

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Запорізький державний медичний університет**

**Кафедра клінічної фармакології, фармації,  
фармакотерапії і косметології**

**О.В. Крайдашенко, О.О. Свинтозельський**  
**О.А. Михайлик**

## **КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ**

(Навчально-методичний посібник для студентів фармацевтичного факультету за спеціальністю «Технологія парфумерно-косметичних засобів» заочної форми навчання для практичних занять, самостійної роботи та підготовки до іспиту)

Запоріжжя 2017 р.

УДК 615.015(075.8)

К 78

*Затверджено на засіданні Центральної методичної ради ЗДМУ  
та рекомендовано для використання в освітньому процесі  
(протокол № 2 від «30» листопада 2017 р.)*

**Автори:**

О. В. Крайдашенко, д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології.

О.О. Свинтозельский, к.мед.н., доцент кафедри клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології;

**Рецензенти:**

Доценко Сергій Якович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб № 3;

Фуштей Іван Михайлович - доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДЗ «Запорізька державна медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Клінічна косметологія :навч.-метод. посіб. для студентів вищ. навч. закладів. / О. В. Крайдашенко, О.О. Свинтозельский, О.А. Михайлик – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. – 113 с.

У навчально – методичному посібнику, відповідно до програми з клінічної косметології на сучасному рівні представлені основні симптоми й синдроми патології шкіри, розглянуті етіологія, патогенез і клінічна картина захворювань, сучасні підходи до медикаментозного лікування і профілактики цих патологічних станів. Дана порівняльна характеристика і клінічна фармакологія сучасних лікарських засобів для корекції патології шкіри. Посібник призначений для студентів фармацевтичних факультетів вищих медичних навчальних закладів, провізорів, клінічних провізорів, провізорів-косметологів, фармацевтів.

УДК 615.015(075.8)

К 78

## ЗМІСТ

<b>ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА</b>	4
<b>УРАЖЕННЯ ШКІРИ</b>	5
<b>I. ГЕРПЕС ГУБ</b>	5
<b>II. МІКРОТРАВМИ ШКІРИ (ПОРІЗИ, САДНА, ПОДРЯПИНИ).</b>	11
<b>III. ВУГРОВА ХВОРОБА (АКНЕ)</b>	17
<b>IV. Опіки.</b>	23
<b>V. Відмороження</b>	33
<b>VI. Грибкові захворювання шкіри</b>	35
<b>VII. СЕБОРЕЯ ТА ЛУПА</b>	41
<b>МІСЦЕВІ РОЗЛАДИ КРОВООБІГУ.</b>	52
<b>I. ВАРІКОЗНА ХВОРОБА ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК</b>	54
<b>II. ГЕМОРОЙ</b>	68
<b>КОНТРОЛЬНІ ЗАВДАННЯ З КЛІНІЧНОЇ КОСМЕТОЛОГІЇ</b>	74
<b>ТЕОРИТИЧНІ ПИТАННЯ</b>	74
<b>ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ</b>	77
<b>СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ТА ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДО ЗАЛІКУ З</b>	103
<b>ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ</b>	
<b>ОСНОВНА ТА ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА</b>	110

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Метою дисципліни “Клінічна косметологія” є формування у студентів теоретичних знань та практичних навичок, які ґрунтуються на знаннях засобів та методів лікувального косметичного догляду в умовах косметологічного закладу. При вивченні дисципліни студенти оволодівають основними принципами обґрунтування та застосування лікувального косметичного догляду з використанням косметичних засобів лікувально-профілактичного призначення; раціональною технологією косметичних процедур; забезпечення раціонального та безпечного щодо здоров'я людини застосування окремих видів косметичних препаратів та процедур.

Студенти вивчають в умовах косметологічних закладів етіологію, патогенез та методи корекції патологічних станів та косметичних недоліків шкіри і її придатків; прояви передчасного старіння, теорії старіння та методи боротьби з ним, які використовуються в косметології; методи корекції фігури та ін. Під час вивчення дисципліни студенти ознайомляться з методами оцінки ефективності та безпеки використання косметичних засобів і процедур.

Досягнення поставленої мети дисципліни дозволить майбутнім спеціалістам проводити діагностику та корекцію косметичних недоліків шкіри та її придатків в умовах косметологічного закладу, самостійно розробляти схеми косметичного догляду, які враховують індивідуальні особливості клієнта, поєднувати косметичні процедури лікувально-профілактичного призначення з косметичними препаратами і впроваджувати їх на практиці.

В умовах погіршення загального стану здоров'я населення України, зокрема збільшення кількості випадків уражень шкіри та її придатків, можливість практичного здійснення лікувально-профілактичного косметичного догляду провізором-косметологом є особливо актуальною. Крім того, це вдосконалює сферу практичної косметології, розширюючи асортимент косметологічних послуг, підвищує професійний рівень та авторитет фахівців, що дозволить залучити до косметологічних закладів нових прихильників.

## УРАЖЕННЯ ШКІРИ.

Перелік навиків: знати основні види ураження шкірних покривів: мікротравми (порізи, садни, подряпини), термічні та хімічні ушкодження поверхневих шарів шкіри (опіки, обмороження), акне (вугрова висипка), інфекційні ушкодження (герпес губ, мікози, короста, педикульоз), себорея та ін., які можна лікувати безрецептурними ЛП в межах відповідального самолікування. «Загрозливі» симптоми поразок шкіри, які вимагають обов'язкового звертання до лікаря. Безрецептурні ЛП, які застосовуються при ураженнях шкіри.

