مقایسه اثر کرم تریتاپینول ۱ درصد (لامیزیل) و کرم میکونازول

۲ درصد در بیماران مبتلا به پیریازید و رسیکالر

طارمehr شکوهی (Ph.D.) *** زیرالاسادات مجیدیان

چکیده

سایه‌های و هدف: تریتاپینول از گروه آلایمین‌ها، دسته جدیدی از درمان‌های ضد فارگی است که عمدتاً به یک اسکوالان اپوکسیدی ممکن است قرار داشته باشند. این اسکوالان کشی‌ای داشته باشد که موجب می‌شود تریتاپینول فیلتر و سپس از فارگی به صورت سخت‌زیریکی با لیپیدید پرده گیرد. این تحقیق یک تحقیق بین‌المللی است که آن وسیع به گروه فارقی مورد آزمایش قرار گرفت. تریتاپینول در میانال بین درمانی و رسیکالار باروس کارآزمایی بینی‌دوزی کرده و مقایسه قرار گرفت.

مورد و روش‌ها: در پایان هفته دوازدهم، ۷۵ درصد مبتلا به پیریازید و رسیکالر در گروه درمانی تریتاپینول، ۷۲ درصد مبتلا به پیریازید و رسیکالر در گروه درمانی میکونازول استفاده گردید. در پایان هفته اول، ۸۰ درصد کمی مصرفی از قرار گرفته شد.

برای ارزیابی درجه تأثیر دارو، سیر بهبودی بیماری قبل از شروع مطالعه و پایان هفته از نظر بیانی و قرار جایی شناسی مورد پیگیری قرار گرفت. بهبودی از نظر بیانی با منفی شدن صورتی پایین و بهبودی از نظر قرار جایی با احساس منفی شدن آزمایش مستقیم به سیستم میکروسکوپی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در پایان هفته سوم، علائم بالینی ۷۰ درصد مبتلا به پیریازید و رسیکالر در گروه درمانی تریتاپینول تلفیق در ۵۱ درصد مبتلا به پیریازید و رسیکالر در گروه درمانی میکونازول درصد قرار گرفت. در پایان هفته چهارم، درصد قرار گرفته در گروه درمانی میکونازول به ۷۸ درصد رسید. در پایان هفته پنجم، درصد قرار گرفته در گروه درمانی تریتاپینول به ۷۵ درصد رسید. در پایان هفته ششم، درصد قرار گرفته در گروه درمانی تریتاپینول به ۷۵ درصد رسید.

استنتاج: یافته‌های مطالعه نشان داد که اثر قرار جایی اکنون تریتاپینول، فیلتر کراید ۱ درصد و میکونازول ۲ درصد مصرف نمی‌باشد. کرم تریتاپینول ۱ درصد، دارویی با اثر سریع است که یک فنیکولی‌های هیدروکلراید ۱ درصد نسبت به میکونازول ۷۲ درصد به میزان ناهنجاری می‌باشد. این اثر داروی فقط با نمک پرپسکا و با قسمت پرپسکا در دسترس می‌باشد. در بررسی حساسیت تریتاپینول در مقایسه با میکونازول، خوب تحمل شده و نداهنده اکنون در بازار بهبودی قرار گرفته. در این استراحتای مقرون به صرفه استفاده از میکونازول در خط اول درمان و استفاده از تریتاپینول در خط بعدی و فقط در صورت انتشار شکست درمان با میکونازول توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پیریازید و رسیکالر، داروهای ضد فارگی، آلایمین‌ها، تریتاپینول، میکونازول
مقدمه
پیرپارازیس و رسیگالار یک عفونت قارچی مزمن
سطحی و عمومی بوده است که تولید مخمری از
جنس مالاریسیا ایجاد می‌گردد. این بیماری بخش
باقی‌مانده در مناطقی تا آب و هوای گرم مناطق
می‌باشد.

این مخمر، فلور بخصوص پیستون بوده و جزء
قارچ‌های فرست طبی به شمار می‌رود که تحت
شرایط مناسب، قادر به ایجاد بیماری می‌باشد. محققین
عوامل زمینه‌ای بیماری را در بیماری‌های ارگانیسم
دیگر می‌دانند. استرس، عفونت‌های مزمن، فقر
بهداشتی، تحقیق فراوان (هیپردهیوسوسامی)، حاملگی، سوء
تغذیه، تجمع گلیکوزین خارج سلولی، علل زنین،
استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌طلبی، پوشش‌های
تنگ و نابینا، استفاده طولانی‌مدت از استروئیدها از
جمله عوامل متعدد که تهدف به ایجاد
بیماری می‌باشد. ضایعات پیرپارازیس و رسیگالار بدون درمان
ممکن است مدتی باقی بماند و منجر شود(1).

داروها معمولاً برای درمان ضایعات وجود دارد.

