вони складають від 37 до 42% всіх уражень шкіри та нігтів [20, 21].

Широке розповсюдження мікотичної інфекції шкіри останнім часом обумовлене багатьма факторами. До них можна віднести, перш за все, стрімкий темп життя суспільства, з яким пов'язані урбанізація, зміни стилю життя, поведінки та звичок людей, зростання міграції населення, погіршення соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, особливо в містах з розвинутою промисловістю, розвиток невідповідності між можливостями біологічної природи людини та умовами життя [2, 3, 15]. Серед медичних чинників, що обумовлюють виникнення мікозів, важливе значення має недостатня санітарно-просвітницька робота серед населення, поширення імунодефіцитних станів, серцево-судинної патології, захворювань крові, злоякісних новоутворень, ендокринопатій (особливо цукрового діабету), часте призначення імуносупресивних, антибактеріальних, цитостатичних препаратів, гормональної терапії, безконтрольне використання населенням протигрибкових медикаментів з наступним формуванням резистентності збудників, а також введення речовин з вираженою протимікробною дією до складу косметичних та гігієнічних засобів для догляду за шкірою, що призводить до порушення її біоценозу [6, 9, 13, 18].

Серед відомих сучасній науці близько 1,5 млн. видів грибів, небезпечними для людини є більше 500 видів [21]. В нашому регіоні до потенційно небезпечних відносяться декілька десятків видів дерматомицетів, дріжджових і пліснявих грибів. За даними вітчизняних вчених, на сьогоднішній день найбільш розповсюдженими мікотичними інфекціями є дерматофітії, що обумовлені червоним трихофітоном (*Trichophyton rubrum*), інтердигітальним трихофітоном (*Trichophyton interdigitale*) та паховим епідермофітоном (*Epidermophyton floccosum*). В 2-5% випадків захворювання може бути обумовлене дріжджоподібними грибами, а в 3-4% - пліснявими [6, 11]. Досить часто спостерігаються мікст-грибкові інфекції шкіри, що є наслідком поєднаної дії різних

патогенів: дерматомицетів і дріжджоподібних грибів; дерматомицетів і пліснявих грибів; дріжджоподібних і пліснявих грибів; дерматомицетів, дріжджоподібних і пліснявих грибів [18].

Для мікотичної інфекції шкіри характерними є певні вікові особливості, схильність до рецидивів, стійкий хронічний перебіг і резистентність до терапії. Патологічні зміни зовнішності знижують дієздатність хворих, чинять негативний вплив на психоемоційний стан, сприяють розвитку депресії та соціальної дезадаптації [8, 15]. Тривалий перебіг мікозів призводить до загально токсичної дії та сенсibilізації організму до продуктів життєдіяльності грибів і, як наслідок, до полівалентної алергії, медикаментозної непереносимості, бактеріальних і вірусних ускладнень, погіршення перебігу хронічних соматичних захворювань [1, 5, 16].

Всі перераховані вище чинники вказують на складнощі в лікуванні грибкових інфекцій шкіри, часту потребу в призначенні не лише антимікотичних засобів, але й препаратів інших груп, необхідність використання як системної, так і топічної терапії. Протигрибкові препарати системної дії мають високу ефективність, проте їх основним недоліком є токсичність, що призводить до певних обмежень у застосуванні: печінкова та ниркова недостатність, захворювання крові, онкологічна патологія, метаболічні хвороби, патологія судин кінцівок [4]. Але навіть за умов відсутності супутніх соматичних захворювань використання системних антимікотичних препаратів відносно часто супроводжується тяжкими побічними діями, такими як реактивні гепатити, порушення травлення, алергічні реакції, гіпокаліємія, набряки [4, 10]. Це найбільш актуально в лікуванні хворих на мікози дітей, оскільки саме в цьому віці найбільш часто спостерігаються токсичні ефекти системних препаратів і більшість з них показані до використання лише з 12-14 року життя [17]. Отже, на сьогоднішній день найбільш ефективним способом боротьби з мікотичними захворюваннями шкіри, як і раніше, залишається їх рання діагностика та лікування на стадії обмеженого і відносно поверхневого процесу [1, 19]. До переваг зовнішньої терапії мікозів відноситься безпосередній вплив на вогнище ураження, мінімізація побічних реакцій, фінансово-економічний аспект [1, 21].