Складати алгоритми:

1. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з мікротравмами
2. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з термічними пошкодженнями поверхневих шарів шкіри
3. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з хімічними пошкодженнями поверхневих шарів шкіри;
4. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з акне;
5. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з інфекційними ушкодженнями шкіри;
6. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з себореею та лупою;
7. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з герпетичним ураженням шкіри;
8. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з грибковій захворюванням шкіри;
9. надання провізором належної інформації про безрецептурний ЛП для лікування уражень шкіри під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.

### I. Герпес губ

*Герпес*— широко розповсюджене інфекційне захворювання, яке викликається вірусом простого герпесу та характеризується різноманітністю клінічних проявів. За сучасними оцінками, кількість вперше захворілих герпесвірусною інфекцією щорічно зростає більш ніж на 10%. За даними ВООЗ, вірусом герпесу інфіковано від 65 до 90% населення.

Герпетичні ураження можуть виникати на різних ділянках тіла. Їхній перебіг і важкість залежать від локалізації, поширеності патологічного процесу, антигенного типу вірусу та імунного статусу організму хворого. Активні прояви герпетичної інфекції відзначаються при ослабленні імунної системи організму. Первинний прояв герпетичної інфекції може бути єдиним епізодом у

житті людини, однак у деяких осіб захворювання набуває рецидивуючого, а часом навіть хронічного характеру. В організмі більшості людей вірус герпесу знаходиться в латентному стані і лише періодично викликає загострення захворювання.

Найбільш частим і пізнаваним проявом герпетичної інфекції є поява на губах або в області крил носа пухирців. Герпес губ в 25% дорослих дає регулярні рецидиви 1-2 рази в рік, а в 5-10% дорослих може бути до шести рецидивів на рік.

Чинники, що сприяють загостренню герпетичної інфекції:

➤ супутні захворювання, що супроводжуються пригніченням імунної системи: онкологічні захворювання, бактеріальні та вірусні інфекції ( Віл-Інфекція, ОРВІ й ін.);

➤ травма губи або слизової оболонки роту;

➤ надмірний вплив ультрафіолетового випромінювання;

➤ переохолодження;

➤ стрес;

➤ менструальний період;

➤ прийом лікарських препаратів з імунодепресивною дією.

*Фази розвитку простого герпесу*

Виділяють наступні фази розвитку герпетичних висипань:

➤ продромальна — безпосередньо передують видимій симптоматиці, триває звичайно до 6 годин; провісники загострення герпесу відзначаються в 40-60% пацієнтів і проявляються наступними ознаками: відчуття поколювання, свербіж, почуття печіння, невелика хворобливість ділянки ураження;

➤ еритема — почервоніння ділянок шкіри, де надалі з'являться герпетичні висипання; фаза може тривати до 24 годин;

➤ везикули — на почервонілій шкірі з'являються групи дрібних пухирців із прозорим вмістом; через 24-72 години вміст везикул каламутніє; у цю фазу, яка може тривати протягом декількох днів, вірус легко передається іншим особам;

➤ ерозія/виразка/м'який струп — везикули прориваються, утворюючи дефект шкіри, часто дуже хворобливий, з якого сочиться відокремлюване; ризик інфікування залишається високим;

➤ твердий струп — уражена поверхня висихає до кірки або струпів, які можуть бути надзвичайно сверблячими, однак звичайно не заразні;

➤ сухе лущення/залишкова припухлість/пігментація.

Множинні ураження, що виникають одночасно, можуть привести до утворення рубцевої тканини. Формування рубця найбільше ймовірно у випадку приєднання вторинної бактеріальної інфекції. В середньому весь період

прояву герпесвірусної інфекції становить 5-10 днів. Звичайно з віком частота рецидивів герпетичної інфекції зменшується, і вони проходять більш легко.

«Загрозливі» симптоми, що вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря:

- ураження висипаннями великих ділянок шкіри, особливо близько до очей; перехід герпесу губ на слизову оболонку рота;
- нагноєння висипань;
- висипання, що асоціюються з вираженою болючістю або порушенням загального стану.

### Алгоритм фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні герпетичного ураження губ

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1	Чи характерні ознаки захворювання (свербіж, поколювання, печіння, болючість ділянки губ або висипання) з'явилися нещодавно.	так	Продовжити опитування.
		ні	Якщо захворювання триває більше 10 днів, для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря.
2	Чи наявні один або декілька загрозливих симптомів	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
3	Чи був позитивний ефект від лікування противірусними препаратами, зокрема, ацикловіром, якщо пацієнт лікувався ними раніше	так	Призначити противірусні лікарські засоби для місцевого застосування, при необхідності – лікарські засоби з підсушуючою дією
		ні	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
4	Чи має місце прийом таких лікарських засобів: <ul style="list-style-type: none"> <li>- глюкокортикоїди;</li> <li>- антинеопластичні за-</li> </ul>	так	Необхідно звернутись до лікаря за консультацією і корекцією лікування, оскільки стан пацієнта може бути зумовлений лікарською імунодепресією.

