



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 617.586-002.828-085.282

Эффективность препарата «Аквапилинг» при лечении больных со сквамозно-гиперкератотической формой микозов стоп

ГЛАДЬКО В.В., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы
МАСЮКОВА С.А., профессор
ГАЙВОРОНСКИЙ Д.А., майор медицинской службы
УШАЕВ А.Б., капитан медицинской службы

За последнее десятилетие отмечается повсеместный рост заболеваемости микозами как в России, так и в других странах мира. По статистическим данным, до 50% жителей Российской Федерации страдают дерматомикозами, среди которых частота сквамозно-гиперкератотической формы дерматофитии кожи стоп составляет до 20% [1–3]. Наиболее часто эта форма встречается у пожилых пациентов, а также при сахарном диабете типа 2. Лечение подошвенного гиперкератоза представляет определенные трудности, т. к. существующие на фармацевтическом рынке средства, как правило, недостаточно эффективны и нередко требуют длительного их применения. Ввиду неполного устранения гиперкератоза, а также элиминации патогенных грибов затягиваются сроки лечения, что приводит к рецидивированию микотического процесса [4–8].

Представляет интерес появившийся в 2009 г. новый препарат для устранения гиперкератоза стоп — раствор «Аквапилинг», который с успехом может применяться в лечении сквамозно-гиперкератотической формы микозов стоп, увеличивая эффективность этиотропной терапии и тем самым сокращая сроки лечения. Преимуществом препарата является быстрота наступления эффекта и безопасность. Для достижения выраженного эффекта достаточно 15–20 мин. Методика применения проста и не предусматривает предварительного распаривания кожи стоп. За 15–20 мин поверхностный слой гиперкератоза размягчается и устраняется с помощью специального атравматичного

скребка. Вышеуказанные преимущества препарата явились обоснованием для проведения настоящего открытого сравнительного исследования.

Целью исследования было изучение клинической эффективности, безопасности и комплаентности препарата «Аквапилинг» в комбинированной терапии больных ограниченными микозами кожи (дерматомикозы, микотическая экзема, климактерическая кератодермия (болезнь Хакстхаусена).

Для достижения цели были поставлены следующие задачи.

1. Изучить динамику разрешения клинических проявлений ограниченного микоза стоп (на фоне комбинированной терапии (раствором «Аквапилинг» в сочетании с кремом «Тербинафин») по сравнению с другой комбинированной терапией (10% салициловая мазь в сочетании с кремом «Тербинафин»).

2. Провести микологические исследования и оценку сроков исчезновения колоний грибка до лечения и в его динамике у наблюдаемых больных 1-й (основной) и 2-й (контрольной) групп.

3. Оценить эффективность и безопасность препарата «Аквапилинг» в комбинированном лечении больных ограниченными микозами кожи разной локализации с развитием сухости, шелушения, гиперкератоза и трещин, в т. ч. у больных микотической экземой и климактерической кератодермией.

3. Оценить степень удовлетворенности пациентов (комплаентность) препаратами для лечения ограниченными микозами кожи разной этиологии и локализации.



Критерии исключения из числа обследуемых включали следующие положения:

— проводимая антимикотическими препаратами системного действия терапия или применение системных антимикотиков в течение последних 6 мес;

— микозы стоп, осложненные присоединением вторичной инфекции и любые другие осложнения, требующие применения дополнительных лечебных мероприятий (назначения антибиотиков, глюкокортикоидов и других лекарственных средств, недопустимых в рамках данного исследования);

— нарушение целостности кожного покрова на нижних конечностях в результате заболеваний сосудов, трофических расстройств и травм;

— общее тяжелое состояние пациента, обусловленное соматической патологией, не позволяющее ему соблюдать режим, предписанный дизайном исследования;

— аллергия к составляющим крема «Фунготербин» или «Ламизил»;

— пациенты, страдающие алкоголизмом или наркоманией/токсикоманией;

— признаки поражения, характерные для туберкулеза, сифилиса, вирусных заболеваний;

— намерение забеременеть, беременность и/или кормление грудью;

— отсутствие готовности к сотрудничеству в исследовательских целях со стороны пациента.

Проведено клиническое и динамическое наблюдение эффективности препаратов у 40 больных ограниченными микозами кожи разной этиологии (дерматомикозы, микотическая экзема, климактерическая кератодермия — болезнь Хакстаусена) в возрасте от 21 до 70 лет, среди которых было 28 мужчин и 12 женщин.

Исследуемый контингент находился на амбулаторном и стационарном лечении с диагностированной сквамозно-гиперкератотической формой микоза гладкой кожи стоп, у больных при микроскопии обнаруживались грибы и имелся хотя бы один из следующих признаков микотического поражения: гиперемия, шелушение, мацерация, трещины, при наличии или отсутствии жалоб на зуд, боль, жжение и др.

Длительность заболевания составила у 9 больных до 1 года, у 10 от 1 года до 5 лет, у 17 от 5 до 10 лет, у 4 — свыше 10 и более лет.

