

ФАРМАЦЕВТ[®]

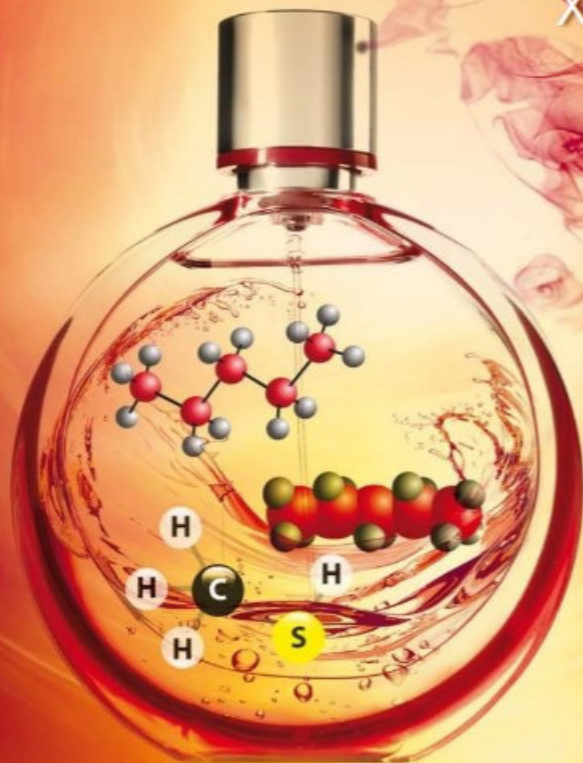
ПРАКТИК

07-09 [193] 2020

ISSN 2409-2584

ЧИ МОЖНА
ВІДЧУТИ ЗАПАХ
ХВОРОБИ?

12



Ліки ex tempore:
право на існування

4

Пневмонія знову
смертельно небезпечна

22

ГРВІ у добу COVID-19

30

Робочий тиждень:
у гармонії з часом

44

У зоні особливої уваги: НЕБЕЗПЕЧНІ МІКОЗИ

Світ грибів надзвичайно різноманітний — вони населяють ґрунт, воду та атмосферу, зустрічаються на коренях рослин, руйнують деревину й обшивку кораблів, вражають рибу, птахів та ссавців. Через несприятливі зміни екологічних умов все частіше їх можна виявити в житлових приміщеннях з трубами, що підтікають, сирими стінами та стелею, у вентиляційних системах та кондиціонерах. Вони охоче оселяються на зерні та харчових продуктах. За певних умов гриби стають вельми агресивними та можуть спричинити захворювання людини



СТАТИСТИКА

На грибкові захворювання страждає кожен п'ятий житель нашої планети [1, 2]. За даними найбільшого епідеміологічного дослідження «Ахілес», яке проводилось наприкінці ХХ ст. та охопило 11 європейських країн і 6 країн Південно-Східної Азії, частота мікозів гладкої шкіри становить близько 2%, а мікозів стоп та оніхомікозів (мікозів нігтів) — 22% від усіх причин звернення до лікаря [1]. Своєю чергою, близько третини пацієнтів приходять на прийом до дерматологів з приводу мікозів стоп, а майже половина звертаються з приводу оніхомікозів [2, 3].

Усі грибкові захворювання поділяють на дві групи: поверхневі та глибокі мікози. Поверхневі мікози, звані в народі лишаями, та мікози нігтьових пластинок легко виявити під час огляду хворого, тоді як про наявність глибоких мікозів зазвичай дізнаються, коли хвороба вже прогресує.

ПОВЕРХНЕВІ МІКОЗИ

Так звані дерматофітози спричиняє група грибів, які зазвичай паразитують за рахунок кератину шкіри, волосся та нігтів. Під цей «ярлик» підпадають такі гриби, як *Trichophyton*, *Microporum* та *Epidemophyton*, при цьому *T. rubrum* є найбільш поширеним збудником. Слід зазначити, що поверхневі інфекції, спричинені дерматофітами, називають дерматофітозами, а термін «дерматомікоз»

На шкірі голови дерматомікоз починається з прищів або виразок, яка потім захоплює круглу поверхню. Волосся стає крихким, легко ламається та випадає, залишаючи на шкірі голови заліски. На тілі дерматомікоз може спочатку виявитися у вигляді червоних або рожевих, плоских чи злегка роздутих плям. Окружлі плями можуть бути сухими (покритими лусочками чи корочками) або вологими. У мірі збільшення центри плям очищаються, а навколо них зберігається інфікована тканина



відносять до інфекції, зумовленої будь-яким з грибів [4].