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
	<p>соби;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- інші імуносупресанти;</li> <li>- антибактеріальні засоби</li> <li>- протівірусні засоби</li> </ul>	ні	<p>Призначити протівірусні лікарські засоби для місцевого застосування, при необхідності – лікарські засоби з підсушуючою дією;</p> <p>Рекомендувати пацієнту суворо дотримуватись правил особистої гігієни для запобігання перенесення захворювання на інші частини тіла або зараження членів родини та близьких:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не торкатись висипань руками, а якщо це сталось – ретельно вимити руки водою з милом;</li> <li>- ні в якому разі не видавлювати пухирці та не зривати скоринки;</li> <li>- користуватися окремим рушником, посудом;</li> <li>- в період висипань утримуватись від поцілунків і орального секса;</li> <li>- особливо суворо дотримуватись правил необхідно при наявності в родині дитини, оскільки діти важко переносять герпетичну інфекцію.</li> </ul>

***Загальні підходи до лікування герпетичної інфекції***

***Неспецифічне лікування.*** Можливе при невеликій кількості висипань на обмеженій ділянці. Рекомендується застосовувати антисептичні (повідон-йод) засоби, що й підсушують (паста Лассара, цинкова паста).

***Специфічне лікування.*** Лікування герпесу губ слід починати з появою



перших проявів, причому найкращим є застосування місцевих противірусних засобів. Ці препарати впливають безпосередньо на причину захворювання вірус простого герпесу, що є істотною перевагою перед антисептиками, та підсушуючими засобами. Механізм дії противірусних засобів пов'язаний із пригніченням реплікації вірусу простого герпесу.

Місцеве застосування противірусних засобів скорочує період висипань, а також сприяє якнайшвидшому очищенню шкіри від висипу. Для підвищення ефективності лікування препарати рекомендується застосовувати відразу ж після появи перших проявів висипань.

Місцеві противірусні засоби відносяться до безрецептурних препаратів. Доцільність їх застосування обумовлена значною кількістю людей, що страждають герпесом і знаючих свій діагноз, частими рецидивами захворювання, можливістю використання препаратів як на ранніх, так і більш пізніх етапах захворювання.

***Противірусні препарати, що застосовуються  
для місцевого лікування герпесу губ***

Найменування препарату	Активна речовина	Форма випуску
Зовіракс	Ацикловір	Крем 5%, туба 2 г, 5 г, 10 г
Ацигерпін	Ацикловір	Крем 5%, туба 5 г
Ациклонір-фармак	Ацикловір	Крем 5%, туба 5 г, 10 г
Ацик	Ацикловір	Крем 5%, туба 2 г
Ацивір	Ацикловір	Крем 5%, туба 5 г
Ацикловір	Ацикловір	Мазь 5%, туба 5 г
Ациклостад	Ациклонір	Крем 5%, туба 5 г
Віролекс	Ациклонір	Крем 5%, туба 5 г; очна мазь 3%, туба 4,5 г
Герпевір	Ацикловір	Мазь 2,5%, туба 5, 15 г
Герпетад крем	Ацикловір	Мазь 2,5%, туба 2, 5, 10, 20 г
Медовір	Ацикловір	Крем 5%, туба 5 г
Феністил Пенцивір	Пенцикловір	Крем 10 мг/г, туба 2 г

***Увага!***

***Застосування противірусних засобів всередину можливо тільки за призначенням лікаря!!!***

Високоєфективними засобами для місцевого лікування герпетичної інфекції є препарати у вигляді мазі або крему, що містять в якості діючої речовини ацикловір або пенцикловір. Противірусні препарати для місцевого застосування наносять 5 раз у день із чотиригодинними інтервалами за винятком нічного часу. Лікування повинне тривати 5-10 днів. Препарати швидко ліквідують

гострі прояви при первинних герпетичних ураженнях, знижують можливість інфікування інших людей.

Добре зарекомендував себе препарат Зовіракс (5% крем). Незважаючи на те, що вміст ацикловіру в Зовіраксі та більшості генериків однаковий — 5%, ефективність оригінального препарату значно вище внаслідок спеціально запатентованої кремової основи, що дозволяє досягати більш високої концентрації ацикловіру на уражених вірусом ділянках шкіри.

Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів для лікування герпесу губ

Хворому слід знати, що крім ризику заразити контактуючих з ним людей, він зазнає небезпеки перенести захворювання на інші частини тіла. Щоб запобігти цьому ускладненню, слід дотримуватися наступні правил:

- не доторкатися до висипань на обличчі;
- намагатися не торкатись очей — герпетичне ураження рогової протікає важко й може привести до серйозних ускладнень;
- якщо все-таки прийшлося доторкнутися до висипань, потрібно відразу ж вимити руки теплою водою з милом;
- не слід давати нікому свій рушник або користуватися чужим (це правило стосується і губної помади);
- користуватися окремим посудом;
- у період висипань необхідно втриматися від поцілунків і орального сексу - вірус здатний вражати полові органи;
- не видавлювати пухирці та не зривати скоринки це не призведе до якнайшвидшого видужання, але може викликати додаткове інфікування ураженої шкіри мікробами або герпетичне ураження вірусом пальців рук;
- жінки повинні бути максимально обережні при нанесенні та знятті макіяжу, щоб не перенести вірус на здорові ділянки шкіри;
- хворі із частими рецидивами можуть бути джерелом інфекції у період без помітних проявів хвороби.