Таким образом, средний возраст пациентов составил (49 ± 1 год), и основная группа наблюдаемых больных были старше 40 лет, преимущественно с длительностью заболевания от 5 и свыше лет у большей половины пациентов.

По клиническим формам у больных, включенных в исследование, микотическая экзема была у 10% с локализацией высыпаний на кистях и стопах, дерматофитии составляли большинство, и их было 77,5%, климактерическая кератодермия наблюдалась у 12,5% пациентов. Сквамозная форма дерматофитии отмечалась у 13, а гиперкератотическая у 18 больных. Чаще кожный процесс локализовался на стопах — у 38 пациентов, реже — на кистях (2 случая).

При анамнестическом опросе установлено, что до проведения настоящего исследования пациенты получали препараты системного воздействия (эриус, тавегил, супрастин и др.) — 13 пациентов и наружное лечение (клотримазол, кандид, ламизил) — 22 человека.

Лабораторная диагностика включала микологические тесты, которые проводились в соответствии с принятыми стандартами и объективно выявляли наличие грибка. Для подтверждения клинического диагноза у всех больных использовались микроскопия и культуральный метод исследования (посев чешуек с кожи на среду Сабуро) с последующей микроскопией выросших колоний грибка до лечения и в его динамике.

Анализ результатов динамики исчезновения грибков при микологическом исследовании материала до и после лечения в 1-й группе показал, что к концу срока наблюдения *Trichophyton rubrum* был обнаружен у 3 пациентов: одного с гиперкератотической формой дерматофитии и двух с климактерической кератодермией, которые были переведены на лечение системными и другими топическими антимикотиками. Во 2-й группе *T. rubrum* после лечения был обнаружен у двух пациентов с климактерической кератодермией. Что касается *Trichophyton mentagrophytes*, то он не был об-



наружен после лечения у всей наблюдаемой группы больных.

Больные 1-й группы (25 человек) получали наружное комбинированное лечение, заключающееся в применении кератолитического препарата — раствора «Аквапилинга» + 1% крема «Тербинафин» 2 раза: утром и на ночь.

При первом визите каждому больному, включенному в исследование, была показана техника нанесения препарата. Ватный тампон, смоченный раствором «Аквапилинга», накладывался на область гиперкератоза под полиэтиленовую пленку на 20 мин. Размягченный слой кожи устранялся атрауматичным скребком, входящим комплект средства. Далее кожа ополаскивалась водой без мыла. Процедура повторялась через день. Таким образом, за неделю, предшествующую второму визиту, «Аквапилинг» применялся 3–4 раза. В дни его использования 1% крем тербинафина наносился на участки гиперкератоза и микотического процесса непосредственно после использования «Аквапилинга». Вопрос о необходимости продолжить лечение раствором «Аквапилинга» решался врачом во время второго визита.

Крем 1% тербинафина применялся пациентами 2 раза в день, утром и на ночь, до полного разрешения клинических проявлений микоза.

Оценка лечения проводилась на 2–5-м визитах через 7, 14, 21 и 28 дней наблюдения.

Больные 2-й группы (15 человек) получали также наружное комбинированное лечение, заключающееся в применении «кератолитической» 10% салицило-

вой мази + 1% крем тербинафина. 10% салициловая мазь наносилась на область гиперкератоза под полиэтиленовую пленку через день на ночь.

1% крем тербинафина применялся пациентами 2 раза в день, утром и на ночь до полного разрешения клинических проявлений микоза.

Курс лечения составлял 4 нед. Анализ результатов лечения проводился также на 2–5-м визитах через 7, 14, 21 и 28 дней наблюдения.

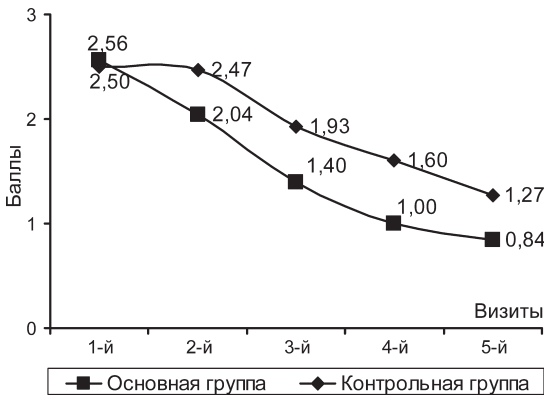
Оценка эффективности лечения в группах осуществлялась по балльной системе на основании анализа динамики жалоб и симптомов, а также переносимости изучаемого препарата. Заключительную оценку проводили через месяц после окончания курса лечения, об эффективности которого свидетельствовали данные лабораторных исследований и динамика разрешения клинических симптомов заболевания.

Основным показателем эффективности лечения служила динамика исчезновения клинических проявлений микотического процесса, выраженная в баллах: 0 — отсутствие признака, 1 — слабо выраженная, 2 — умеренно и 3 — сильно выраженная.

Общая оценка эффективности лечения проводилась по общепринятым в дерматологии критериям: клиническое выздоровление — полный регресс клинических проявлений микоза; значительное улучшение — разрешение кожного процесса более чем на 75%; улучшение — менее чем на 50%; без эффекта — отсутствие динамики кожного процесса к концу курса лечения и возникновение рецидива (см. таблицу).