Сучасна дерматовенерологія має різноманітний

арсенал протигрибкових препаратів зовнішньої дії, до яких відносяться антибіотики, похідні імідазолу, триазолу, метилнафталіну, нітрофенолу та ін. При цьому, призначення лише засобів з фунгістатичною дією має ряд недоліків, таких як значний відсоток рецидивів, що частково пов'язано з припиненням лікування самим хворим через недисциплінованість або непереносимість препарату [7]. При призначенні антимікотичних препаратів окрім їх ефективності та безпечності потрібно враховувати локалізацію патологічного вогнища та вираженість запальної реакції шкіри, що значним чином впливатиме на вибір лікарської форми. Крім того, при топічній терапії мікотичних уражень треба враховувати можливість вторинного бактеріального інфікування, що значно знижує ефективність лікування.

Таким чином, критеріями вибору оптимального протигрибкового засобу зовнішньої дії з позицій сучасної дерматовенерології та фармакології є: широкий спектр антимікотичної активності діючої речовини, фунгіцидна активність, наявність додаткового антибактеріального та протизапального ефекту, відсутність формування стійких штамів мікроорганізмів, відсутність імуносупресивних властивостей, безпечність препарату (низька можливість виникнення загальних і системних побічних реакцій), мінімальна кратність застосування, відносно короткий термін використання, позитивний вплив на якість життя пацієнтів [7, 11, 20].

Відповідно до цих критеріїв німецькою компанією «Dermapharm AG» був створений зовнішній антимікотичний засіб нового покоління «Біфон». Біфон являє собою лосьйон, до складу якого входить двоє активних протигрибкових компонентів, до яких немає резистентності, - 0,5% біфоназол та 0,15% піроктоноламін.

Біфоназол відноситься до групи дериватів азолу, похідних імідазолу, що мають широкий спектр фунгіцидної та фунгістатичної дії. Мішенню для дії біфоназолу є ергостерол – найважливіший компонент клітинної мембрани грибів. На відміну від інших похідних імідазолу, біфоназол пригнічує синтез ергостеролу на 2 етапах його утворення, що призводить до структурного та функціонального пошкодження клітинної мембрани гриба (в першу чергу, її бар'єрної функції). Біфоназол ефективний щодо лікування уражень шкіри, спричинених дерматоміцетами, дріжджоподібними та пліснявими грибами. Він має фунгіцидну дію щодо дерматоміцетів (*Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., *Epidermophyton* spp.), фунгістатичну – щодо *Aspergillus ferrus*, *Scopulariopsis brevicaulis*, *Malassezia furfur*. Мінімальна ефективна концентрація біфоназолу для більшості збудників – 5 нг/мл, при концентрації 3 нг/мл він пригнічує ріст міцелію *Trichophyton mentagrophytes*. На гриби роду *Candida* біфоназол діє фунгістатично, а в концентраціях 20 нг/мл – фунгіцидно. Він також ефективний щодо лікування уражень шкіри, викликаних *Corynebacterium minutissimum* і грампозитивними

кокками, окрім ентерококів, а отже виявляє не лише антимікотичну, але додатково – і антибактеріальну активність [22, 23].

Біфоназол має виражені ліпофільні властивості, швидко проникає в уражені шари шкіри. Через 6 годин після аплікації його концентрація в роговому шарі епідерміса досягає 1000 мкг/см³, а в сосочковому шарі дерми – 5 мкг/см³. Ці концентрації знаходяться в межах підтвердженої антимікотичної активності. Високі концентрації біфоназолу в шкірі зберігаються протягом тривалого часу (48-72 годин), що значно зменшує кратність його нанесення. Біфоназол проникає в шкіру глибше за інших представників похідних імідазолу (кетоконазолу, клотримазолу). Важливим також є те, що біфоназол майже не абсорбується в системний кровотік: при зовнішній аплікації на здорову шкіру абсорбція складає 0,6-0,8%, на вогнища запалення – 2-4%. Це говорить про безпечність зовнішнього застосування біфоназолу без виникнення системних токсичних ефектів і дає можливість широко використовувати дану діючу речовину в осіб різного віку та з різною соматичною патологією. Використання біфоназолу обмежене лише у дітей грудного віку та у першому триместрі вагітності [22, 23].