Раціонально також:

- уникати зайвого сонячного опромінення;
- перебуваючи на сонці, морозі або вітрі захищати губи кремом або гігієнічною помадою з сонцезахисним фактором;
- при перших проявах висипання (відчуття сверблячки, поколювання) використовувати противірусні засоби для місцевого застосування.

Діти особливо важко переносять герпетичну інфекцію, тому при загостренні в дорослого члена родини слід особливо строго дотримуватися правил гігієни.

Хворим з локалізацією типового висипу біля очей, на повіках і в ротовій

порожнині, а також тем, у кого сип існує більш 10-14 днів, необхідно обов'язково звернутися до лікаря.

Препаратом вибору для лікування герпетичної інфекції є ацикловір для зовнішнього застосування.

Звичайні рецидиви герпесу губ або особи добре піддаються зовнішньому лікуванню препаратами у формі кремів, що містять ацикловір і пенцикловір.

Важкі або дуже часто рецидивуючі форми захворювання слід лікувати рецептурними препаратами під контролем лікаря — за допомогою таблеток або ін'єкцій препарату Зовіракс, а також за допомогою таблеток Фамвір (активна речовина фамцикловір) або Вальтрекс (активна речовина валацикловір). Чим раніше почате лікування герпесу губ противірусним препаратом, тем ефективніше воно буде. Якщо захворювання вдається «застати» на стадії провісників (сверблячка, печіння, відчуття натягнутості шкіри), то повні прояви хвороби можуть не розвинути, а видужання настане в найкоротший термін. Якщо ж крем почати використовувати при висипаннях, загоєння настає значно швидше, чим при лікуванні іншими методами (побутовими засобами, неспецифічними методами лікування).

Препарати для місцевого застосування, що містять ацикловір, наносять 5 раз у день із чотиригодинними інтервалами за винятком нічного часу. Лікування повинне тривати 5-10 днів.

До та після нанесення кремів, що містять ацикловір і пенцикловір, необхідно вимити руки. При використанні крему може з'явитись відчуття печіння, яке швидко проходить. Іноді буває лущення або тимчасове почервоніння оброблених ділянок.

## **II. Мікротравми шкіри (порізи, садна, подряпини).**

Життя повне такими маленькими неприємними "сюрпризами", як порізи, дрібні травми, падіння, що супроводжуються ударами, подряпинами і синцями. Чітко знаючи, що слід зробити в кожній конкретній ситуації, можна запобігти серйозні наслідки при пораненнях і порізах. Як правило, з приводу незначних пошкоджень немає необхідності звертатися за допомогою до лікаря. Дрібні порізи і подряпини цілком можна лікувати самостійно, за допомогою ліків з домашньої аптечки. Завдання провізора полягає в тому, щоб дати грамотну консультацію людині, що звернулася в аптеку, порекомендувати необхідні препарати, а іноді й надати першу долікарську допомогу.

Провізор повинен визначити, наскільки серйозне пошкодження і в разі необхідності порекомендувати відвідувачу аптеки звернутися до лікаря.

Поріз - наскрізне пошкодження всіх шарів шкіри, яке в ряді випадків може супроводжуватися ушкодженням розташованих глибше тканин.

Подряпина - пошкодження епідермісу (поверхневого шару шкіри), об-

межене за площею і має, як правило, лінійну форму.

Садно - більш значний за площею дефект поверхневих шарів шкіри.

### ***Причини порізів, саден і подряпин***

Найбільш частою причиною порізів, саден і подряпин є неухажне поводження з ріжучими або колючими предметами в побуті та під час роботи. Крім того, порізи можуть виникати в результаті травми, проявів агресії.

Подряпини можуть бути наслідком неакуратного поводження з домашніми тваринами, виникати в результаті мацерацій. Іноді поранення відбувається в результаті падінь на бите скло або розщеплене дерево. У таких випадках в рані може залишитися шматочок чужорідного матеріалу (скло, дерево або камінь). Якщо не можна легко витягти сторонній предмет з рани, слід звернутися до лікаря. Для виявлення стороннього предмета та прийняття рішення про доцільність його видалення може знадобитися рентгенівський знімок. Якщо рана довго не заживає, а навколо неї з'явилася почервоніння, спостерігаються біль і виділення рідини, цілком імовірно, що в ній може перебувати чужорідне тіло - тріска або осколок.

Порізи, садна й подряпини - невід'ємна частина здорового допитливого дитинства. Навіть самі уважні батьки або вихователі не можуть дати гарантії, що опікуваний ними дитина виросте без падінь, ударів і пошкоджень. Тому слід подбати про те, щоб грамотну допомогу вміли надавати всі, хто залишається з дитиною.

Особливе місце займають травми обличчя у дітей. Це може бути синець, садно, подряпина, прямий лінійний розрив на лобі, рвана рана на підборідді або глибокий розрив нижньої губи. Можуть бути й інші поранення. Оскільки шрами після поранень в області обличчя часто залишаються на все життя, важливо, щоб діти з будь-якими глибокими ранами були своєчасно оглянуті лікарем для проведення відповідної обробки. При травмах обличчя від того, чи правильно накладена пов'язка і грамотно оброблено рану залежить, чи залишиться шрам після порізу на обличчі помітним або мінімальним.

