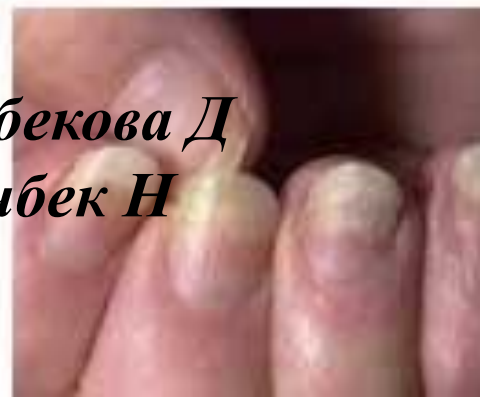




Саңырауқұлақтық аурулар



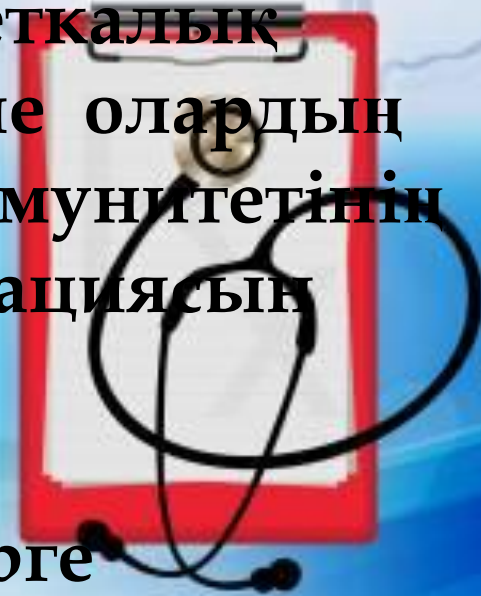
*Қабылдаған: Айдарбекова Д
Орындаған: Сұлтанбек Н
Тобы: ЖМ – 018*

Саңырауқұлақтық аурулар таралуы жағынан пиодермияларға тең. Микоздар – шартты патогенді немесе патогенді әртүрлі (200-ден көп) кең таралған инфекциялар тобы.

Саңырауқұлақтар эукариотты өсімдік тектес микроорганизмдерге жатады.

Клеткалық организациясы өте жоғары, бұл топтың микроорганизмдерінің морфологиясы әртүрлі, өмірлік циклы күрделі, жыныстық және жыныссыз жолмен көбейеді. Саңырауқұлақтар бір клеткалы микроорганизмдер түрінде өмір сүре алады (дрожьде), бірақ олар

Саңырауқұлақтың көбісі сыртқы ортадағы табиғи субстраттарда бос өмір сүруі мүмкін. Кейбіреулері ғана адамда инфекциялық қоздырғыш ретінде шығады. Саңырауқұлақтардың метоболизмі, химиялық құрамы, морфо-функциональды организациясы осы микроорганизмдермен шақырылатын инфекцияның ерекшелігі болады. Саңырауқұлақтардың клеткалық құрамында хитиннің болуы және олардың көлемінің үлкен болуы иесі иммунитетінің қоздыру факторларына инактивациясын қиындатады. Осының бірі болып микоздардың қоздырғышының антибактериальды антибиотиктерге



Инфекция шақыратын саңырауқұлақтар таксономиялық қатыныста тұқымдастыққа, подкласстарға және класстарға бөлінеді.

Олардың жүйесі және толық анықтамасы арнайы әдебиетте келтірілген (Кашкин П. Н. и соавт. 1978, 1979; Rippon J.W., 1982).

Клинико-патогенетикалық, ұлпалық тропизм, паразитарлы морфогенез және микотикалық инфекциялық қоздырғышының патогенділік деңгейінің ерекшелігіне қарай бірнеше топтарға бөлінеді: кератомикоз қоздырғыштары, дермато-фиттер, «шынайы» паразитарлы дермографизмі бар саңырауқұлақтар, шартты – патогенді дрожь тәрізді және көгерген саңырауқұлақтар – «оппортунистикалық»

инфекция қоздырғышы

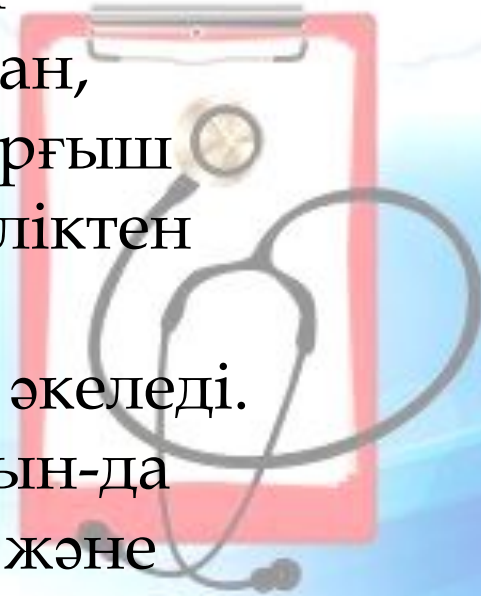
Микоздардың күрделі проблемаларының қысқа анализдері көрсетеді:

- соңғы кездегі саңырауқұлақтық аурулардың тез өсуі, оның ішіндегі созылмалы ағымы және терең микоздардың кездесуі;
- даму себебінде, патогенезінде, ағымы және аяқталуында, туа біткен иммуножетіспеушілік және АИВ инфекция пандемиясында иммуножетіспеушілік жағдайдың дамуы;
- «оппортунистикалық» инфекцияның микоздарындағы жоғарғы тығыздығы;
- медицинада парадоксты әсер етуінен де (антибиотико-, гормонотерапия, комбинирленген терапияда, трансплантологияда және т.б.) жиілігі және микоздардың ағым ұзақтығының өсуі, иммунды жүйеге ұзақ әсер ететін микоздардың патогенді қасиетінің пайда болуы, бұрын микоз қоздырғышы ретінде қаралмағанын атап айту керек;
- патологиялық процесстің локализациясына және әртүрлі қасиетіне қарай микоздарды емдеудің

Қазіргі күні микоздар жеткілікті күрделі. Біріншіден, саңырауқұлақтық зақымданулар науқастың терісін бұзады, Екіншіден, организмнің аллергиясы (кератомикоздан басқа) дамиды, үшіншіден, көптеген ұлпалар мен мүшелер зақымданады (жүйелі микоздар), гранулемалар дамиды, мүшелер функциясы бұзылады.