Піроктоноламін, що також входить до складу лосьйону «Біфон», окрім фунгіцидних властивостей має антиоксидантну дію. Також піроктоноламін нормалізує рівень жирних кислот на поверхні шкіри, що призводить до зменшення запальних явищ у патологічних вогнищах [14]. Взаємодія активних та допоміжних речовин у складі лосьйону «Біфон» забезпечує максимальну ефективність при відносно невеликих їх концентраціях.

Важливим є відсутність у складі лосьйону «Біфон» барвників та ароматизаторів, що дозволяє уникнути подразнювальної дії при нанесенні на шкіру. Біфон не впливає на структуру та колір волосся, що має велике значення при його нанесенні на зони росту довгого волосся.

Таким чином, **метою нашого дослідження** стало визначення ефективності та безпечності використання лосьйону «Біфон» в якості зовнішнього лікування у хворих на грибові ураження шкіри.

Матеріали та методи дослідження.

Для підтвердження ефективності лосьйону «Біфон» щодо елімінації збудників різних грибових інфекцій на першому етапі дослідження визначалась чутливість *in vitro* на культурах, виділених від хворих [12]. При цьому затримка росту грибів у зоні 25 мм розцінювалась як висока чутливість, у зоні 15 мм – як достатня чутливість, у зоні менш, ніж 15 мм – як низька або відсутня [7].

На другому етапі дослідження вивчалась терапевтична ефективність лосьйону «Біфон» у хворих на різні грибові інфекції шкіри. Критеріями включення хворих до дослідження були: вік від 5 до 70 років; наявність висівкоподібного лишая, поверхневих

мікозів гладкої шкіри (трихофітії, руброфітії, мікроспорії), пахвинної епідермофітії або кандидозу шкіри (постановка діагнозу проводилась згідно МКХ-10); підтвердження грибкової інфекції шляхом її виявлення при мікроскопії лусочок шкіри та в посівах на живильні середовища.

Критеріями виключення були: вік до 5 років і старше 70 років; вагітність; лактація; використання антимікотичних препаратів системної дії менш, ніж за 1 місяць до початку дослідження; застосування протигрибкових препаратів зовнішньої дії менш, ніж за 2 тижні до початку дослідження; підвищена чутливість до компонентів лосьйону «Біфон».

Виконана робота базується на результатах тримісячного спостереження за 39 хворими на різні мікози. Демографічні дані та етіологія захворювання надані в **табл. 1**. Хворі були обстежені до лікування, через 8, 14, 28 діб, а також через 3 місяці від його початку. Всі пацієнтам проводились загальноклінічне обстеження. Ознаки та симптоми інфекції оцінювали за бальною шкалою: 0 – відсутні, 1 – слабкі, 2 – помірні, 3 – сильні; та в результаті отримували **інтегральний клінічний показник**. У хворих на дерматомікози

гладкої шкіри оцінювали наступні симптоми: еритема, везикули, пустули, лущення, формування кірок, свербіж. При пахвинній епідермофітії проводилась оцінка гіперемії, везикуляції, мацерації та свербіжу. При наявності кандидозу шкіри визначали ступінь гіперемії, мацерації та свербіжу. У пацієнтів з висівкоподібним лишаем спостерігали за вираженістю забарвлення патологічних вогнищ і лущення шкіри. Лабораторне дослідження мікотичної інфекції проводилось шляхом прямої мікроскопії та посіву на агар Сабуро при температурі 27°C до 2 тижнів.

Хворим на поверхневі мікози шкіри призначалось зовнішнє лікування лосьйоном «Біфон». На уражені ділянки шкіри його наносили 1 раз на добу. Критеріями одужання були: відсутність клінічної симптоматики, відсутність грибів за результатами трьохкратних мікроскопії лусочок шкіри на ділянках попередньо існуючих вогнищ ураження та відсутності росту грибів при культуральному дослідженні протягом трьох місяців. У хворих з висівкоподібним лишаем до критеріїв одужання також віднесена негативна проба Бальзера.