**«Загрозливі»** симптоми при порізах, що вимагають обов'язкового втручання лікаря.

У разі поранень обов'язково прийняти заходи першої допомоги. Однак не завжди цього достатньо. Певні ситуації вимагають обов'язкового звернення до лікаря. Це необхідно, якщо:

- кровотеча яскраво-червоного кольору та пульсуюча - можливо, пошкоджена артерія;
- сильна кровотеча, що супроводжується великою втратою крові;
- поріз або подряпина на обличчі або будь-якому іншому місці, де бажано звести можливість утворення шраму до мінімуму;

- поріз на кисті або зап'ястях - є небезпека пошкодження нервів і сухожилів;
- ознаки запалення - червоні смужки, почервоніння, що розповсюджується більш ніж на палець навколо рани; припухлість навколо рани, температура;
- рана супроводжується підвищенням температури;
- рана глибока, можна «заглянути глибоко всередину» - у цьому випадку слід накласти шви;
- забруднена рана у пацієнта, прищепленого проти правця більше 5 років тому;
- в рану потрапила земля з домішкою гною - висока ймовірність зараження правцем;
- рану неможливо як слід очистити, вимити з неї забруднення;
- рана з рясним виділенням відокремлюваного довго не заживає - можливо, в рані залишився шматочок чужорідного матеріалу;
- рана супроводжується нудотою і блювотою, особливо при травмах голови у дітей.

### ***Заходи першої допомоги при ранах, порізах і саднах***

Загальноприйнятими методами першої допомоги (самопомоги) при порізах і саднах є:

- промивання рани;
- зупинка кровотечі;
- накладання стерильної пов'язки (при кровотечі - давлучої);
- застосування антисептика.

При необхідності можливе накладення джгута, зашивання рани хірургом, введення протиправцевої сироватки; призначення антибіотиків.

**Промивання рани.** Найкраще лікування для невеликих порізів і подряпин - промивання чистою водою з милом за допомогою ватного або марлевого тампона, шматочка чистої тканини. Ретельне промивання - ключ до запобігання інфекції. Добре змийте мило водою. Промивання слід повторювати раз на день до тих пір, поки поріз повністю не затягнеться.

Сильно забруднена рана добре промивається перекисом водню.

Подряпини можна промити як водою, так і антисептичним лосьйоном.

**Накладення стерильної пов'язки.** Після висушування порізу чистим ватним або марлевим тампоном слід накласти суху стерильну пов'язку, щоб до повного загоєння поріз залишався чистим. Перед накладенням пов'язки необхідно переконатися, що краї порізу чисті, рівні і легко сходяться, після чого краї порізу звести разом, накласти пов'язку або заклеїти поріз спеціальним пластиром. При глибоких ранах при накладенні пов'язки або пластиру не слід

занадто щільно зводити краю, так як це може створити умови для розвитку анаеробних збудників.

Якщо у маленької дитини поріз біля рота, його краще не закривати пов'язкою або лейкопластиром, так як на краях пов'язки (лейкопластиру) буде збиратися слина і їжа.

Рана краще заживає і ймовірність попадання інфекції менше, якщо її перебинтовувати якомога рідше. Якщо пов'язка розслабилася або забруднилася, можна накладе новий шар бинтів поверх старого.

Садно заживе краще всього, якщо його залишити відкритим. Однак якщо пошкоджена шкіра на значній ділянці, можна накласти пов'язку. Промийте рану і залиште її відкритою, поки не утвориться скоринка. Якщо ви забинтуєте її відразу, бинт прилипне і, знімаючи його, ви здерете засохлу корочку.

Хоча відкрите садно заживає швидше, але якщо дитина збирається грати на дитячому майданчику, закрийте будь-яку відкриту рану (навіть садно або подряпину) легкою пов'язкою. Коли дитина повернеться додому, зніміть пов'язку.

Перев'язувати подряпину потрібно тільки в тому випадку, коли необхідно зупинити кровотечу - відкрита подряпина заживає зазвичай швидше.

**Зупинка кровотечі.** Якнайшвидший спосіб зупинити кров - безпосередньо затиснути. Слід щільно притиснути до рани пов'язку і як слід натиснути на неї рукою, а якщо потрібно - тримати її протягом 15 хвилин. Це зупинить будь-яку кровотечу, крім артеріального. Щоб зменшити кровотечу, доцільно підняти пошкоджену частину тіла.

Оскільки на голові є величезна кількість кровоносних судин, при порізах голови - навіть невеликих - кровотеча зазвичай буває рясним і може потребувати лікарської допомоги.

Якщо кров просочилася через першу пов'язку, необхідно накласти ще, більш тугий шар. Додавати нові шари пов'язки треба поверх старих, тому що, якщо прибрати пов'язку, можна пошкодити згусток.

Коли кровотеча припинилася або сповільнилася, необхідно туго зав'язати рану тканиною або еластичним бинтом так, щоб на неї чинився тиск, але при цьому повністю не порушувалася циркуляція. Бинти повинні зручно облягати поранену частину тіла.