Жүйелі микоздардың қоздырғыштары қан жүйесіне өтіп, саңырауқұлақтық сепсис шақырып, жиі өліммен аяқталады. Кератомикоздар проблемасы көп жағдайда косметикалық, ал субкутанды микоздар тері жамылғысын зақымдаумен қатар ауыр аллергиялық формаға өкелеті

Саңырауқұлақтық аурулардың таралуына біздің өмір сүру ортамыздың маңызы зор, әсіресе жылылық, ылғал-дық, вентиляцияның болмауы және басқа детергенттер және аутохтонды бактериялармен бірге терінің липидті қабатын алып тастайтын сабындар. Саңырауқұлақтар адам организміне медициналық манипуляцияларда да түсуі мүмкін. Организмнің табиғи резистенттілігі қатерлі ісіктерден, қант диабеті, иммуносупрессивті терапия және кең спектрлі әсер ететін антибиотиктерді ұзақ уақыт қолданудан, кортикостероидтардан, плазма алмастырғыш ерітінділерден және имуножетіспеушіліктен төмендейді, экзогенді және эндогенді саңырауқұлақтардың инвазивті өсуіне әкеледі. Макроорганизмнің кез келген жағдайында маңызды орынды даму себебі, ағымы және аурудың аяқтауы апаратынын өскеру керек ол

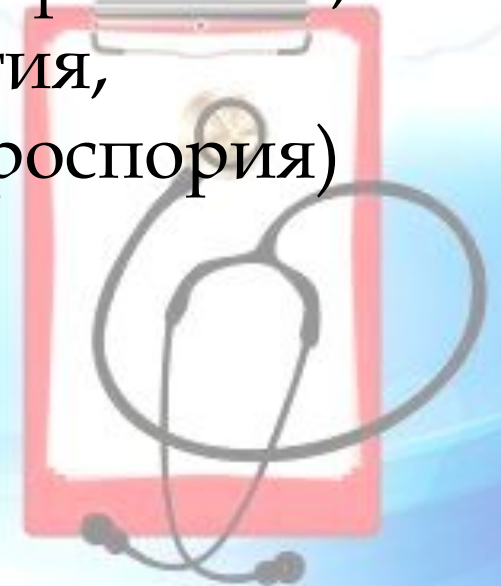


Дерматомикоздардың қазіргі заманғы жіктелуі.

Жоғарыда айтылып өткендей, саңырауқұлақтық аурулар иммуножетіс-пеушілік және саңырауқұлақсыз зақымдануында дамиды-нын білдік (резистенттіліктің төмендеуі). Осы себептен саңырауқұлаққа қарсы терапияны тағайындағанда келесі аспектілерге мән беру керек:

Ариевичтің жіктемесі: (Диапозитив 1)

1. Кератомикоздар (түрлі-түсті теміреткі)
2. Дерматомикоздар (шап эпидермофитиясы, табан эпидермофитиясы, руброфития, трихофития (от trichos - шаш), микроспория)
3. Кандидоз
4. Терең микоздар
5. Псевдомикоздар (эритразмдар)



Кератомикоздар

Кебек тәрізді теміреткі

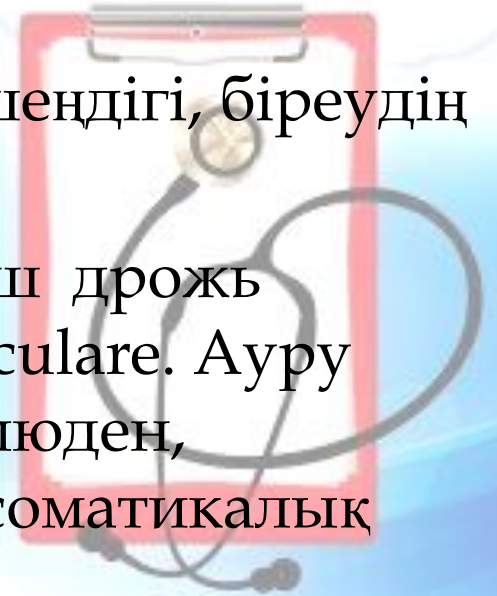
Синонимдері: түрлі-түсті теміреткі, түрлі-түсті питириаз, хромофитоз.

Анықтамасы: дақты, қабыршақтанатын қоңыр, сарғыштау бөртпелері бар әртүрлі формалары және көлемді беткей микоз.

Таралымы: ауру кең таралған, көбінесе ыстық климатты елдерде.

Қауіп факторлары: терінің жоғары тершендігі, біреудің киімін кию.

Этиологиясы және патогенезі: қоздырғыш дрожь тәрізді саңырауқұлақтар *Pitirosporum orbiculare*. Ауру науқаспен қатынастан, біреудің киімін кюден, қосымша гормональды дисбаланс, ауыр соматикалық аурулардан дамиды.

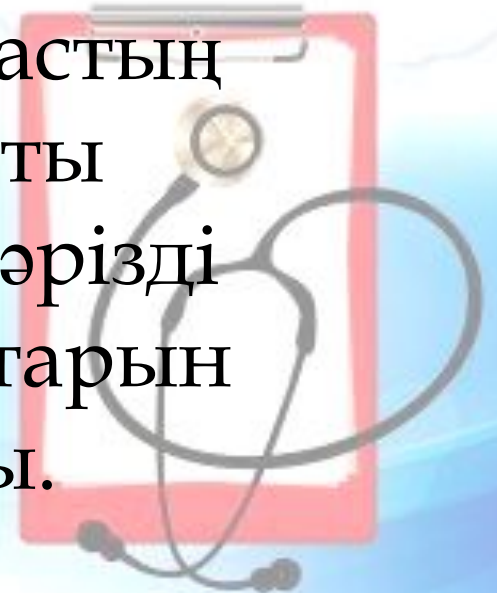






Клиникасы

Географиялық карта түрінде көрінетін әртүрлі көлемді дөңгелек, сопақша немесе полициклитикалық аймақты ашық-қоңыр немесе сарғыш түсті элементтің болуы. Дақтар қабыршақтанады, дененің жоғарғы бөлімінде көбінесе мойында, бастың және басқа да жерлердің шашты бөлігінде орналасады. Кебек тәрізді теміреткенің бірнеше варианттарын ажыратады: сары, қара, ахромды.