Таблиця 1. Демографічні дані та етіологічні чинники ураження шкіри обстежених хворих.

Показник	Кількість хворих
Стать	
Чоловіки	18 (46,2%)
Жінки	21 (53,8%)
Вік	
Від 5 до 18 років	11 (28,2%)
Від 19 до 55 років	13 (33,3%)
Від 56 до 70 років	15 (38,5%)
Етіологія	
<i>Malassezia furfur</i>	12 (30,8%)
<i>Candida albicans</i>	8 (20,5%)
<i>E. floccosum</i>	6 (15,4%)
<i>T. mentagrophytes</i>	6 (15,4%)
<i>T. rubrum</i>	3 (7,7%)
<i>M. canis</i>	3 (7,7%)
<i>T. tonsurans</i>	1 (2,6%)
Всього	39 (100%)

Результати дослідження та їх обговорення.

На першому етапі дослідження, коли проводилось визначення чутливості грибів до лосьйону «Біфон» в умовах *in vitro*, були виявлені наступні діаметри затримки росту культур: *Trichophyton mentagrophytes* – 28 мм, *Trichophyton rubrum* – 35 мм, *Epidermophyton floccosum* – 26 мм, *Microsporum canis* – 30 мм, *Candida albicans* – 32 мм. Це свідчить про високу фунгіцидну активність лосьйону «Біфон» по відношенню до вищевказаних збудників.

На другому етапі дослідження проводилось спостереження за пацієнтами, які отримували зовнішню терапію. Аналіз його результатів відображає нормальну переносність лосьйону «Біфон», відсутність токсичних, алергічних реакцій і інших побічних

явищ при його застосуванні. Після лікування не відзначалось також погіршення результатів загальноклінічних аналізів, біохімічного аналізу крові та кліренсу креатиніну.

Всі хворі, які використовували лосьйон «Біфон», відзначали швидке всмоктування препарату при нанесенні його на шкіру, відсутність жирного блиску шкіри та відчуття сальності, що досить часто виникає при використанні крему або мазі.

У більшості хворих на висівкоподібний лишай до проведення лікування захворювання мало класичну клінічну картину з наявністю чисельних плям, що розташовувались дифузно або зливались між собою, рожевого або світло-коричневого кольору з вираженим висівкоподібним лущенням на

поверхні шкіри (рис. 1, 3). Більша частина висипань розташовувалась на передній поверхні грудної клітини, в міжлопатковій області, на плечах, животі та шиї. У всіх хворих на момент звернення за медичною допомогою проба Бальзера була позитивною, діагноз висівкоподібного лишаю був підтверджений шляхом мікроскопічного та культурально-го дослідження.

У 83% пацієнтів з висівкоподібним лишаєм вже через 8 днів від початку використання лосьйону «Біфон» відзначалось значне покращення клінічної картини, що проявлялось зміною кольору висипань, значним зменшенням лущення шкіри (рис. 2, 4). Як видно з рис. 5, інтегральний клінічний показник за перші 8 днів лікування зменшився на 63%, а через 2 тижні не досягав одиниці, що свідчить про швидкий регрес клінічної симптоматики захворювання. Через 28 днів від початку лікування у всіх пацієнтів не було ознак мікотичної інфекції шкіри, проба Бальзера була негативною, при мікроскопії гриби не виявлялись.

Групу хворих на поверхневу трихофітію гладкої шкіри склали діти, віком від 5 до 12 років. У них до початку лікування відзначались вогнища з чіткими межами, дещо припідняті над рівнем шкіри, округлої або овальної форми, що у деяких хворих зливались між собою. По периферії уражень у всіх хворих відмічався валик, що складався з папул, везикул і кірок. Висип локалізувався переважно на шкірі обличчя, шиї, тулуба та передпліч, однак у однієї дитини носив розповсюджений характер з наявністю вогнищ на тулубі, верхніх та нижніх кінцівках. Більшість пацієнтів скаржилась на свербіж різної інтенсивності. Незважаючи на поширеність патології в окремих випадках системна терапія антимікотичними препаратами не призначалась через можливість виникнення побічного токсичного ефекту у хворих даного віку.

