

Медичне рішення косметичного питання, або Нові можливості в лікуванні мікозу нігтів

Сьогодні грибок може підстерігати людей у багатьох місцях, зокрема там, де ходять босоніж, — басейни, аквапарки, сауни — або користуються чужим взуттям — боулінг, прокат ковзанів, лиж, у косметичних салонах, де під час догляду за стопами роблять обрізні процедури нігтьового сервісу та не приділяють великої уваги стерилізації інструментів, що використовуються для манікюру та педикюру. Тобто ніхто не застрахований від неприємного сусідства з грибками. Сьогодні також розповсюдженими є мікози серед сімей, у членів яких уже виявлено захворювання, так звані сімейні мікози.

Головними збудниками оніхомікозу стоп вважаються дерматофіти. На їх частку припадає до 70—90% усіх грибкових інфекцій нігтів. Терапія оніхомікозів часто потребує застосування перорального антимікотичного препарату із системною дією. Оскільки оніхомікози найчастіше зустрічаються у пацієнтів старшої вікової категорії, на фоні супутніх захворювань та загального зниження імунного статусу (Дедкова А.В., 2015), важливим аспектом протигрибкової терапії є безпека лікування, зокрема низький ризик розвитку побічних ефектів під час застосування антимікотичного препарату. Проте суттєвою є також ефективність такого лікарського засобу задля швидкого отримання клінічного ефекту та зниження ризику рецидиву захворювання.

Серед протигрибкових засобів для системного застосування саме тербінафін має хорошу переносимість пацієнтами, і при цьому він демонструє ефективну дію щодо більшості грибів, у тому числі збудників оніхомікозу. Під час застосування тербінафіну, за даними різних дослідників, виликування оніхомікозу досягається в 92—100% випадків в залежності від клінічної форми ураження (Федотов В.П., Горбунцов В.В., 2008). У низьких концентраціях тербінафін чинить фунгіцидну дію відносно дерматофітів, пліснявих і деяких диморфних грибів. Активність щодо дріжджових грибів залежно від їх виду може бути фунгіцидною або фунгістатичною. Тербінафін чинить специфічну дію на клітини грибів, пригнічуючи фермент скваленепоксидазу, що призводить до отруєння грибкової клітини скваленом та дефектної побудови мембрани клітини внаслідок браку ергостеролу, і в кінцевому рахунку призводить до загибелі клітини гриба. При цьому низька спорідненість до ферментів клітин людини пояснює низьку токсичність тербінафіну в порівнянні з іншими антимікотичними препаратами (Белозеров А.П., 2008).

Поширеність мікозів та оніхомікозів в популяції обумовлює актуальність виходу на ринок Укра-

їни нового протигрибкового препарату тербінафіну — ТЕРБІНОРМУ в формі таблеток. ТЕРБІНОРМ застосовується для лікування грибкових інфекцій шкіри та нігтів, спричинених дерматофітами *Trichophyton*, *Microsporum* та *Epidermophyton*, дерматофітозних уражень гладкої шкіри тулуба, промежини та стоп, коли локалізація ураження, вираженість або поширеність інфекції зумовлюють доцільність пероральної терапії, та оніхомікозу.

Ефективність клінічної дії ТЕРБІНОРМУ визначає тербінафін у його складі, що:

- виявляє активність щодо дерматофітів, пліснявих і дріжджових грибів;
- чинить фунгіцидну дію у низьких концентраціях;
- забезпечує високу ефективність антимікотичної терапії (Trivedi N.A., Shah P.C., 2010; Белозеров А.П., 2008; Калужная Л.Д., 2013);
- зумовлює низьку частоту рецидивів на фоні антимікотичної терапії (Yin Z. et al., 2011; Калужная Л.Д., 2013; Vora D.N. et al., 2014).

Діюча речовина ТЕРБІНОРМУ накопичується переважно в шкірі та її придатках (нігті, волосся), завдяки чому створює високі концентрації саме в осередку ураження та забезпечує фунгіцидну дію. Тривалий період напіввиведення дозволяє застосовувати ТЕРБІНОРМ 1 раз на добу, що робить зручним лікування даним препаратом. Тепер аптека може запропонувати ТЕРБІНОРМ у формі таблеток, які забезпечують системну терапію, та ТЕРБІНОРМ у формі спрею для лікування грибкових захворювань. Таким чином, лінійка препаратів ТЕРБІНОРМ дає можливість застосовувати комплексний підхід у лікуванні та можливість вибору схеми лікування брендом ТЕРБІНОРМ. Препарати бренду ТЕРБІНОРМ вироблені в Румунії, відповідають європейським стандартам, що гарантує їх якість.

ТЕРБІНОРМ: подолай грибок з легкістю! 

Прес-служба «Щотижневика АПТЕКА»

ТЕРБІНОРМ

ПРОТИГРИБКОВИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЗАСТОСУВАННЯ



- Активність відносно дерматофітів, пліснявих і дріжджових грибів¹
- Висока клінічна та мікологічна ефективність терапії²
- 1 таблетка 1 раз на добу



ТЕРБІНОРМ. Таблетки. **Показання.** Грибкові інфекції шкіри і нігтів, спричинені *Trichophyton* (включаючи *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. unguis*, *T. violaceum*), *Microsporum canis* та *Epidermophyton floccosum*; дерматофітні ураження гладкої шкіри тулуба, промежини та стоп, коли локалізація ураження, вираженість або поширеність інфекції зумовлюють доцільність пероральної терапії; оніхомікоз. **Протипоказання.** Гіперчутливість до тербінафіну чи будь-яких допоміжних речовин препарату. **Можливі побічні реакції,** у тому числі зниження апетиту, головний біль, шлунково-кишкові симптоми (відчуття переповнення шлунка, диспепсія, нудота, біль у ділянці живота, діарея, нетипові форми реакції шкіри (висипання, кропив'янка, реакції з боку скелетно-м'язової системи (артралгії, міалгії). Повний перелік побічних дій міститься в інструкції для медичного застосування. **Уваження.** Таблетки №14. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Заявник,** УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД. **Виробник,** К.О. СЛАВІЯ ФАРМ С.РЛ, Румунія, Рн. № UA/13367/02/01, Наказ МОЗ України від 18.05.2016 р. № 453. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики. Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

¹ Інструкція для медичного застосування лікарського засобу
² Trivedi N.A., Shah P.C. A meta-analysis comparing efficacy of continuous terbinafine with intermittent itraconazole for toenail onychomycosis. // Indian J Dermatol. – 2010; 55:198-9.