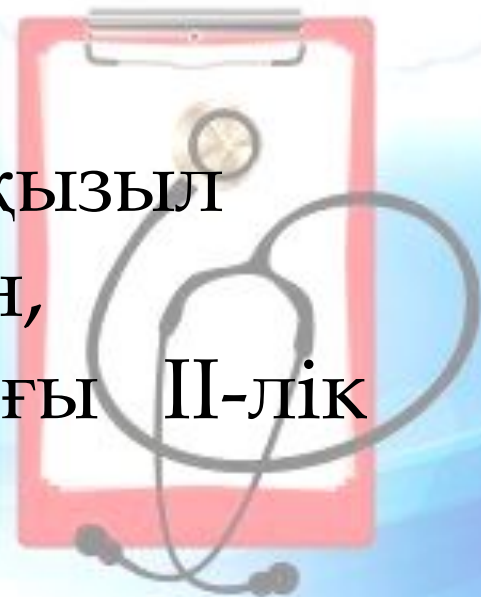


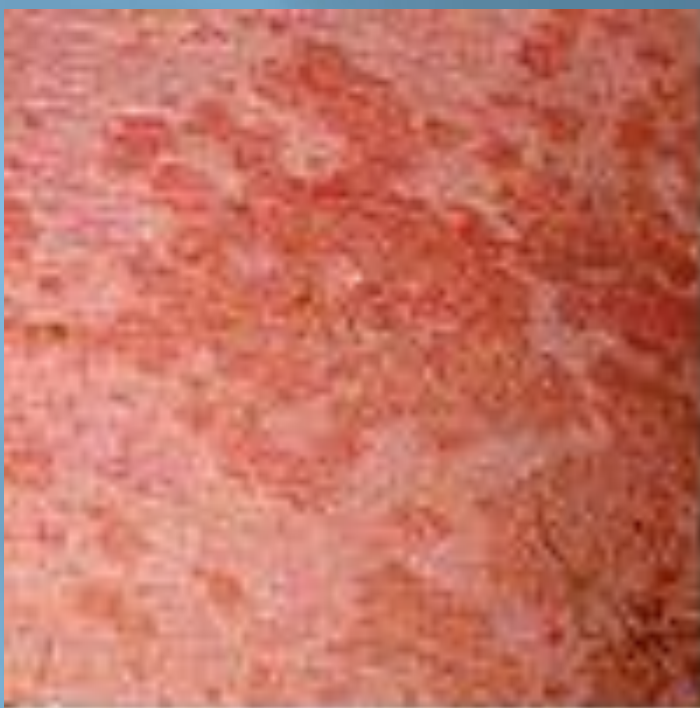
Диагностикасы:

