

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-14>

Лечение препаратом Микоферон® коморбидного микоза стоп, протекающего на фоне плантарного гипергидроза

С.К. Пересади́на

7 Клинико-диагностический центр Войск
Национальной Гвардии Российской Федерации, Москва
E-mail: Saida111@yandex.ru

В настоящей статье представлен случай лечения коморбидного микоза стоп. Заболевание, интертригинозная форма, развилось на фоне подошвенного гипергидроза, сочетающегося с воздействием внешних триггерных факторов. Традиционная топическая терапия коморбидного микоза стоп (с использованием пасты Теймурова, мази тербинафин), продолжавшаяся с перерывами в течение 3 мес, оказалась малоэффективной. Был назначен комбинированный лекарственный препарат топического действия – Микоферон®. Положительную динамику клинической картины заболевания регистрировали с 4-го дня применения Микоферона. Спустя 2 нед с начала лечения отмечено клиническое выздоровление; микроскопически мицелия в соскобах кожи из разрешившихся очагов микотического поражения не выявлено.

Ключевые слова: микоз стоп, гипергидроз локальный, коморбидность, лечение, Микоферон®.

Для цитирования: Пересади́на С.К. Лечение препаратом Микоферон® коморбидного микоза стоп, протекающего на фоне плантарного гипергидроза // Врач. – 2020; 31 (4): 79–82. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-14>

Гипергидроз стоп – хронический локальный дерматоз, обусловленный нарушением функционирования эккринных потовых желез, проявляющийся повышенным потоотделением в области подошв. Количество выделяемого пота не коррелирует с физической нагрузкой или перегревом организма (МКБ-10 R61.0) [1–3]. Гипергидроз вследствие мацерации кожи и изменения ее pH способствует развитию грибковой и пиогенной флоры [4]. Кроме того, условия и характер некоторых видов профессиональной деятельности (в частности, воинской службы) также способствуют образованию постоянной влажной среды в области подошвы, т.е. выступают триггерными факторами развития микоза стоп [4]. В числе основных причин развития локального гипергидроза стоп у практически здоровых людей выделяют:

- интенсивное потоотделение у молодых мужчин, испытывающих тяжелые физические нагрузки;

- уплощение свода стопы вследствие больших нагрузок на опорно-двигательную систему;
- плохая вентилируемость, нарушение локального теплообмена и, в ряде случаев, недостаточная индивидуальная подгонка военной обуви;
- проживание в полевых условиях;
- образование частых микротравм кожи во время боевой и физической подготовки.

Частота развития гипергидроза стоп у военнослужащих в Вооруженных силах РФ может достигать 30–40%, что дает основание включить военнослужащих в группу риска по грибковым заболеваниям кожи [5]. В целом микозы стоп у больных плантарным гипергидрозом встречаются в 3 раза чаще, чем у лиц без такового [5].

В терапии локальных форм микоза стоп без проявлений онихомикоза применяют топические антимикотические препараты [6, 7]. Недавно на отечественный фармацевтический рынок противогрибковых средств поступил новый комбинированный лекарственный препарат Микоферон®, гель для наружного применения. Благодаря входящим в состав действующим веществам (тербинафин + метронидазол + интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный) препарат обладает местным противогрибковым, противомикробным, иммуномодулирующим действием.

В настоящей работе представлен клинический случай применения препарата Микоферон® при лечении интертригинозной формы коморбидного микоза стоп, возникшего на фоне гипергидроза стоп у военнослужащего.

Пациент С., 19 лет, обратился с жалобами на болезненность в области стоп, усиливающуюся при ходьбе, сильный зуд, резкий неприятный запах, покраснение кожи стоп.

Из анамнеза: повышенную потливость стоп пациент отмечал с 16-летнего возраста, лечился самостоятельно, применял различные антиперспиранты, пасту Теймурова. При прохождении медицинской комиссии в связи с призывом на военную службу грибковых заболеваний у пациента не диагностировано.

Ухудшение состояния пациент отмечал в течение последних 3 мес. Получал местное лечение амбулаторно и стационарно; использовал топические препараты: пасту Теймурова, мазь клотримазол. На фоне терапии отмечался кратковременный незначительный положительный эффект. На момент обращения в течение 10 дней получал терапию с использованием пасты Теймурова, мази тербинафин. На фоне лечения наблюдалось полное отсутствие положительной динамики клинической картины заболевания. Пациент был направлен в клинико-диагностический центр для решения вопроса

о назначении системных антимикотиков в связи с микозом стоп.