Протягом всього курсу лікування та після його завершення хворі діти відзначали хорошу переносність лосьйону «Біфон», відсутність суб'єктивних відчуттів (відчуття печії, виникнення або посилення свербіжу) після його нанесення. У 85,7% хворих на поверхневу трихофітію гладкої шкіри повний регрес висипань спостерігався на 14 день від початку терапії, що співпадало з настанням лабораторно підтвердженого одужання. У однієї дитини лікування було подовжене до 28 днів, після чого було констатовано клінічну та лабораторну відсутність мікозу.

У трьох хворих на руброфітію гладкої шкіри, що увійшли до даного дослідження, спостерігалась еритематозно-сквамозна її форма з локалізацією патологічних вогнищ на шкірі тулуба та кінцівок, де переважно відзначались плями рожевого кольору з синюшним відтінком округлої форми, що мали переривистий валикоподібний край і були покриті дрібними лусочками. Завдяки проведеному лікуванню лосьйonom «Біфон» повне клініко-лабораторне одужання у двох хворих було зафіксоване на 14 день, а у одного пацієнта – на 28 день.

У трьох хворих на мікроспорію гладкої шкіри на момент звернення за медичною допомогою на обличчі та верхніх кінцівках спостерігались еритематозно-сквамозні вогнища округлої та овальної форми з наявністю везикул, кірок і лусочок по периферії. Вже через 8 днів від початку використання лосьйону «Біфон» еритема у вогнищах ураження значно зменшилась, лущення шкіри не спостерігалось. До 14 дня лікування висипання повністю регресували у всіх хворих.

Отже, в результаті спостереження за хворими на дерматомікози гладкої шкіри, які використовували лосьйон «Біфон», було встановлено повне клініко-лабораторне одужання до 28 дня лікування у 100% випадків. Як видно з рис. 6, вже протягом перших 8 днів зовнішнього лікування відзначалось зменшення інтегрального клінічного показника на 26%. Це, перш за все, було обумовлено зниженням інтенсивності суб'єктивних відчуттів, еритеми та лущення. Так, всі пацієнти відмічали припинення свербіжу на 3-5 день від початку терапії. Через 2 тижні щоденного використання лосьйону «Біфон» інтегральний показник становив 4,4 бали, що відображає швидке досягнення клінічного ефекту без застосування препаратів системної дії.

До дослідження також було включено 6 пацієнтів з діагнозом: пахвинна епідермофітія. Ці хворі мали ураження шкіри в області стегново-пахових складок, де відзначались переважно великі овальної форми вогнища гіперемії, везикуляції, мацерації з припіднятим краєм. Серед суб'єктивних відчуттів хворі відзначали свербіж переважно легкого ступеню. В процесі лікування лосьйonom «Біфон» свербіж зникав на 5-7 добу, ексудативні явища припинялись до 14 дня терапії, а гіперемія регресувала до 28 доби (рис.7). Клініко-лабораторне обстеження на 28 день від початку лікування підтверджувало повне одужання у всіх пацієнтів.

Хворі на інтритригінозний кандидоз при включенні до дослідження мали класичне ураження пахово-стегнових складок, аксиллярних областей і шкіри під молочними залозами з наявністю великих ерозій з бордюром із білуватого мацерованого епідермісу по периферії, що супроводжувались вираженим свербіжем. В процесі зовнішнього лікування лосьйonom «Біфон» в середньому на 8 добу відзначалось припинення свербіжу та ексудативних явищ, зменшення інтенсивності еритеми. Повне клініко-лабораторне одужання спостерігалось у всіх пацієнтів до 14 дня терапії.