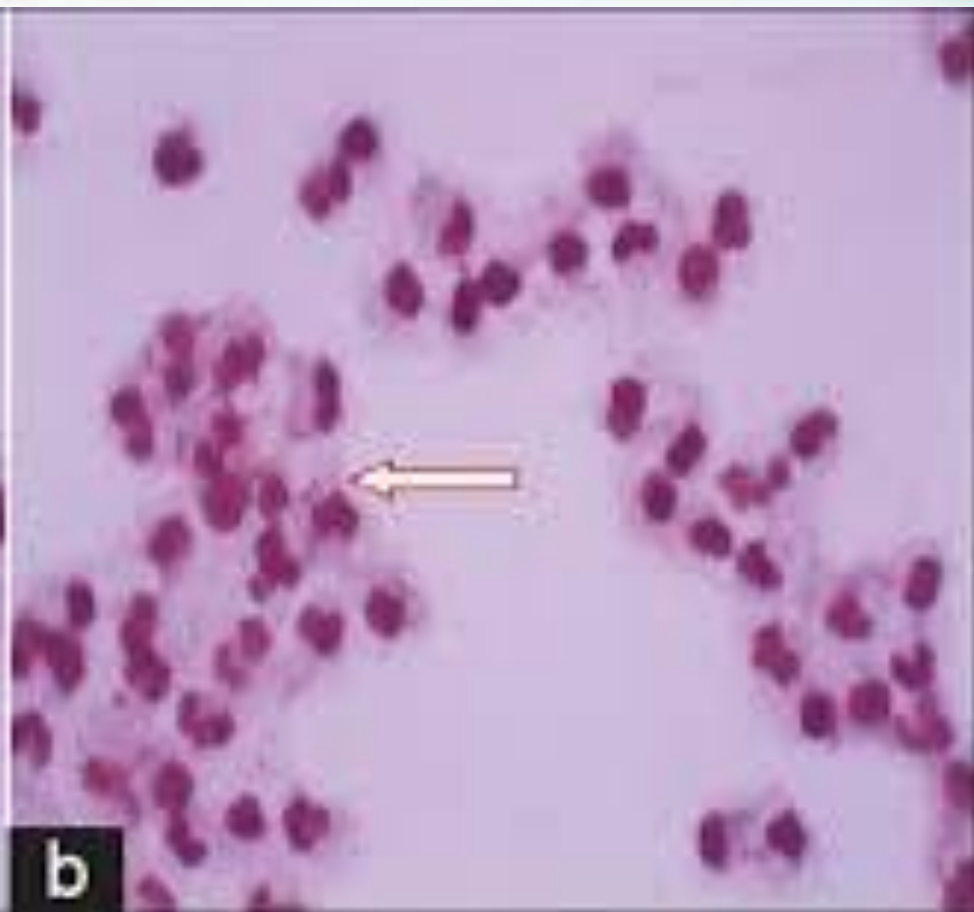
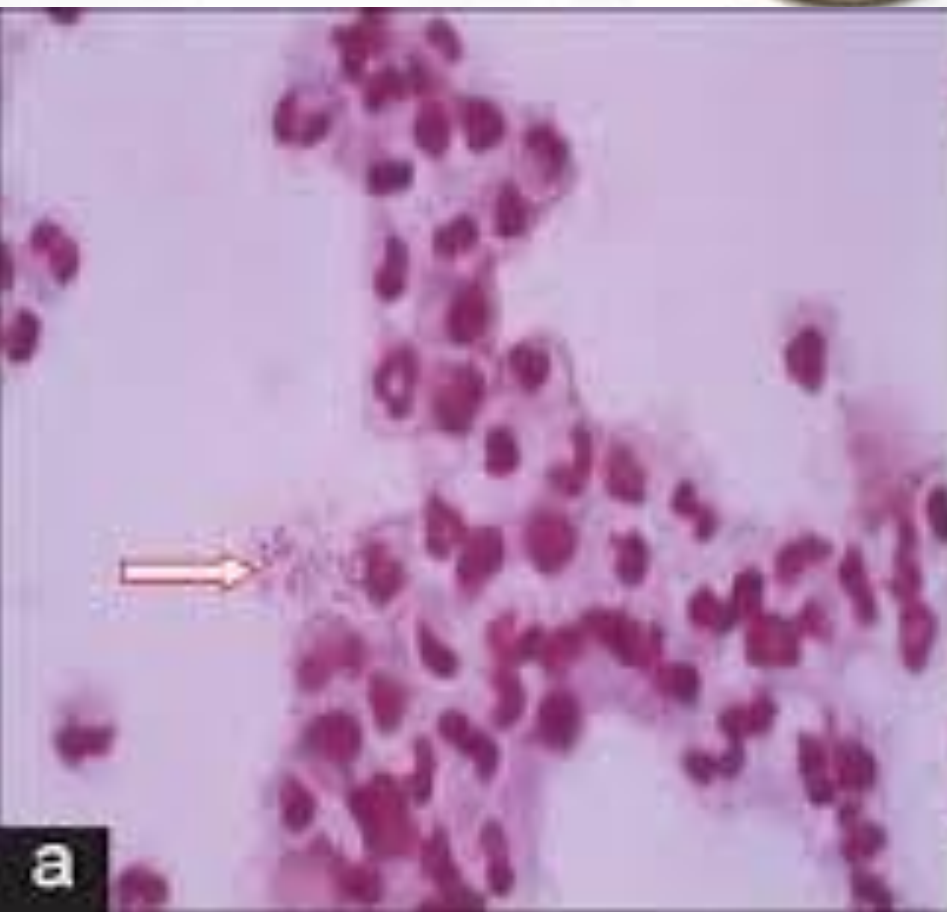
Оң иод сынамаcы, Вуд шамының сәулесінде флюоресценция, зақымдалу ошағындағы микроскопиялық чешуйкалар (екі контурлы споралардың болуы).

Дифференциальды

диагностика: Жибердің алқызыл теміреткесі, II-лік сифилиспен, Витилиго, әртүрлі аурулар-дағы II-лік депигментация және гиперпигментациялармен.







Емі

Сыртқы антимикотикалық дәрілер, төсектің дезинфекциясы.

Медикаментозды ем: әртүрлі антимикотикалық ерітінділер, кремдер, мазьдар (3-5% салицил спирті және 5% салицил мазь, 3-5% резорцинді спирт, 5-10% күкіртті мазь, тербинафин, циклоперокс, микозолон, клотримазол нафтифин, аморолфин және т.б.). Аурудың жайылмалы формаларында жүйелі антимикотиктерді (кетоконазол, итраконазол)



МИКОФИН

Тербинафин – таблетки 250 мг, 1% крем, 1% спрей, 1% спрей 30 мл



**КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ
ПРОБЛЕМЫ ГРИБКА**



Болжамы: жақсы.

Профилактикасы

клиникалық көріністердің өтуінен 1-2 ай өткеннен кейін антифунгальды терапияны қайталап өту. Жанұядағы барлық адамдар, балалар міндетті түрде тексерілу керек. Киімдерді, төсектерді дезинфекциялау.



Эритразма

Анықтамасы: еркектерде көп кездесетін табиғи қатпарларда кездесетін терінің кең таралған ауруы.

Этиологиясы және патогенезі: ауру қоздырғышы *Corynebacterium minutissimum* саңырауқұлақтарға еш қатысы жоқ, ал аурудың өзі – псевдамикоз. Аурудың патогенезінде маңызды орынды организмнің индивидуальды ерекшеліктері алады, жоғарғы тершеңдік, ылғалдық немесе ауаның жоғарғы температура терінің Ph-ның сілтіге ауысуы, мацерация, қажалу. Инфекциялық киім, ванна, жыныстық жолмен берілуі мүмкін.







Клиникасы

Қабынусыз ошақтар ашық-қоңыр немесе кірпішті-қызыл түсті ошақтар, қосылып үлкен шектелген, кейде фестонды шетті ошақтар түзіледі. Дақтың беткейі тегіс нәзік кебек тәрізді чешуйкамен қапталған. Субъективті қышу көрінеді. Эритразма терінің ірі қатпарларында орналасады. Ерлерде шапсан аймағында, әйелдерде қолтықастынан, сүт безінің астындағы қатпардан, кіндік маңының айналасында кездеспейді.

Диагностикасы

Люминисцентті диагностикасы, микроскопиялық зерттеу.

Дифференциальды диагностика

Шап эпидермофитиясы, рубромикоз, кебек тәрізді









Емі

Зақымдалған ошақты күніне 2 рет 1-2% октициллин, 1-2% йодтың спиртті ерітіндісі, 2-3% салицил немесе резорцинді спиртпен, фукорцинмен, 5-10% эритромицинмен, 5% күкіртті-2% салицил немесе клотримазол кремдерімен, экалин, травоген. Орунгалды 200мг 7күн. Профилактикалық мақсатпен 1-2рет аптасына 1-2% салицил немесе камфорлы спиртпен сүрту.