Отже, дерматомікоз є інфекційною хворобою шкіри, яка може вражати скальп (*tinea capitis*), нігті (*tinea unguium*), ноги (*tinea pedis* або «грибкове захворювання ніг») чи тіло (*tinea corporis*). Дерматомікоз поширюється у разі прямого контакту з інфікованою людиною або тваринами (собаками, кішками, морськими свинками, великою рогатою худобою тощо), контакту з ґрунтом або непрямого контакту з предметами, зараженими грибом, наприклад, одягом, рушниками, постільною білизною, стільцями і туалетним приладдям, якими користуються інфіковані особи. Слід зауважити, що ВООЗ розглядає дерматофітози в контексті хвороб, пов'язаних із водою. Однак цей зв'язок носить умовний характер і проявляється при недостатньо високому рівні особистої гігієни в домашніх умовах та нестачі води [5].

ДЕРМАТОМІКОЗИ

Мікози гладкої шкіри виявляють рішче, ніж мікози стоп або оніхомікози. Зазвичай їх спричиняють *T. rubrum* (руброфітія гладкої шкіри) або *Microporum canis* (мікроспорія гладкої шкіри). Діагностують також зоонозні мікози гладкої шкіри, зумовлені більш рідкісними видами дерматофітів. Мікози великих складок спричиняють зазвичай *T. rubrum* і *E. floccosus*; також можливий так званий кандидоз великих складок, збудником якого є представники роду *Candida*.

Різнокольоровий (висівковий) лишай спричиняє гриб *Pityrosporum orbiculare* або *Malassezia furfur*. Незважаючи на те що захворювання є більш поширеним у жарких країнах, навіть у помірного клімату воно вражає до 5–10% населення [2]. Висівковий лишай розвивається частіше в осіб з підвищеною пігментованістю, тож заострення переважно трапляються у жарку пору року.

ГРИБКОВІ УРАЖЕННЯ НІГТІВ

Оніхомікози вражають близько 1/10 всього населення і поширені повсюдно. Захворюваність підвищується з віком (до 30% у віці старше 65 років), що пов'язано насамперед з патологією судин, ожирінням, остеоартропатіями стопи, а також із цукровим діабетом (ЦД).

Грибкове інфікування нігтів зазвичай починається в місці травми нігтя і може поширитися на інші нігтьові пластинки. Інфіковані нігті потовщуються, стають увігнутими, покриваються борознами і набувають ненормальної форми та кольору [5].

Основним провокуючим чинником є пошкодження нігтів і шкіри стопи, найчастіше при носінні тісного взуття. Оніхомікози на стопах виявляють у 3–7 разів частіше, ніж на кистях. Основний збудник оніхомікозів — *T. rubrum*, при цьому причиною до 1/4 інфекцій нігтів можуть бути плісняві та дріжджові гриби, стійкі до низки протигрибкових засобів.

ГЛИБОКІ МІКОЗИ

Глибокі мікози (близько 20 видів) вражають внутрішні тканини, вони нібито підточують організм зсередини, дестабілізуючи функції найбільш вразливих органів. Прикладами найпоширеніших глибоких мікозів є кандидоз, аспергілез, гістоплазмоз.

Від захворювання перш за все потерпають люди, які мають хронічну патологію або перенесли важкі операції, тобто особи, в яких



Ефективним антимікотичним препаратом групи аліламінів є нафтілін. Механізм його дії пов'язаний із пригніченням біосинтезу ергостеролу, що призводить до порушення синтезу клітинної стінки збудника. Нафтілін викликає фунгіцидну дію по відношенню до дерматофітів, пліснявих грибів та збудників споротрихозу. На дріжджові гриби діє фунгіцид-

но або фунгістатично залежно від конкретного штамму, а також викликає антимікробну дію по відношенню до різних грампозитивних і грамотришечних мікроорганізмів, які часто присидують до грибкової інфекції. Крім того, нафтілін має протизапальні властивості, зменшує свербіж та характеризується пролонгованою дією (до 24 год)

різко знижена опірність організму. Зокрема, «позитивно» реагують на гриби до 50% хворих на бронхіальну астму, до 30% осіб з пересадженою ниркою, не менше 23% вагітних та жінок із запальними захворюваннями статевих органів [2]. Багато випадків кандидозу і аспергілозу реєструють серед хворих на хронічний бронхіт та ЦД. У той же час аспергілоз може виникнути й в людей із нормальним імунітетом (так званий інвазійний аспергілоз). Провокуючими чинниками є серйозні травми, порушення дієти та способу життя, стреси.