ایمیدازول‌ها مفیدی یافته‌ایم آن‌ها اکثر بیماران را
شکاف یافته‌اند. ممکن است با درمان پذیرفته و
عالی‌ترین یک نظراتی که در مورد تاثیر
پیرپارازیس و رسیگالار وجود داشت، واکنش‌های
شرایطی مطمئناً ناشی از بهبود در نشان‌دهنده
با میکونازول، در مبتلا به پیرپارازیس و رسیگالار مورد
بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها
40 بیمار بلند مبتلا به پیرپارازیس و رسیگالار، از ۲
دور جنگ از نظر بالینی و میکروسکوپی مورد آزمایش
قرار گرفتند. برای مقایسه اثرات در داروی کرم تری‌نان
(Lamisil 15 Mannf. by Novartis pharma GmbH, Nuremberg Germany)
درصد و
کرم میکونازول ۲ درصد (شرکت داروسازی بوزان
In vitro
رشت- ایران از روش کارآزمایی بالینی در سوکور استفاده گردید.

در این مطالعه از ضایعات پوستی بیمارانی که به مطلب های خصوصی مراجعه کرده و توسط متخصصین پوست و پزشکان عموم پورتال سوکور گرفته و از نظر بالینی، پیربازیس و رسیکار در آنها تشخیص داده شده بود، با چالش جراحی و یا جداسازی نمونه برداری می شد و نمونه های آزمایشگاهی از شناسی داشته، پزشکی ارسال می گردید. تاریخ پوسته با نیترودونگ پتاسیم 10 درصد شافع و یا پس از تثبیت بر روی مایه می تواند بلو رنگ آمیزی می گردید. نوار جسد اسکیاک بدون رنگ آمیزی و یا پس از تثبیت با مانیلا و رنگ آمیزی با مانیل بلو بررسی می شد. آنالیز که از نظر میکروسکوپی و پس از تشخیص داده شدند به عنوان مورد بیماری قلمداد می گردیدند. پس از دادن اطلاعات کافی و کسب موافقت بیماران بر مبنا جدول تصادفی در فهرست درمان را کرم تریفیلین(1) درصد یا کرم میکنوزول 2 درصد قرار گرفتن. روش درمانی در هم یکسان و به صورت استعمال وضعی 2 بار در روز به مدت 4 هفته انجام شد. از آن زمانی که عوامل زمین ایزایی در اپیدمی بیماری دچار می باشد، عوامل زمینی ایزایی تعادل آنها که از بندر نیرو می آید از بین این عوامل یا کاهشگر سن و چنس که بر اساس مطالعات قبلی ارتباط مستقیم با ابتلا را نشان داده بودند در دو گروه درمانی هرسانی دستگاه گردید (1). بیماران با عفونت بسیار و سریع که از نظر بالینی تحت درمان موضوعی با سیستم‌کار دو روش گردید و یا آنتی‌بیوتیک و کورتوکاستروئید بوده و با کامپیوتر که کمتر از دو هفته درمان را ادامه داده بودند، بیماران حامله با مشکلی به حاملگی، افرادی که مهم‌ترین بیم‌کردن و یا احتمال می گرفت که مهم‌ترین ناشی از بررسی خارج شدند. اثر فاکتور های زمینی که مثل دمای محیط و
مقایسه تریبتیافین و میکونازول

آزمون‌های $\%$ و دقیق‌نشر هیچ نتایج معنی‌داری را نشان نداد.

[نمودار 1: افزایش هیپرکرومی در دو گروه درمانی کرم تریبتیافین 2 درصد و کرم میکونازول 4 درصد]

شدن آزمایش مستقیم میکروستوکیوی و بهبودی از نظر بالینی با منفی شدن کله‌بام‌های بالینی (به استثنای آگروموبای خفیف) در 30 پرسه شد. در پایان دوره درمانی از بیماران خواسته شد که برای پیگیری و تعیین میزان عود بیمار در فواصل زمانی مختلف، همکاری نمایند و در صورت بروز مجدد علائم مراجعه نمایند. همه اثرات جانبی احتمالی موضوعی با استیماتیک توسط پرورش یا خود بیمار گزارش و مورد ارزیابی قرار گرفت.

پس از طبقه‌بندی اطلاعات، یافته‌ها به صورت یافته‌ها به صورت جداول و توضیح‌های کمی با آزمون آماری t test و معنی‌داری احتمالی با آزمون های آماری کایدو ($\%$) و آزمون دقیق فیشر (Fisher exact test) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

40 بیمار (24 مرد و 16 زن) با میانگین سنی 40/4/5/25 به سن 13 سال مورد مطالعه قرار گرفتند. بین دو گروه درمانی از نظر سن و جنس اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. (انحراف معنی‌دار مشاهده نشد.