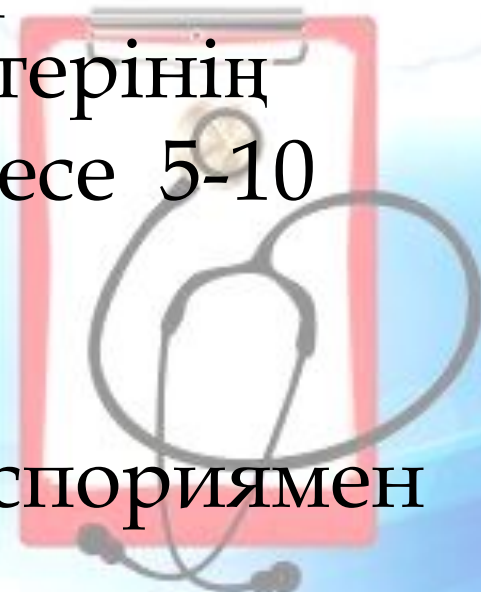
Дерматофитиялар.

Микроспория

Синонимдері: микроспориялық теміреткі, ұсақ споралы қиылған теміреткі.

Анықтамасы: *Microsporum* тұқымдастығының әртүрлі саңырауқұлақтармен шақы-рылатын шаштың және терінің саңырау-құлақтық ауруы. Көбінесе 5-10 жастағы балалар ауырады.

Қауіп факторлары: жабайы мысықтармен, иттермен, микроспориямен ауру баламен контактта болу.







Этиологиясы, патогенезі

Microsporium audouini, *M. langeroni*, *M. Ferruginum* антропофильді саңырауқұлақтар, *M. canis*, *M. distortum*, *M. persicolor*, *M. nanum*, *M. Rivalieri* зоофильді саңырауқұлақтар, *M. gypsum*, *M. fulvum*, *M. Cookei*, *M. rasemosum* геофильді саңырауқұлақтар. Зоофильді және геофильді саңырауқұлақтармен шақырылған микроспорияда инкубациялық кезеңі 1-2 апта, ал антропофильді де 1-1,5 айға созылады.





Клиникасы

Бастың шашты бөлігінде бір немесе бірнеше дөңгелек немесе сопақша эритоматозды-сквамозды ошақтар пайда болады. Диаметрі 2-6 см. Ошақтарда шаштар 2-3 мм ұзындықта сынған. Тері сұр немесе ақ муфтамен оралған, олар қиындықсыз пинцетпен жұлуға болады. волосы обломаны на 2-3мм от поверхности.

Пеньки волос

Диагностикасы

Визуальды әдіс, люминесцентті әдіс, культуральды диагностика, микроскопия.

Дифференциальды диагностика

Беткей және де басқа трихофитиялар, фавус, псориазбен, себореямен, ошақты алопециямен



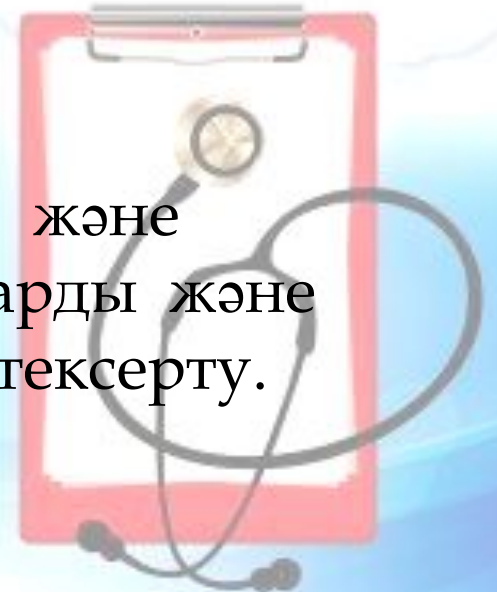


Емі

Комплексті – ішке жүйелі антимикотикалық препараттарды беру (кетоконазол, интраконазол). Сыртқы ем кезекпен (таңертең-кешке) 2-5% йод ерітіндісін және күкіртті-салицил мазін. Басқа антимикотикалық препараттарды қолдануға болады (кетоконазол, тербинафин, аморолфин, лоцерил, бифоназол, циклоперокс, толциклад және т.б.).

Болжамы: жақсы.

Профилактикасы: дер кезінде табылған және емделген микроспория, жабайы мысықтарды және иттерді аулау, үй жануарларын жүйелі тексерту.





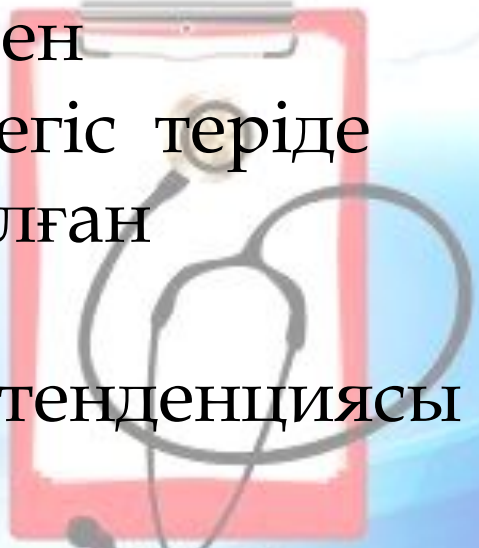


Трихофития.

Trichophyton тұқымдастығының әртүрімен шақырылатын, терінің кез келген бөлігін және тырнақты зақымдайтын ауру. Клиникалық екі түрі бар: беткей және инфильтративті-іріңді трихофития.

Беткей трихофития

Антропофильді саңырауқұлақтармен шақырылады. Өте жұқпалы ауру. Тегіс теріде беткей трихофития анық айқындалған дөңгелек немесе сопақша ісікті зақымдаулармен, шетке қарай өсу тенденциясы бар. Ошақты шеткері жерінде ұсақ көпіршіктерден қабыршақтардан құралған







Бастың шашты бөлігінде локализацияланған процессінде көптеген ұсақ, жайылған нохат дәнінен тырнаққа дейінгі көлемде, ақ-сұр қабыршақтар орналасқан. Тері беткейінен 2-3 мм биіктікте шаш сынған, майысқан және әлсізденген.

