

Преимущества Итраконазола (Текназола) в системном лечении онихомикоза, разноцветного лишая, дерматомикозов и вульвовагинального кандидоза (ВВК)

- Важным преимуществом итраконазола (Текназола) перед другими препаратами является его широкий спектр противогрибковой активности. Итраконазол активен *in vitro* в отношении большинства возбудителей онихомикоза – дерматомицетов (*Epidermophyton spp.*, *Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.*), *Candida spp.* (*C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. lusitaniae* и др.), *Aspergillus spp.*, *Fusarium spp.*, *S. Shenckii* и др. [2, 8].
- Безопасность лечения итраконазолом определяется его селективным влиянием на ферментативные системы грибковой клетки и отсутствием действия на аналогичные структуры человека [3, 6].
- Итраконазол появляется в ногтевой пластинке в течение недели с начала лечения, и концентрация препарата в ногте повышается в процессе лечения. Эти свойства лекарственного средства легли в основу пульс-терапии, когда итраконазол назначают не постоянно, а только, в одну неделю месяца (такая методика является эффективной и более безопасной, чем ежедневный длительный прием препарата) [5]. Оптимальной схемой лечения итраконазолом является пульс-терапия по 200 мг 2 раза в сутки; при поражении ногтевых пластинок кистей – рекомендуется 2-3 пульса, при инфицировании стоп – 4-5 пульсов [1].

Преимущества Итраконазола в системном лечении онихомикоза, разноцветного лишая, дерматомикозов и вульвовагинального кандидоза (ВВК) (продолжение)

- Итраконазол обладает высокой кератинотропностью и липофильностью, поэтому, достаточно быстро поступает в кератиновые ткани организма и длительно в них сохраняется, что позволяет проводить достаточно короткие курсы терапии. Так, терапевтическая концентрация итраконазола в коже обнаруживается в течение 2-4 нед. после прекращения 4-недельного курса лечения [4, 5].
- Существует информация, указывающая на хорошую эффективность и низкую частоту побочных эффектов перорального применения итраконазола у детей, страдающих онихомикозом [7].
- Говоря о сравнительной резистентности возбудителей к системным антимикотикам, применяемым в лечении ВВК, следует отметить, что доля нечувствительных дрожжевых грибов разных видов, в совокупности – самая низкая по отношению к итраконазолу и натамицину (при этом, натамицин, как полиеновый антимикотик, практически, не всасывается из ЖКТ и действует только в кишечнике) [2а, 2б].

Список литературы

к слайдам «Преимущества Итраконазола в системном лечении онихомикоза, разноцветного лишая и дерматомикозов»

1. Васенова В. Ю., Бутов Ю.С. Современные возможности терапии онихомикозов // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – №. 10. – С. 623-627.
2. Котрехова Л.П., Климко Н.Н., Разнатовский К.И. Современные методы лечения онихомикоза //Лечащий врач. – 2007. – №5. – С. 1-4.
- 2а. Курдина М. И. Вульвовагинальный кандидоз-современный подход к выбору лекарственных препаратов //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – Т. 11. – №. 6. – С. 89-93.
- 2б. Мальбахова Е.Т. и соавт. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных //Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2012. – Т. 11. – №. 3. – С. 11-17.
3. Медведева Т.В. Сравнительная характеристика системных антимикотиков в терапии микозов кистей и стоп с онихомикозом: дис. – спец. 03. 00. 24 «Микология» / Татьяна Владимировна Медведева, 2004.
4. Тарасова М.А. и др. Лечение микозов гладкой кожи препаратом итраконазол //Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – №. 4. – С. 126-131.
5. Шилова И.Б., Гуськова Т.А., Глушков Р.Г. Современные лекарственные средства для лечения дерматомикозов //Химико-фармацевтический журнал. – 2004. – Т. 38. – №. 4. – С. 3-9.
6. Файзуллина Е.В., Глушко Н.И. Лечение онихомикоза эскифином //Успехи медицинской микологии. – 2003. – Т. 2. – №. 2. – С. 42-43.
7. Feldstein S., Totri C., Friedlander SF. Antifungal therapy for onychomycosis in children. Clin Dermatol. 2015 May-Jun; 33(3): 333-9.
8. Gianni C. Update on antifungal therapy with terbinafine // G Ital Dermatol Venereol. 2010 Jun. Vol. 145 (3). P. 415-424.