ДІАГНОСТИКА

Для діагностики мікозів використовують дані клінічної картини захворювання, а також результати мікроскопічного та культурального методів дослідження. Зокрема, культуральна діагностика мікозів заснована на виділенні збудника з досліджуваного матеріалу, а терміни культивування визначаються індивідуально для різних видів грибів (від 2–4 днів до 4 тиж).

У той же час діагностика мікозів часто неспецифічна, особливо в імунокомпрометованих пацієнтів. Нерідко ознаки захворювання виявляють занадто пізно, натомість багато грибкових інфекцій відрізняються дуже швидким та агресивним перебігом.

В!

Дерматофітні інфекції шкіри та нігтів потребують обов'язкового лікування, оскільки вони швидко прогресують та мають схильність до розвитку суперінфекції. Місцеві препарати, такі як нафтилін, пуліконазол, ефінаконазол і тавоборол, є новими успішними варіантами лікування дерматофітних інфекцій з доведеною безпекою, ефективністю та простою використання [6]

ЛІКУВАННЯ

Тактика лікування та його тривалість залежать від клінічної форми захворювання, масштабів і поширеності ураження, а також віку хворого.

Зокрема, в лікуванні мікозу стоп використовують як місцеві, так і системні протигрибкові засоби. Місцева терапія найбільш ефективна при «стертих» та міжпальцевій формах мікозу стоп.

Сучасні антимікотики для місцевого застосування включають креми та мазі, що містять нафтилін, тербінафін, кетаконазол, а також аерозолі та лаки [2, 6].

У лікуванні оніхомікозів також використовують місцеву і системну терапію або їхні поєднання. Місцеву терапію призначають переважно тільки при поверхневій формі, початкових явищах дистальної форми або ураженнях одиничних нігтів. В інших випадках більш ефективною є системна терапія.

При хронічній сквамозно-гіперкератотичній формі мікозу стоп, залученні кистей або гладкої шкіри, ураженні нігтів місцева терапія найчастіше приречена на невдачу. У цих випадках призначають системні препарати (тербінафін, ітраконазол, флуконазол тощо).

Системна терапія показана також при гострозапальних явищах та везикулобульозних формах інфекції. Місцево роблять примочки, використовують розчини антисептиків, аерозолі, а також комбіновані засоби, що містять кортикостероїдні гормони і антимікотики. Також показана десенсибілізуюча терапія.

Підготувала Олександра Демецька, канд. біол. наук
Список літератури знаходиться у редакції

Парацетамол може провокувати ризиковану поведінку

Парацетамол вважається відносно безпечним препаратом щодо розвитку побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту, але може бути причиною порушення роботи печінки, підшлункової залози, кровоносної системи та нирок. В новому дослідженні виявили також, що парацетамол послаблює негативні емоції, пов'язані із ризикованими діями, зокрема зменшує страх. Було встановлено, що препарат пригнічує не лише фізичний біль, а й негативні відчуття внаслідок соціального несприйняття, знижує емпатію та навіть послаблює когнітивні функції.

Нове дослідження* свідчить про те, що парацетамол може впливати на здатність людини усвідомлювати та оцінювати ризики. В серії експериментів за участю 500 студентів Університету штату Огайо дослідники вивчали вплив 1000 мг парацетамолу (максимальна рекомендована разова доза для дорослих) на ризикованість поведінки. Учасники випадковим чином отримували або парацетамол, або плацебо. «Ризикованість» поведінки оцінювали в комп'ютерному тесті: учасник мусив «накачати» повітрям уявну кульку, кожне «накачування» додавало уявних грошей, завданням було максимально накачати кульку та заробити максимально грошей. Якщо кулька вибухала, всі гроші «згорали». Виявилось, що учасники, які отримали парацетамол, значно більше, ніж група плацебо, «накачували» кульку, вона частіше вибухала, а гроші, відповідно, зникали. Парацетамол робить учасників менш поміркованими, вони не відчували, коли варто зупинитися.

Також схильність до «ризикованої» поведінки оцінювали в тестах, за якими учасники обирали, як поводитимуться в різних ситуаціях — гра на тоталізаторі, їзда в автомобілі без ременя безпеки, екстремальні пригоди, тощо. За результатами всіх тестів парацетамол, хоч і незначно, але знижував усвідомлення та страх ризику у порівнянні з плацебо.

*Alexis Keaveney, Ellen Peters, Baldwin Way, Effects of acetaminophen on risk taking, Social Cognitive and Affective Neuroscience, nsoa1108, <https://doi.org/10.1093/scan/nsoa1108>