Підсумовуючи наведені вище дані, можна впевнено констатувати, що антимікотичний засіб нового покоління «Біфон» має унікальні властивості, що забезпечують його високу клінічну ефективність і безпечність. До таких позитивних характеристик можна, перш за все, віднести комбінацію двох антимікотичних речовин – біфоназолу та піроктоноламіну, резистентність грибів до яких відсутня. Завдяки унікальній комбінації діючих субстанцій лосьйон

«Біфон» має широкий спектр протигрибкового впливу, а також виражені протизапальні властивості. Висока ефективність лосьйону «Біфон» була доведена як в умовах *in vitro*, так і завдяки проведеним клінічним випробуванням у хворих на різні грибокві ураження шкіри. В той же час пацієнти, що отримували препарат «Біфон» для зовнішнього лі-

кування, відзначали його зручність у застосуванні: можливість нанесення на шкіру 1 раз на добу, швидке всмоктування препарату, відсутність жирного блиску шкіри та відчуття сальності. Таким чином, лосьйон «Біфон» є ефективним, безпечним та зручним у використанні препаратом зовнішньої терапії мікотичних уражень шкіри.

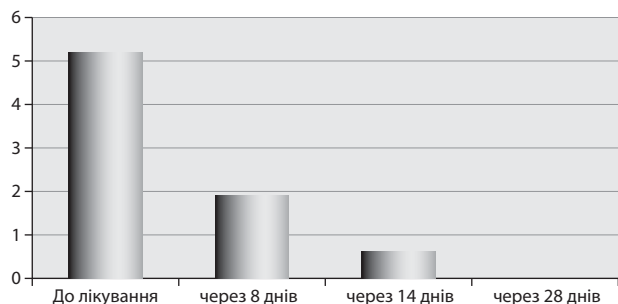


Рис. 5 Динаміка інтегрального клінічного показника в процесі лікування лосьйоном «Біфон» у хворих на висівкоподібний лишай.

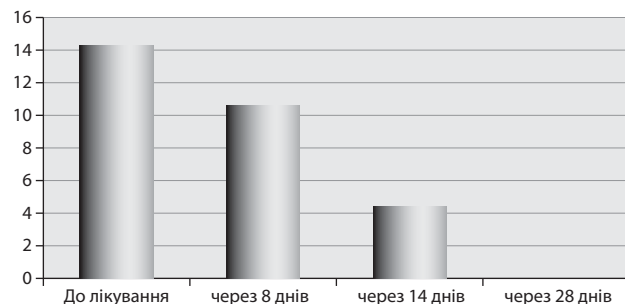


Рис. 6 Динаміка інтегрального клінічного показника в процесі лікування лосьйоном «Біфон» у хворих на дерматомікози гладкої шкіри.

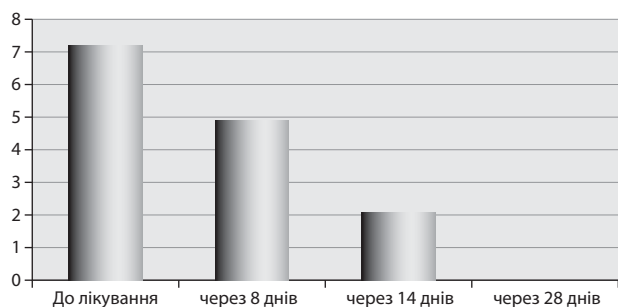


Рис. 7 Динаміка інтегрального клінічного показника в процесі лікування лосьйоном «Біфон» у хворих на пахвинну епідермофітію.

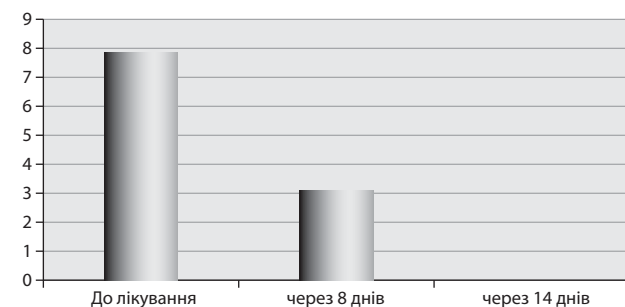


Рис. 8 Динаміка інтегрального клінічного показника в процесі лікування лосьйоном «Біфон» у хворих на кандидоз шкіри.