Бала кезінде пайда болған беткей трихофития үлкендердің созылмалы трихофитиясына айналуы мүмкін. Көбіне әйелдер ауырады. Желке және самай бөлікте ұсақ ошақты құрғақ себорея типіндегі диффузды қабыршақтану көрінеді. Осы ошақтарда ұсақ атрофиялық тыртықтарды және қара нүктелі шаш түбірлерін де көруге болады, олар фолликул саңылауында сынған. Тегіс теріде қызыл-көкшіл, аз қабыршақтанатын айқын шекарасыз ошақтар бар. Ең жиі кездесетін локализациясы бөксе, сан, алақан, саусақтардың ішкі беті.





Инфилтративті-іріңді трихофития – зоофильді саңырауқұлақтармен шақырылады және фолликулит, перифолликулит және тері асты түйіндермен іріңді интенсивті қабыну процесстерімен көрінеді. Ауру үй жануарларынан беріледі (ат, қара мал және т.б.).

Үлкендерде процесс жиі сақал, мұрт аймағында кездеседі және паразитарлы сткоз деп аталады, ал балаларда басында – Цельс керионы деп аталады.

Дамыған ошақ анық шектелген, дөңгелек, тегіс немесе төмпешікті беткейлі, зақымдалмаған теріден көтеріңкі, қоңыр түсті ісік тәрізді, импетигиозды қабыршақпен жабылған, фолликул саңылауы жоқ, басқанда немесе өздігінен ағатын іріңі бар. Зақымдалған ошақтың көп бөлігі түсіп қалады. Ошақтан ащы жағымсыз иіс шығады.

Жедел іріңді фолликулиттердің және перифолликулиттердің дамуымен, ауру шаштар және ірің эляминацияланады, терең трихофитиялар өздігінен жазылуға бейім. Жазылу ұзақтығы қабыну процесінің жеделдігіне байланысты. Көбіне процесс 2-3 айға созылады, тыртықпен шаштың жартылай өлуімен аяқталады.





Диагноз: клиникалық мәліметтер, микологиялық зерттеулер, қоректік орталарға егу.

Дифференциальды диагноз: бастың шашты бөлігінің және терінің микроспориясы, фавус, вульгарлы сикоз, ақшыл-қызыл теміреткі, себореялы экзема.

Емі: терінің тегіс бөлігінің зақымдалуында 2-5% йод тұнбасымен және кешке 5-10% күкіртті-салицил мазін жағу.

Бастың шашты бөлігінің зақымдануында аптасына 1 рет шашты алады, 2-5% йодтың спиртті ерітіндісімен, түнде 5% күкіртті-салицил немесе 5-10% күкіртті-дегтярлы мазь жағу. Осыларға қоса антимикотикалық препараттар тағайындайды (низорал, орунгал, ламизил және т.б.).

Инфилтративті-іріңді трихофитияның емін қабыршақты тазалаудан бастайды, 2% салицил вазелині жағылған таңғышымен орайды, одан кейін шашты алады, содан ылғалды кептіргіш таңғыштар





Қазіргі заманғы саңырауқұлақтарға қарсы препараттар

Ондаған жылдар бойы дәрігерлер тек жергілікті қолданатын дәрілермен пайдаланған. Олар клотримазол, микозалон, микосеп-тин, хинофунгин, нитрофунгин, окцитил, анмарин, эпиленді пластырь. Микоздарды жүйелі емдеу қиын түскен. В-амфоте-рицин, нистатиннің, левориннің, пимарациннің пайда болуы висцеральды микоздарды емдеуде үлкен қадам болды (осы препараттар табылмас бұрын көп жағдайлар өліммен аяқталды).

Полиенді антибиотиктермен қатар саңырауқұлақтарға қарсы пиримидин және имадозолдың туындылары дүние жүзінде кеңінен қолданылған. Бұл топ дәрілері микоздардың емінде химиотерапевтикалық қасиетке ие препарат ретінде қызығу-шылық туғызады, себебі имидазолдармен триазолдардың биожеткіліктілік деңгейі жоғары және олар per os-та активті. Әртүрлі дәрежеде саңырауқұлақтарға қарсыактивтілікке ие кең спектрлі антисептиктерде жатады. Мысалы, йод препараттары, ундециллинді қышқылдар, фенол микоздар емінде жергілікті қолданылады. Микоздарды емдеуде қабынуға қарсы препарат-тарды

Жалпы резорбтивті әсер ету мақсатымен қолданатын препараттар:

1) Полиендер антибиотиктер тобы:

Нистатин – аспергиллдерге, Candida тұқымдастарына, патогенді саңырауқұлақтарға әсер етеді, бактерияларға активсіз. Нистатинді терінің (ауыздың, қынаптың және т.б.), шырышты қабат кандидозында және ішкі мүшелер (АІТ, бүйрек, өкпе) кезінде қолданады. Профилактикалық мақсатпен препараты тетрациклин, левомицетинді, неомицинді қатарындағы антибиотиктерін ұзақ уақыт қолданғанда және әлсіз адамдарға тағайындалады.

Нистатин аз токсикалық, кері әсер жоқтың қасы.

Антибиотикке жоғары сезімталдықта құсу, іш өту, температура жоғарылауы, қалтырау және т.б.

Енгізу жолдары: per os (қабықшалы таблеткалар 250 000 және 500 000 ЕД-дан), жергілікті (вагинальді супозиториалар және свечкалар 250000-500 000 ЕД, мазьдер 10000 ЕД-дан 1,0). Бұл препараттар ішке бергенде нашар сінірілетінің ескеру керек.

Леворин-(леворин натрии тұзы) Candida немесе т.б. дрожь тәрізді саңырауқұлақтарға қарсы химиотерапевтикалық әсерге ие. Нистатин әсер етпегенде қолданылатын таңдалмалы препарат. Леворинді жергілікті және ішке қолданады. Шырышты қабаттар зақымдалғанда сулы қоймалжын (1:500) түрінде шаюға, қынап зақымдалғанда тампонды сулау арқылы қолданады.