Не слід приклеювати пластир навколо руки або ноги (щоб вийшло кільце), тому що це може перешкоджати нормальній циркуляції крові. Якщо поріз на руці або нозі, необхідно перевірити циркуляцію крові, притиснувши ніготь на руці або нозі: ніготь побіліє, а коли ви його відпустите, він зновупорожевіє. В разі необхідності треба послабити пов'язку.

При незначних пораненнях джгутом не користуються. Для буденних по-

різів і подряпин розроблено багато способів надання першої допомоги. Джгут - міра крайня і небезпечна, оскільки може привести до вираженого порушення кровопостачання пошкодженої кінцівки і в підсумку принести більше шкоди, ніж користі.

Якщо через 15 хвилин кровотеча не припинилося, необхідно звернутися до лікаря.

**Застосування антисептиків.** Для профілактики інфікування застосовуються антисептичні препарати. Багато хто з них, крім антисептичної дії, володіють протизапальним ефектом, а також сприяють процесам загоєння.

Антисептичні препарати застосовуються в різних лікарських формах. Це можуть бути водні, спиртові розчини або мазі.

Водні розчини використовуються для промивання ран, просочування ватних і марлевих тампонів при накладенні на ранову поверхню. Вони не володіють дратівливою дією, не викликають відчуття печіння, тому переважні для застосування у дітей.

Розчини, що містять етиловий спирт, при попаданні всередину рани можуть викликати некроз тканин, перешкоджаючи подальшому загоєнню. Спиртовими розчинами обробляють шкіру навколо рани, краї рани, а також поверхневі мікротравми. При обробці поверхні рани спиртовими розчинами можливо місцевопоздразнюючу дію, що проявляється вираженим почуттям печіння, почервонінням шкіри.

Мазі наносяться або безпосередньо на поверхню ушкодженої шкіри, або ними просочуються пов'язки. При моклих мікротравмах мазі можуть перешкоджати загоєнню. При тривалому нанесенні товстого шару під пов'язкою можливий розвиток мацерації країв рани.

#### **Фармацевтична опіка при лікуванні порізів, саден і подряпин**

➤ Загальноприйнятими методами лікування мікротравм є промивання рани, застосування антисептиків, накладання стерильної пов'язки.

➤ При глибоких і забруднених порізах особам, щепленим проти правця більше 5 років тому, слід звернутися травм пункт.

➤ Якщо глибокий поріз у дитини, краще звернутися до лікаря.

➤ Не слід торкатися рани (і заборонити це робити дитині) - в іншому випадку існує небезпека інфікування або ще більшого пошкодження тканин.

➤ Будь поріз на обличчі дитини заслуговує уваги лікаря.

➤ За винятком дуже невеликих ран порізи в області голови у дітей вимагають звернення до лікаря.

➤ Будь поріз довшим 2 см заслуговує уваги лікаря - можливо, буде потрібно накласти шви.

➤ Поріз, краї якого широко розходяться при рухах (на суглобах тощо),

заслуговує на увагу лікаря.

➤ У маленьких дітей часто зустрічаються порізи на внутрішній стороні губи або в роті. Якщо травма розташована на задній стінці глотки або на м'якому небі, якщо рана нанесена гострим предметом (олівцем), або якщо кровотеча не припиняється протягом 10-15 хвилин, терміново зверніться до лікаря.

➤ При порізах на обличчі, навіть невеликих, краще звернутися до лікаря (шрами на обличчі дуже помітні).

➤ При порізах на руках і зап'ястях краще звернутися до лікаря (є небезпека пошкодження нервів і сухожиль).

➤ Якщо кровотеча не припиняється через 15 хвилин, краї рани рвані або їх неможливо звести разом, слід звернутися до лікаря

➤ При глибоких ранах при накладенні пов'язки або пластиру не слід надто щільно зводити краю, так як це може створити умови для розвитку анаеробних збудників.

➤ Якщо поріз вимагає накладення шва, не слід відкладати візит до лікаря. Якщо чекати більше восьми годин, доктор не зможе зашити рану, тому що в рану вже могли потрапити бактерії та її закриття може сприяти розвитку інфекції.

➤ Якщо дитину подряпала тварина або причина подряпини - забруднене предмет (іржавий цвях, садові лопата і т. п.), слід обов'язково перевірити, коли дитині робили протиправцеві щеплення. Від подряпин рідко виникає правець, але вжити заходів обережності необхідно.

➤ При глибоких і забруднених порізах та проколів необхідно терміново звернутися до травм пункту.

➤ При проколах і порізах з незначною кровотечею не слід його зупиняти, оскільки воно допомагає очищенню рани.

➤ При загоюються необхідно збагатити раціон вітамінами С, групи В і особливо А та Е.

➤ При застосуванні препаратів йоду можливий розвиток алергічної реакції.

➤ Особам із захворюваннями щитовидної залози препарати йоду можна застосовувати тільки під контролем лікаря.

➤ Не слід великі ділянки шкіри обробляти розчином кислоти борної - можлива абсорбція через пошкоджену шкіру і системну токсичну дію. Всмоктування борної кислоти через шкіру і слизові поверхні особливо велике у дітей - можливо гостре або хронічне отруєння (нудота, блювота, діарея, шкірні висипання, порушення функції нирок).