Сравнительные результаты лечения больных 1-й / 2-й групп

Результаты лечения	14-й день		28-й день	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Клиническое выздоровление	12/6	48/40	18/8	72/53,3
Значительное улучшение	11/5	44/33,3	4/4	16/26,7
Улучшение	2/4	8/26,7	3/3	12/20
Без эффекта	—	—	—	—
Всего...	25/15	100/100	25/15	100/100



Сравнительная динамика разрешения гиперкератоза

Клиническая эффективность лечения больных 1-й группы составила 88% (22 пациента), улучшение отмечено у 3 больных с климактерической кератодермией (болезнь Хакстхаусена), протекающей на фоне дерматофитии, через 14 дней. Однако у одного из них отмечалось ухудшение процесса к окончанию срока наблюдения, в результате чего было назначено лечение другими системными и топическими антимикотиками.

У пациентов 2-й группы клиническая эффективность составила 80% (12 пациентов), улучшение – 20% (3 пациента), из них 1 был с климактерической кератодермией (болезнь Хакстхаусена), протекающей на фоне дерматофитии, и 2 с гиперкератотической формой дерматофитии стоп.

Следует отметить, что у 12 пациентов 1-й группы на 14-й день наступило клиническое выздоровление: у 1 с микотической экземой и 11 со сквамозной формой дерматофитии стоп.

Во 2-й группе на 14-й день наступило клиническое выздоровление у 1 пациента с гиперкератотической формой дерматофитии стоп и у 5 со сквамозной формой дерматофитии стоп.

Динамика разрешения зуда в 1-й и 2-й группах (соответственно до лечения – 2,00 и 2,13) и через месяц к 5-му визиту после начала лечения составила 0,16 и 0,20. Зуд исчезал быстрее в 1-й группе.

Чувство жжения (до лечения 1,64 и 1,53) быстрее снизилось во 2-й группе (после лечения 0,16 и 0,13).

Эритема исчезала быстрее в 1-й группе. Что касается шелушения, то оно регрессировало быстрее в 1-й группе по сравнению со 2-й. Трещины проходили также быстрее во 2-й группе, а мацерация в обеих группах исчезала уже к четвертому визиту.

Отмечается значительное снижение показателей гиперкератоза в 1-й (до лечения 2,56 после лечения 0,84) по сравнению со 2-й группой (до лечения 2,50 после лечения 1,27) (см. диаграмму).

У всех наблюдаемых больных не было отмечено ухудшение или обострение кожного процесса на фоне лечения.

При общей оценке лечения врачом и пациентом, а также комплаентности отмечена хорошая переносимость препарата и расхождений в оценке показателей его переносимости не было у всей группы наблюдаемых больных. Нежелательных явлений ни у одного пациента не было зарегистрировано.

Таким образом, в основной группе лечения («Аквапилинг» + 1% крем «Тербинафин») по сравнению с контрольной группой (10% салициловая мазь + 1% крем «Тербинафин») наблюдалось более быстрое разрешение клинических симптомов, особенно при гиперкератотической форме дерматофитии. Клиническая эффективность по группам составила соответственно 88 и 80%.

По результатам микологических тестов после лечения у 12% больных 1-й группы и 13,3% 2-й группы после лечения был обнаружен только *T. rubrum*. Пациенты были переведены на системное и топическое лечение антимикотиками (четверо из них были с климактерической кератодермией).

ВЫВОДЫ

1. Раствор «Аквапилинг» является эффективным и безопасным препаратом в комбинированной наружной терапии больных сквамозной и гиперкератотической формой дерматофитии стоп, микотической экземы.



2. Препарат оказывает выраженное кератолитическое действие и в составе комбинированной терапии способствует быстрому исчезновению клинических проявлений у больных сквамозной и гиперкератотической формой дерматофитии стоп, микотической экземы. Стойкий клинический эффект был до-

стигнут у 88% больных к окончанию срока наблюдения.

3. Раствор «Аквапилинг» хорошо переносится и занимает достойное место в комбинированной наружной терапии как препарат выбора в качестве кератолитического средства в лечении больных микозами стоп.

Литература

1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н. Диагностика микозов. — СПб: Изд. дом «СПб МАПО», 2004.
2. Кашкин П.Н., Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии. — Л., 1989.
3. Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. — М.: Пре-мьер-МТ, 2007. — 336 с.
4. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи: руководство для врачей. — СПб: Питер Паблишинг, 1998. — 288 с.

5. Руководство по дерматовенерологии. — Т. 2 / Под ред. С.Т.Павлова. — Л.: Медгиз, 1961. — 480 с.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. — М.: ООО «Бином-пресс», 2003. — 440 с.
7. Степанов Ж.В. Грибковые заболевания: диагностика и лечение. — М.: Миклош. — 2005. — 104 с.
8. Тарасенко Г.Н., Тарасенко Ю.Г. Основы практической микологии. — М.: ОАЗИС-Дизайн, 2008. — 120 с.