АІТ зақымдалуында кандидоз тасымалдаушылықта сырты қабықшамен қапталған таблеткалар 500 000 ЕД-дан, әйелдер жыныс мүшелерінің кандидозын емдеуде суппозиторий 250 000ЕД леворин құрамды; терінің кандидозды зақымдалуында 500 000 ЕД мазь тағайындалады.

Левориннің еркектердегі қуық асты безінің аденомасын емдеуде эффективтісі бар деген болжам бар(дизуриялық көріністерді төмендету, субъективті жақсарту , аденома мөлшерін кішірейту).

Левориннің қарсы көрсеткіштері: бауыр аурулары, АІТ жедел аурулары, этиологиясы саңырауқұлақ емес , асқазан және 12 елі ішек ойық жарасында жүктілікте.

Кері әсері: құсу, тері қышымасы, дерматит , диарея.Бронх астмасы және сезімталдығы жоғары адамдарда абайлап қолдану керек .

Леворинді натрии тұзы леворинге ұқса әсер етеді, бірақ суда еріткенде коллойд түзеді, ал өкпенің кандидозды зақымдалуы кезінде қолданады(ингаляция арқылы енгізеді).

Леворин мен нистатин мукороздарда, риноспориноздарда , дермофитияларда, керотомикоздарда эффективті емес.



Кетоканазол (низорал, ороказол) дерматофиттерге жоғары активті, асқазанның қышқылды ортасына жақсы еріп, сінуіне байланысты және токсикалығы төмен болуына байланысты препараттарды пероральді беруге болады. Бұл препараттар терінің шашты фолликулдарда, тер және сілекей бездерінде жиналу қасиетке ие.

Дерматомикоздерде, онихомикоздерде, бастың шашты бөлігінің микозында, қынап микозында, ауыз қуысының және АІТ бластоцитомасында, зәр шығару және т.б. ішкі мүшелер микозында тағайындалатын препарат.

Профилактикалық мақсатта саңырауқұлақты инфекция және организмнің иммунологиялық резистенттілігі төмендеуінде беріледі.

Терапевтік концентрацияда кетоканазол фунгистатик ретінде әсер етеді, сол себептен мүшелердің толық стерилизациясы болмай, рецидивтерге әкелуі мүмкін. Кетоканазол қуық асты безінің гормон тәуелді рагінде эффектілігі бар деген пікір бар. Эффект андрогендердің ингибирлеуінен болады.

Қолданылуы : ішке(0,2 г таблеткалар), кейде эмульсиялар(1 таблетка 5 мл 4,5 % бар қышқылымен араластыру).

Кетоканазолды қабылдауда құсу, іш өту , гепатиттер, (10% науқастарда қанда трансминаза жоғарылайды). Аса ауыр асқынуы болып тестостеронның кетоканазолмен ингибирленуінде доза тәуелділік болуы мүмкін (науқастарда гинекомастия, менструальді цикл бұзылыстары, олиго , аспермия, импотенция кортико-стероидтар синтезі бұзылуы мүмкін, бірақ бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігінің клиникасы жоқ)препараттар бауырдың микросомальді ферменттерінің индукциясын туғызбайды.Препарат қолдануда бас ауруы тері қышуы , ұйқышылдық , артралгия, алопеция дамуы мүмкін. Кетоканазолдың әсер ету механизмі Р-450 цитохромымен С- оксидаза цитохромының тежелуінде, осыдан саңырауқұлақ клеткаларының қабырғасына кіретін эргостеролдың биосинтезі төмендейді, соңғысының өткізгіштігі бұзылады.

Миконазол – дерматомицеттерге , дрожьдерге әсер етеді.

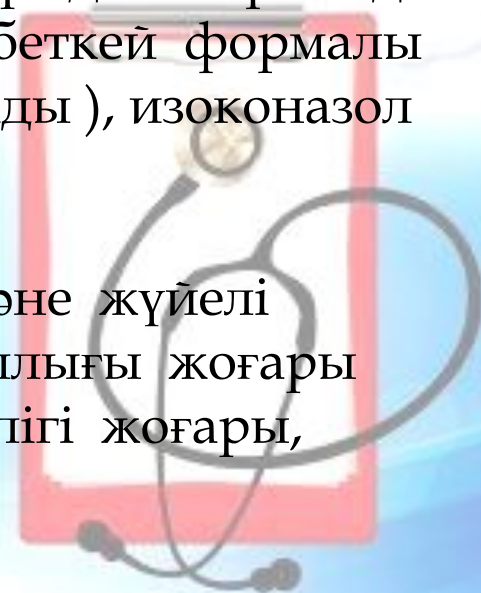
Асқазанда нашар сіңіріледі, негізінен жергілікті қолданылады (1,0-20 мг миконазолы бар гель, 1 г 20 мг препарат бар сұйықтық, кетоканозолдың спирттік ерітіндісі).

АІТ-не per os бергенде максимальді 25-30% сіңіріледі, қан сарысуындағы максимальді мөлшері 1 мкг\ мл , плазма белоктарымен 90% байланысады, препарат СММ –дан өтпеді.

Препараттың көптеген кері әсерлері бар. Құсу, диарея, іш өту , аллергиялық көріністер, қалтырау. Бауыр және бүйрек жеткіліксіздігі кезінде және емізу кезінде қарсы көрсетілген.

Жоғарыда айтылып өтілген препараттардан басқа клиникада сульконазол (беткей кандидозда және кебек тәрізді теміреткіде қолданылады), вибуназол (дерматомикоздарда, беткей формалы кандидозда, кейбір жүйелі микоздарда қолданады), изоконазол және бифоконазол *Candida* тұқымдастығының саңырауқұлақтарына әсер етеді.

Клотримазол (канестен, лотримин) – беткей және жүйелі микоздарда да әсер ететін препарат, токсикалылығы жоғары болғандықтан жергілікті қолданылады. Активтілігі жоғары, көбінесе қынаптық кандидозда қолданылады.