0/82$\pm$ 40/12$\pm$ 40/12 نمودار شماره 16 گروهی فیزیولوژیکی از نظر بالینی 20 دریافت هر هفته در دو گروه درمانی را نشان می‌دهد. در پایان هفته دوم، علائم کلینیکی 10 درصد مبتنی به پیتردیاز و بسیار کثر در گروه درمانی تریبتیافین هیدروکلایرد 1 درصد محدود می‌گردد؛ دارای کاهش در گروه درمانی میکونازول 4 درصد محدود می‌گردد. در حالی که در گروه درمانی میکونازول فقط در 35 درصد مبتنی ضایعات به طور کامل معنی‌دار شد. در پایان هفته چهارم، محدودیت‌های ضایعات از نظر بالینی در گروه تریبتیافین هیدروکلایرد 50 درصد بود، در حالی که در گروه درمانی میکونازول 80 درصد بوده است. مقایسه شد.

در پایان بازی در دو گروه درمانی در طی 4 هفته توسط
نمودار شماره ۳: الگوی منفی شدن پوسته در دو گروه درمانی کرم ترینیفاین ۱ درصد و میکونازول ۲ درصد.

نمودار شماره ۲: الگوی منفی شدن هایپرکرومیا در دو گروه درمانی کرم ترینیفاین ۱ درصد و میکونازول ۲ درصد.

خرجش در مقایسه با سابقه علائم‌های بالینی از فرآیند بیماری برخوردار بوده است. این علائم در هفته دوم در ۱۰۰ درصد گروه ترینیفاین هیدروکلایرید و فقط در ۴۰ درصد گروه درمانی میکونازول ناپید گشت.

نمودار شماره ۴ الگوی منفی شدن آزمایش مستقیم میکروسکوپی را در دو گروه درمانی کرم ترینیفاین هیدروکلایرید ۱ درصد و میکونازول ۲ درصد نشان می‌دهد. در هفته دوم در گروه درمانی ترینیفاین ۱ درصد درصد منفی شدن آزمایش مستقیم میکروسکوپی ۵۵ درصد (۱/۴ برابر) و در گروه درمانی میکونازول ۴۰ درصد بوده است. لیکن این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار ندیده است. در پایان هفته چهارم این میزان در گروه درمانی ترینیفاین ۹۰ درصد و در گروه درمانی میکونازول ۹۰ درصد بوده است.

نمودار شماره ۵ الگوی منفی شدن علائم پوسته ریزی را در دو گروه درمانی ترینیفاین هیدروکلایرید ۱ درصد میکونازول ۲ درصد نشان می‌دهد. پوسته ریزی، معمولاً ریز علت بالینی بوده است. در پایان هفته چهارم این علائم در ۱۷ نفر (۴۹ درصد) هر دو گروه درمانی ناپید گشت که نتایج از نظر آماری مناسبه نگردیده (p=۰/۳۸۳). این در هفته اول در 6 نفر از ۱۹ نفر (۳۱/۶ درصد) در گروه درمانی ترینیفاین هیدروکلایرید ۱ درصد و فقط ۱ نفر از ۱۹ نفر (۵/۲ درصد) علائم پوسته ریزی محو شد که این میزان برابر هشتم درصد در گروه درمانی ترینیفاین هیدروکلایرید (۱۹ نفر) و ۷/۶ درصد (۱۹ نفر) و برای گروه درمانی میکونازول ۸۷ نفر از ۱۹ نفر (۴۲/۱ درصد) بوده است. بنابراین از لحاظ مقایسه، این نتایج بیشتری در گروه درمانی ترینیفاین هیدروکلایرید ۱ درصد نسبت به میکونازول ۲ درصد مشاهده شده است.
مقایسه تریپنافین و میکونازول

نمودار شماره ٤: از آنیلین شدن آزمایش مستقیم میکروسکوپیک در دوگروه درمانی کرم تریپنافین۴ درصد و کرم میکونازول۴ درصد

در دو نفر از دوگروه درمانی تریپنافین و ۴نفر از دو نفر از دوره درمانی میکونازول۴درصد عوارض به صورت خارش و قرمزی پوست پدیدار گشت. در یک نفر از گروه درمانی تریپنافین هیدروکلارید و یک نفر از گروه درمانی میکونازول، قرمزی و خارش و حساسیت، شدید بوده است که ناجراً مصرف دارو قطع شد. بقیه آنها حساسیت جزئی داشتند و به درمان ادامه دادند.