Общее состояние удовлетворительное. Физическое развитие среднее, правильного телосложения, нормального питания. ИМТ – 21,5. Кожный покров и видимые слизистые – вне очага, обычной окраски, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Тургор кожи соответствует возрасту. Дермографизм розовый. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Мышечный тонус в норме. Движения в крупных суставах в полном объеме, безболезненные. Перкуторно над легочными полями ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 62 в минуту, АД – 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Зрачки равны. Реакция на свет сохранена. Сухожильные рефлексы живые равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность, координация не нарушены.

Локальный статус: кожный процесс локализован на коже стоп (подошвы, межпальцевые промежутки), проявляется эрозиями и участками мацерированного, отслаивающегося эпидермиса в межпальцевых складках пальцев стоп. Кожа подошвенной поверхности стоп влажная, с обширными участками мацерации.

Клинический анализ крови: Нв – 140 г/л; эритроциты – $4,8 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,48 \cdot 10^9/л$; нейтрофилы – 42,8%, эозинофилы – 7,8%; базофилы – 0,4%; лимфоциты – 41,0%; моноциты – 6,8%; СОЭ – 5 мм/ч.

Клинический анализ мочи: относительная плотность – 1020, реакция (рН) – 5,5, белок – следы, сахар – отсутствует, кетоновые тела – отсутствуют, уробилиновые тела, билирубин – отсутствуют, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

*ИФА крови: антитела к *Treponema pallidum*, ВИЧ, HbsAg, HCV – не обнаружены.*

ЭКГ – ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 72 в минуту, угол = +61°.

При микроскопическом исследовании соскоба кожи из очагов поражения выявлен мицелий гриба.

Пациенту выставлен диагноз: микоз стоп, интертригинозная форма. Гипергидроз стоп. Наличие связи указанных заболеваний по патогенезу и времени позволяет рассматривать их как коморбидные [8, 9].

В связи с тем, что для местного лечения уже применялись антисептические, подсушивающие (паста Теймурова) и противогрибковые (клотримазол, тербинафин) средства, а также ввиду длительности заболевания, встал вопрос о назначении более эффективно-го в конкретном случае препарата, который наряду с противогрибковой активностью окажет антисептическое действие и восстановит защитные свойства кожи. Для местного применения был выбран комбинированный лекарственный препарат Микоферон®, содержащий в составе не только противогрибковый, но и антибактериальный и иммуномодулирующий компоненты. Механизм действия препарата основан на синергическом эффекте 3 активных компонентов. Тербинафин обладает высокоэффективным противогрибковым действием. Отличительная его особенность – способность в небольших концентрациях оказывать фунгицидное действие в отношении большинства грибов – дерматофитов (*Trichophyton spp.*, *Microsporium canis*, *Epidermophyton floccosum*), плесневых (в основном *Candida albicans*) и определенных диморфных грибов. Воздействие на дрожжевые грибы может быть 2 видов: тербинафин либо убивает их (фунгицидное действие), либо способствует задержке и остановке их роста (фунгистатическое действие). Поскольку он не воздействует на систему цитохрома P450, то не влияет на метаболизм гормонов и других лекарственных препаратов. Противомикробный компонент метронидазол обладает широким спектром действия, при местном применении активен в отношении анаэробов (*Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Peptococcus spp.*, *Clostridium* и др.). Иммуномодулирующий компонент интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, обеспечивает выраженные противовирусное и иммуномодулирующее действия. Интерферон альфа-2b активизирует процессы местного иммунитета, усиливает фагоцитарную активность макрофагов и специфическую цитотоксичность лимфоцитов к клеткам-мишеням, благодаря чему достигается опосредованный антимикробный эффект.

Для Микоферона характерно сочетание высокой эффективности с нетоксичностью и хорошей переносимостью. За счет гелевой основы происходит быстрое высвобождение, всасывание действующих веществ в очаге микотического поражения, создаются их высокие концентрации на поверхности очагов поражения, что обеспечивает эффективную элиминацию патогенных

грибов. Соответственно, это позволяет исключить серьезные побочные реакции, наблюдаемые при применении системных антимикотических препаратов.

Гель наносился на очаги поражения дважды в день. Положительная динамика субъективной симптоматики наблюдалась с 3-го дня лечения. Пациент отметил уменьшение болезненности стоп и отсутствие зуда. Курс лечения составил 14 дней.

Клинические проявления микоза стоп были успешно купированы. Микроскопическое исследование не выявило мицелия грибка в соскобах кожи из очагов микотического поражения стоп. У пациента наблюдалось клиническое разрешение микоза стоп, подтвержденное результатами отрицательного микроскопического исследования.