Висновки

1. Основні збудники поверхневих мікотичних уражень шкіри характеризуються високою чутливістю до препарату «Біфон», що проявляється відносно великими діаметрами затримки росту їх культур (≥ 25 мм) при дослідженні *in vitro*. Це свідчить про високу фунгіцидну активність лосьйону «Біфон» та відсутність резистентності до нього патогенної флори.
2. Використання препарату «Біфон» в якості монотерапії хворих на мікози шкіри забезпечує швидкий клінічний ефект (що проявляється зниженням інтегрального клінічного показника протягом перших 8 днів при висівкоподібному лишай – на 63%, при поверхневих дерматомікозах гладкої шкіри – на 26%, при пахвинній епідермо-

- фітії – на 32%, при кандидозі шкіри – на 61%) і повне клініко-лабораторне одужання до 28 дня лікування у 100% випадків.
3. Застосування лосьйону «Біфон» як препарату зовнішньої дії з мінімальною системною абсорбцією дозволяє уникнути побічних токсичних явищ і, порівняно з іншими формами випуску топічних антимікотичних засобів, є більш комфортним і зручним для пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дозволяють направити подальші дослідження на вивчення впливу лосьйону «Біфон» на інші клінічні форми мікотичних уражень шкіри.



Рис. 1 Пацієнт З., хворий на висівкоподібний лишай до проведення лікування



Рис. 2 Пацієнт З., через 8 днів від початку лікування лосьйоном «Біфон»