عمر بالینی پس از ٢ هفته از اتمام دوره ۴ هفته ای درمان در دوگروه ۱۴ تایی کرم تریپنافین هیدروکلارید ۴ درصد و میکونازول۴ درصد برسی شد و در یک بیمار از ۱۴ بیمار (در دوگروه درمانی تریپنافین هیدروکلارید۲درصد و ۲بیمار از ۱۴بیمار (در دوگروه درمانی کرم میکونازول۲درصد) به نظر بود که کمتر از نظر آماری معنی داری دارد (P ؛ ۰/۵۰)ً

عمر بالینی پس از ٦ هفته از اتمام دوره ۱۱ نفر از گروه درمانی تریپنافین (۴زن و ۷مرد) و ۱۴ نفر از گروه درمانی میکونازول (۵زن و ۹مرد) برسی شد. ۲بیمار از ۱۴بیمار (در دوگروه درمانی تریپنافین۱درصد و ۹بیمار از ۱۴بیمار (در دوگروه درمانی میکونازول، عود بالینی مشاهده شد که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری را نشان داد.

بحث
بیشتری بر روی مالاژیا فورفور نسبت به داروهای آمیکسپین (ترینفینافین هیدروکلراید و بوتامسین odds و Van Gervan) نشان داده است. در مقایسه کرم های کوکونازول درصد و میکونازول درصد رودی مالاژیا فورفور اثر بخشی کتوکونازول را بیشتر بیشتر از میکونازول گزارش نمودند.

در این بررسی در یک بیمار در گروه درمانی ترینفینافین هیدروکلراید 1 درصد بیمار در گروه درمانی میکونازول 24 درصد، اثرات جانبی شدید و کاملاً نمایش داده شدند. به طور کلی از نظر تحلیل پژوهی بین گروه درمانی، تفاوت مشاهده نشد. در حالی که Fareggemann و همکاران (1999) هیچ نوع اثر جانبی با کارگیری کرم موضعی ترینفینافین هیدروکلراید 1 درصد درمانی مبتنی بر پیترنازیس ورسیکا میانگین تکرار (8) در این بررسی بر تحلیل ۲۴ با ۲۴ اثر قارچ کریپتو تنها تأکید شد. در کتابی به نام لامینول طی مور مقالات مختلف نشان داد: درصد متغیرهای میکونازول در درمان قارچ مالاژیا فورفور نسبت به داروهای آپوزولی را گزارش نموده است.

گونه مالاژیا به کوکونازول و اریکونازول و ایرتیکونازول و ایریکونازول در شرایط In vitro ۷ گونه مالاژیا حساسیت به درصد آزمایشی در غلظت پایین را گزارش کردند (2). مالاژیا گلوبوزوما و مالاژیا اوتوسوما در مقایسه با سایر گونه‌های مالاژیایی بیشتر به ترینفینافین مقاوم بودند. در حالی که درمان درمانی سپردایلیس برای حساسیت به است. این آن از بسیار حساسیت قارچ می‌شود و نشان می‌دهد گونه‌های مالاژیایی برای سهولت بخشیدن به درمان ضروری مرحله توصیه شده است. است.

عوامل اثر درمان درمانی ضروری نبوده است. است. Nimura و همکاران (2001) اثر رضایت بخشی از عملاک درمانی آمپیک و بوتامسین به صورت مالاژیا هیدروکلراید 1 درصد بر روی پیترپازیس ورسیکار بهبود تازه‌تر (4). اندازه‌گیری اثر به‌بین اثر به‌بین پیترپازیس هیدروکلراید 1 درصد بر موقعیت مالاژیا فورفور بهبود در حالت که کتوکونازول فعالیت ضد قارچی
مقایسه تریبتافین و میکونازول

مقایسه قرار جایی کشی و اثرات سایر مانده در بافت

می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اثر قرار جایی
تریبتافین هیدروکلراید و مایکونازول، صدردرصد نمی
باشد و به طور جزیی، کفایت بیشتری را نسبت به
آزول وارد. البته این دارو فقط با نشته پزشک و با
کیفیت بیشتر در دسترس عمومی باشد. در بررسی حاضر،
تریبتافین در مقایسه با میکونازول خوب تحمل شده و
میزان عوامل کمتری را پس از ۲ هفته از دارمون ۴ هفته ای
دارا می‌باشد. بنابراین بر اساس استراتژی مقرون

سیاستگذاری

از معاونت مدیریت و پژوهشی دانشگاه در جهت تامین
اعتبار مالی این طرح و از همکاری‌های بی‌دریغ سرکار
خانم دکتر مستوره شمشی‌زاده، سرکار خانم دکتر
زهره حاج حیدری، آقای دکتر حسامی رستمی و آقای
دکتر علیرضا خلیلیان بسیار تشکر می‌شود.


1. زینت فریده، مهد سیدعلی، امامی، مسعود. فارماسی پزشکی جامع- چاب اول. انتشارات دانشگاه تهران، سال 1377 ص 6-426.


6. Gupta AK, Kohli Y, Li A, Faergmann J, Summerbell RC. In Vitro susceptibility of the seven Malassezia species to ketoconazole. Variconazole itraconazole and