Имидазолдардың әсер ету механизмдері

Имидазолдың әсер етуінің негізгі механизмі болып эргостерин биосинтезін блокадеалау табылады.

3) *Триазол тобының туындылары.*

Имидазолмен салыстырғанда бұл топ препараттары жоғары липофильділікке, спецификалыққа, пероральды немесе сыртқа қолдану мүмкіндігіне ие.

Флюконазол (дифлюкан, фторконазол) – мүшелі микоздарды емдеуде тиімді препарат болып табылады. Крептококкоз қоздырғышына фунгицидті әсер етеді (тағы да крептококкты менингитте қолданады), жүйелі кандидозда кеңінен қолданылады, саңырауқұлақтық аурулардың және қатерлі ісіктерде, мүшелер трансплантациясында профилактикалық мақсатында қолданылады. Препарат жақсы сіңеді. Кері әсері 5 % науқастарда кездеседі.

Диарея, метеоризм, тері бөртпесі болуы мүмкін. Бауыр, бүйрек функциясының бұзылысы бар адамдарға, жүктілерге, емізушілерге беруге болмайды. Жыныс гормондарына әсер етпейді.

Фармакокинетикалық қасиеті жағынан бұл препарат басқа азолдардан ерекшеленеді: 150мг дифлюканның 1 реттік қабылдауынан клиникалық эффект көрсетеді, ондай эффект низоралда 400 мг-нан тәулігіне 5 күнде пайда болады.

Интраканазол - кетоканазолдан концентрациясы 100 есе кем, құрамында C^{14} -ацетат эргостерин бар. Ферментті жүйелерге өте ұқсас. Препарат активтілігі тышқандарға, су тышқанына, қояндарға және *Candida*-мен, *Aspergillus*, *Coccidioides immitis*, *Cryptococcus neoformans*, *Hystoplasma capsulatum* *Paracoccidioideus brasiliensis*, *Sporothrix schenckii*-мен шақырылатын инфекцияларға тәжірибемен дәлелденген.

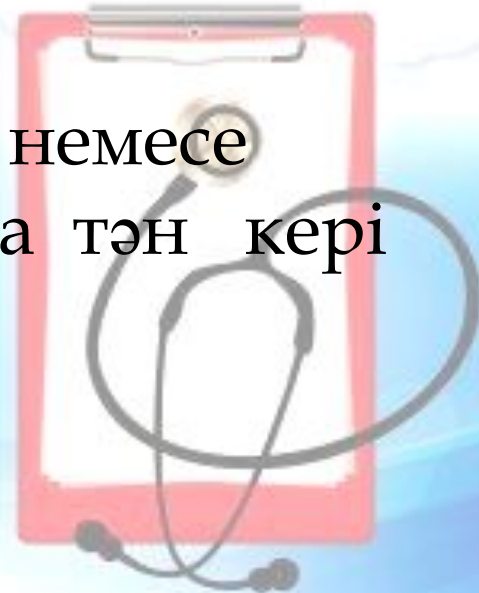
Интраканазол кетоканазолға қарағанда биоқажеттілігі жоғары (99-99,8%), организмнен жай шығарылады ($T_{1/2}$ -17 сағат), максимальды концентрациясының кеңдігі (< 1 мкг/мл), сол сияқты плазма белогымен байланысады, СМЖ-ға нашар өтеді, менингиттерде де. Интраканазол ұлпалар мен мүшелерде жақсы таралады және өтеді, оның концентрациясы плазмадағыдан 2-5 есе көп. Бұл препарат беткей микоздарда, кейде жүйелі микоздарда қолданады.

Интраканазол аз токсикалық препарат, науқастар жақсы көтереді, бірақ диспепсиялық бұзылулар жиілігі (күсу) 1-20% арасында, бауыр ферменттердің транзиторлы көтеріңкі гепатит клиникасынсыз өтеді. Препарат макроорганизм стероидтарының метоболизміне әсер етпейді. Интраканазолмен емдегенде жыныс гормондарын бақылап отыру керек. Кері әсерлері (5-8%) 3-5 есе

4) Аллиламин туындылары

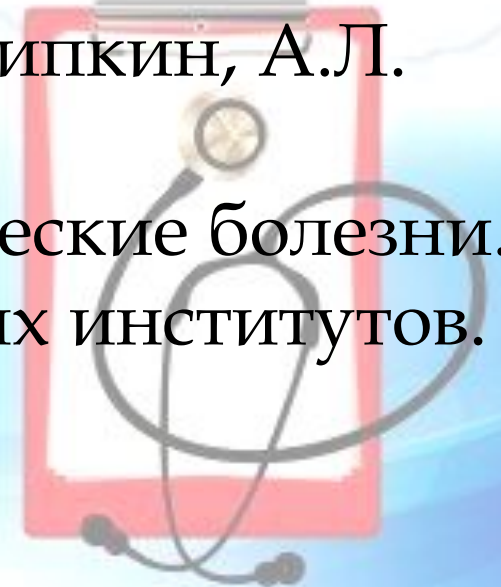
Тербинафин (ламизил) кең спектрлі препарат, дерматофиттерге әсері күшті (соның ішінде аспергилл), дегморфты саңырауқұлақтарға, біріншілік фунгициттерге әсері өте жоғары активті, беткей трихофитияларда, микроспорияларда қолданады.

АІТ жақсы сіңіріледі, тератогенді немесе эмбриотоксикалық әсері, азолдарға тән кері әсерлері жоқ.



Әдебиеттер:

1. Виленчик Б.Т. Кожные и венерические болезни (учебное пособие). – Минск «Амалфея». – 1999. – 224 с.
2. Кожные и венерические болезни (учебник для учащихся медицинских училищ) под редакцией Зудина Б.И. М. Медицина, 1996. – 254 с.
3. Кожные и венерические болезни (учебник для студентов мед. институтов) Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкиллейсон, М., 1995. – 355 с.
4. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. – Учебник для студентов медицинских институтов. – М. «Триада-Х», 2000. – 688 с.
5. www.google.kz



Назар
аударғандарыңызға
рахмет!