Таким образом, применение топического комбинированного лекарственного препарата Микоферон® в терапии микоза стоп, развившегося на фоне хронического плантарного гипергидроза, позволило достигнуть клинического выздоровления, подтвержденного результатами отрицательного микроскопического исследования, а также отказаться от назначения системных антимикотиков.

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Малая медицинская энциклопедия: в 6 т. Гл. ред. В.И. Покровский / М.: Медицина, 1996; Т.4; с. 568–69 [Malaya meditsinskaya entsiklopediya: v 6 t. Gl. red. V.I. Pokrovskii / M.: Meditsina, 1996; T.4; s. 568–69 (in Russ.).]
2. Альбанова В.И. Проблема повышенной потливости и пути ее решения. В сб.: Ретиноиды / М.: ФНПП «Ретиноиды», 2007; Вып. 27 [Al'banova V.I. Problema povyshennoi potlivosti i puti ee resheniya. V sb.: Retinoidy / M.: FNPP «Retinoidy», 2007; Vyp. 27 (in Russ.).]
3. Власова О.В. Плантарный гипергидроз, подошвенный гипергидроз [Vlasova O.V. Plantarnyi gipergidroz, podoshvennyi gipergidroz (in Russ.)]. URL: <https://клиника-власовой.рф/sovety-spetsialistov/45-gipergidroz.html>
4. Иванов В.М. Повышенное потоотделение и грибковые заболевания стоп // Натуральная фармакология и косметология. – 2005; 5: 17–9 [Ivanov V.M. Povyshennoe potootdelenie i gribkovye zabolevaniya stop // Natural'naya farmakologiya i kosmetologiya. – 2005; 5: 17–9 (in Russ.).]
5. Патрушев А.В. Комплексное лечение гипергидроза стоп у военнослужащих. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2008 [Patrushev A.V. Kompleksnoe lechenie gipergidroza stop u voennosluzhashchikh. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. SPb, 2008 (in Russ.).]
6. Бутов Ю.С., Потекаев Н.Н. и др. Дерматовенерология: руководство для врачей / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 640 с. [Butov Yu.S., Potekaev N.N. i dr. Dermatovenerologiya: rukovodstvo dlya vrachei / M.: GEOTAR-Media, 2017; 640 s. (in Russ.).]
7. Потекаев Н.Н. Поверхностные микозы кожи [Potekaev N.N. Poverkhnostnye mikozy kozhi (in Russ.)]. URL: <https://dermatology.my1.ru/publ/mikologija/dermatofitii/17-1-0-107>
8. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность в клинической практике. Часть 1 // Архив внутренней медицины. – 2011; 1: 16–20 [Vertkin A.L., Rumyantsev M.A., Skotnikov A.S. Komorbidnost' v klinicheskoi praktike. Chast' 1 // The Russian Archives of Internal Medicine. – 2011; 1: 16–20 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2011-0-1-16-20>

9. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность в клинической практике. Часть 2 // Архивъ внутренней медицины. – 2011; 2: 20–4 [Vertkin A.L., Rumyantsev M.A., Skotnikov A.S. Komorbidnost' v klinicheskoi praktike. Chast' 2 // The Russian Archives of Internal Medicine. – 2011; 2: 20–4 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2011-0-2-20-24>

TREATMENT WITH THE MEDICINE MYCOFERON® OF COMORBID FOOT MYCOSIS IN A PATIENT WITH PLANTAR HYPERHIDROSIS

S. Peresadina

*Centre for Clinical Diagnostics №7, National Guard Forces Command
of the Russian Federation, Moscow*

This paper presents the clinical case of comorbid foot mycosis treatment. The intertriginous form of the disease has developed in a patient with plantar hyperhidrosis combined with the influence of external trigger factors. Traditional topical therapy of comorbid foot mycosis (with the use of Teymorov paste and terbinafine ointment), which continued for three months with breaks, was ineffective. A topical combined medication Mycoferon® was prescribed. Positive dynamics of the clinical picture of the disease was registered from the fourth day of Mycoferon® use. Clinical recovery was noted after two weeks since the treatment beginning, and microscopic examination revealed that there was no mycelium in the skin scrapes.

Key words: foot mycosis, local hyperhidrosis, comorbidity, treatment, Mycoferon®.

For citation: Peresadina S. Treatment with the medicine Mycoferon® of comorbid foot mycosis in a patient with plantar hyperhidrosis // *Vrach.* – 2020; 31 (4): 79–82. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-04-14>