Рис. 3 Пацієнт П., хворий на висівкоподібний лишай до проведення лікування

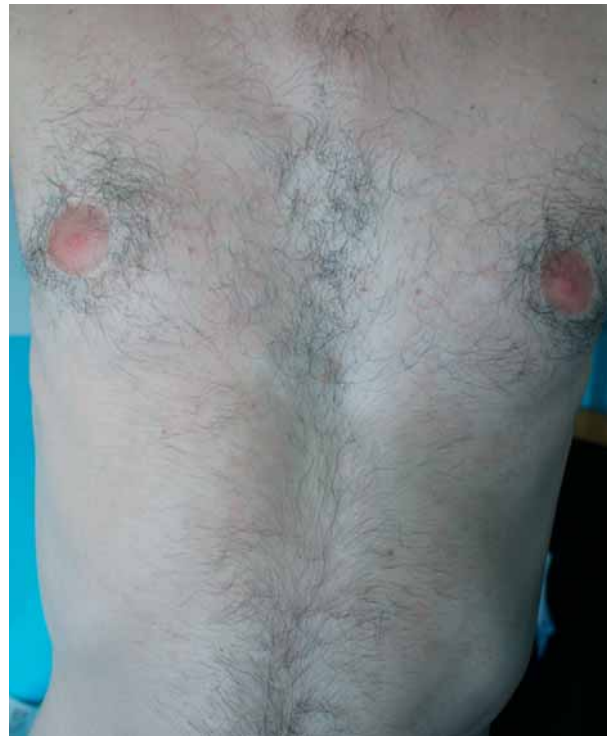


Рис. 4 Пацієнт П., через 8 днів від початку лікування

Список літератури

1. Андрашко Ю. В. Високоєфективний засіб зовнішньої терапії дерматомикозів та змішаних інфекційних дерматозів, Ю. В. Андрашко // *Consilium Medicum*. – 2008. – Том 2. - № 6. – С. 10-11.
2. Бочаров В. А. Регуляторні фактори запально-репаративного процесу при хронічних рецидивних дерматозах / В. А. Бочаров, Алавніх Муат, С. М. Тарнопольська // *Укр. журн. дерматології, венерології, косметології*. – 2003. – № 1. – С. 18–21.
3. Дюдю А. Д. Бактериальный вагиноз / А. Д. Дюдю, Н. Н. Полион, Е. А. Почка // *Дерматология. Косметология. Сексопатология*. – 2004. – № 3 – 4 (7). – С. 154-160.
4. Іваніна О. В. Мікози ступень: роль лікування супутніх хвороб у вилікуванні / О. В. Іваніна // *Укр. журн. дерматології, венерології, косметології*. – 2008. – № 3. – С. 87-89.
5. Калюжна Л. Д. Вивчення ліпідних показників сироватки крові та поверхні шкіри у хворих на себорейний дерматит / Л. Д. Калюжна, К. О. Бардова, Т. С. Брюзгина // *Укр. журн. дерматології, венерології, косметології*. – 2004. – № 4. – С. 22–24.
6. Кубанова А. А. Руководство по практической микологии / А. А. Кубанова, Н. С. Потехаев, Н. Н. Потехаев. - М.: Деловой экспресс. - 2001. – С.54
7. Кутасевич Я. Ф. Новые возможности в лечении грибковых поражений кожи / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Маштакова, И. А. Безрукова // *Укр. журн. дерматології, венерології, косметології*. – 2008. – № 3. – С. 80-83.
8. Мавров Г. И. Психосексуальные аспекты урогенитальных инфекций у женщин / Г. И. Мавров // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2008. – № 3. – С. 44–49.
9. Мамчур В. И. Этиотропная фармакотерапия микозов / В. И. Мамчур, В. П. Федотов, Л. А. Мамчур, А. Д. Дюдю. – Днепропетровск.: Издательство «Свидлер А. Л.». - 2003.
10. Машковский М. Д. Лекарственные средства, 15-е издание / М. Д. Машковский. – М.: Новая волна, 2006. – С. 125-128.
11. Михайлец Н. В. Рациональные подходы к выбору местного антимикотического средства / Н. В. Михайлец, Т. В. Святенко // *Укр. журн. дерматології, венерології, косметології*. – 2010. – № 1 (36). – С. 70-75.
12. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. – М.: МЗ СССР. – Приказ №535 от 22 апреля 1985 г. – 127 с.
13. Проценко Т. В. Влияние половых гормонов на физиологические процессы в дерме / Т. В. Проценко, И. Н. Бондаренко // *Дерматология. Косметология. Сексопатология*. – 2001. – № 1 (4). – С. 133–137.
14. Резниченко Ю. Г. Коррекция метаболических нарушений при патологических состояниях / Ю. Г. Резниченко, Г. И. Резниченко, Н. И. Литвин, Н. Ю. Резниченко - Запоріжжя: «Прогрес»». – 2008. – 96 с.
15. Резниченко Н. Ю. Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вугрової хвороби у жінок юного віку / Н. Ю. Резниченко // *Медико-соціальні проблеми сім'ї*. – 2007. – т.12, № 3. – С.59–64.
16. Резниченко Н. Ю. Досвід використання системних поліпробіотиків у комплексному лікуванні хворих на вугрову хворобу / Н. Ю. Резниченко, А. Д. Дюдю, Ю. Г. Резниченко // *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. – 2010. - №2. – С. 92-95.
17. Резниченко Н. Ю. Сучасні погляди на проблему та лікування вугрової хвороби / Н. Ю. Резниченко – Запоріжжя: «Прогрес». – 2008. – 108 с.
18. Родионов А. Н. Грибковые заболевания кожи: Руководство для врачей / А. Н. Родионов. - СПб: Питер. - 1998. - С. 7-8.
19. Сергеев А. Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев - М.: БИНОМ-Пресс - 2003.
20. Сергеев Ю. В. Фармакотерапия микозов / Ю. В. Сергеев, Б. И. Шпигель, А. Ю. Сергеев. - М.: БИНОМ-Пресс, 2003.
21. Федотов В. П. Эффективность наружного лечения дерматомикозов / В. П. Федотов, А.-М. А. Шпак, Ю. А. Белозерская // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. – 2004. – №3-4 (7). – С. 49-51.
22. Tanuma H, Doi M, Sato N.; Bifonazole in the treatment of moccasin-type tinea pedis. Comparison between combination therapy of bifonazole cream + 10% urea ointment and occlusive dressing therapy with the same agents. *Mycoses*. 2000; 43(3-4):129-37.
23. Watanabe S, Takahashi H, Nishikawa T: A comparative clinical study between 2 weeks of luliconazole 1% cream treatment and 4 weeks of bifonazole 1% cream treatment for tinea pedis. *Mycoses*. 2006 May; 49(3): 236-41.