➤ При обробці ран спиртові розчини антисептиків слід наносити на шкіру, уникаючи попадання всередину рани, особливо при глибокому порізі.



➤ Всі спиртові розчини антисептиків мають місцевопоздразнюючу дію за рахунок етилового спирту, тому їх нанесення на шкіру супроводжується відчуттям печіння.

➤ У дітей переважно використання водних розчинів антисептичних речовин.

➤ Розчин перекису водню не слід вводити в глибокі рани - можлива емболія бульбашками повітря.

### **ІІІ. ВУГРОВА ХВОРОБА (АКНЕ)**

Звичайні вугри (акне) зустрічаються у 80% населення на другому і третьому десятилітті життя і більш чому 90% підлітків. Клінічно значущі і вимагають лікування вугри вражають приблизно 20-25% населення у віці від 12 до 25 років. Для вікової групи 17-річних частота вугрів особи складає 86,1%. Важкі кістозні вугри зустрічаються у 5 осіб на 1000 населення у віці від 18 до 31 року. У хлопців вугри зустрічаються частіше і протікають важче, ніж у дівчат. Переважання важких ступенів вугрової хвороби у осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночим збільшується з віком.

Хоча акне не становлять серйозної загрози життю або працездатності хворого, косметичний дефект робить на багатьох людей, особливо підлітків, пригнічуючий вплив, сприяє розвитку депресивних станів, погіршує якість життя.

При наявності вугрів більшість пацієнтів лікуються або починають лікування самостійно, що робить особливо актуальною фармацевтичну опіку при використанні лікарських препаратів для лікування вугрів.

Звичайні вугри - хронічне запальне захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів, найбільш часто зустрічається у осіб підліткового та активного репродуктивного віку.

Останнім часом замість терміна «звичайні вугри» введено термін «вугрова хвороба», що підкреслює той факт, що поява вугрових висипань відображає зміну всього організму, а не є локальним дефектом шкіри.

Основні фактори, що мають значення у виникненні та розвитку вугрової хвороби:

➤ генетична схильність - кількість, розмір сальних залоз і їх чутливість до рівня андрогенів (чоловічих статевих гормонів);

➤ підвищена секреція андрогенів в період статевого дозрівання, що сприяє гіперпродукції секрету сальними залозами;

➤ активація діяльності сапрофітної флори сально-волосяних фолікулів (*Propionibacterium acnes*);

➤ розвиток запальної реакції в області волосяного фолікула на тлі гідролізу шкірного сала і розмноження в ньому *P. acnes*;

➤ фолікулярний гіперкератоз (надмірне розвиток епітеліальних клітин в області волосяного фолікула, що призводить до закупорки протоки сальної залози роговими лусочками епітеліальних клітин).

Фактори, що сприяють утворенню вугрів:

➤ гормональні зміни в організмі в період статевого дозрівання (підвищення рівня чоловічих статевих гормонів);

➤ гормональні зміни в організмі жінок в передменструальний період (іноді - під час вагітності);

➤ механічні фактори: звичка підпирати підборіддя рукою, притримувати підборіддям телефонну трубку, носіння тісних головних уборів і сорочок з туго застебнутими комірцями, що призводить до підвищеної пітливості;

➤ грубе видавлювання гнійників або «чорних крапок» (сприяє загостренню вугрової хвороби, формуванню акне-кіст і до подальшого утворення рубців на поверхні шкіри);

➤ робота в умовах підвищеної вологості і температури (на кухні або в приміщенні з паром) - стимулюється потовиділення (відбувається повна закупорка і запалення протоків сальних залоз);

➤ застосування галогенвмісних (йод, фтор, бром) продуктів або засобів;

➤ застосування косметичних засобів з високим вмістом ланоліну, парафіну, мінеральних олій (жирні креми, зволожуючі лосьйони, креми від загару та ін.);

➤ прийом ряду лікарських препаратів, зокрема, контрацептивів з високим вмістом прогестинів, глюкокортикостероїдів, препаратів літію, протисудомних засобів.

### **Варіанти вугрового сипу**

Найчастіше вугри з'являються на шкірі обличчя, спини і грудей і характеризуються різноманітними варіантами шкірних висипань. Виділяють такі види вугрового сипу:

➤ відкриті комедони - множинні чорні точки і розширених устях сальних залоз (*чорний колір обумовлений не зовнішнім забрудненням, а пігментом меланіном*);

➤ закриті комедони - множинні білі просоподібні підшкірні вузлики;

➤ папули - поверхневі опуклі елементи червоного кольору;

➤ пустули - гнійнички;

➤ папуло-пустули - папули з гнійників на вершині;

➤ вузли - великі глибокі підшкірні запалені елементи;

➤ кісти - порожнини під шкірою, наповнені гноем або слизом;

➤ рубці - бувають вдавнені (атрофічні) і опуклі (гіпертрофічні і келоїдні).

Вибір раціональної лікувальної тактики при вугрової хвороби залежить від типу ураження (виду вугрового сипу) і ступеня тяжкості вугрової хвороби. Важливе значення при виборі методів лікування мають також супутні захворювання та ефективність попередньої терапії.

Ступені тяжкості вугрової хвороби:

- легкий ступінь тяжкості - комедони, поодинокі папули;
- середній ступінь тяжкості - комедони, папули, поодинокі пустули, виражене запалення;
- важкий ступінь - безліч папул, пустул, вузли, можливе утворення кіст, рубців.

«Загрозливими» симптомами при вугрової хвороби, які вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, є:

- ураження вугровим висипом великих ділянок шкіри;
- одночасне виникнення великої кількості вугрів, що супроводжується підвищенням температури;
- великі (завбільшки з вишню) та / або хворобливі вугрі;
- вугрі, що поєднуються з болючестю регіонарних лімфатичних вузлів (шийних, підщелепних, вушних та ін);
- вугрі, які залишають рубці;
- депресивний стан пацієнта, викликаний вугрями.

#### Алгоритм фармацевтичної опіки при вугровій хворобі

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1	Чи наявні один або декілька загрозливих симптомів	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
2	Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання ендокринної системи або шлунково-кишкового тракту	так	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу і призначення лікування
		ні	Продовжити опитування
3	Чи має місце важка фізична праця або наявні несприятливі фактори навколишнього	так	Необхідно більш ретельно виконувати гігієнічні процедури, уникати контакту з речовинами, що подразнюють шкіру;

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
	<p>середовища:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- підвищена запиленість або загазованість;</li> <li>- підвищена температура та/або вологість повітря;</li> <li>- контакт з оліями, нафтою, хімічними речовинами тощо</li> </ul>		якщо висипання незначні, призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для місцевого застосування, при наявності середнього і важкого ступеню вугрів необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
3	<p>Чи має місце прийом лікарських засобів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- препарати фтору, броду, йоду;</li> <li>- препарати дьогтю</li> <li>- статеві гормони;</li> <li>- анаболічні стероїди;</li> <li>- протисудомні засоби;</li> <li>- пероральні контрацептиви.</li> </ul>	так	Необхідно звернутись до лікаря за консультацією і корекцією лікування
		ні	Продовжити опитування
4	<p>Чи має місце застосування косметичних засобів з високим вмістом ланоліну, парафіну, мінеральних олій (жирні креми, зволожуючі лосьйони, креми проти загару тощо)</p>	так	Необхідно припинити застосування косметичних засобів з високим вмістом жирів; для полегшення стану пацієнта призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для місцевого застосування
		ні	Рекомендувати дотримуватись загальних правил, які сприяють профілактиці вугрів, призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
			місцевого застосування

### ***Загальні підходи до лікування вугрів***

Залежно від тяжкості вугрової хвороби використовується місцеве або системне лікування. Місцеве лікування проводиться при легких початкових проявах захворювання, а також входить в схему комбінованого лікування при середнього та важкого ступеня вугрової висипки. Використовуються препарати, що володіють кератолітичними, антимікробними і стимулюючими мітози епітеліальних клітин властивостями.

Для лікування більш важких випадків вугрів, що супроводжуються запаленням і кістозними ушкодженнями, проводиться системне лікування. Таке лікування включає застосування деяких груп рецептурних лікарських препаратів (антибіотиків, системних ретиноїдів та/або гормональних засобів), а також безрецептурних препаратів сорбційно-детоксикаційної дії і проводиться тільки за призначенням лікаря.

***Кератолітичні засоби.*** Ці препарати розм'якшують роговий шар шкіри, сприяють її швидкому відшаруванню разом з роговими пробками, що закупорюють устя залоз. Більшість препаратів цієї групи має також антибактеріальну активність, що сприяє підвищенню клінічної ефективності при лікуванні вугрів.

***Антимікробні засоби.*** Антибактеріальні препарати використовуються для зміни мікрофлори шкіри. Використання місцевих антимікробних засобів при лікуванні вугрів засноване на визнанні ролі в патогенезі вугрової хвороби пропіонобактерії - *P. acnes*. Пероральні антимікробні препарати можуть призначатися тільки лікарем.

***Препарати сорбційно-детоксикаційної дії.*** Виводять токсичні проміжні продукти обміну речовин і токсини бактерій, сприяють нормалізації функції печінки, сальних і потових залоз шкіри

### ***Фармацевтична опіка***

#### ***при застосуванні препаратів для лікування вугрів***

➤ Вугрова хвороба потребує лікування вже на стадії висипання комедонів. Вчасно і правильно розпочате лікування дозволить запобігти перетворення комедонів в запальні елементи - папули, пустули і т. п.

➤ При появі акне у підлітка батькам слід заспокоїти дитину, пояснити йому, що вугри - виліковне захворювання, а лікування тим ефективніше, чим раніше воно розпочато.

➤ Слід налаштувати підлітка, що лікувальні заходи вимагають наполегливості і терпіння і триватимуть не менше 2-4 місяців.

➤ При лікуванні вугрів необхідно уникати надмірного впливу сонячних променів. Штучне ультрафіолетове опромінення, яке раніше рекомендувалося для лікування вугрів, в даний час не рекомендується через можливість стимулювання старіння шкіри, розвитку ракових пухлин.

➤ Усі лікувальні засоби і декоративна косметика повинні бути Некомедогенний і не мати жирної консистенції.

➤ При лікуванні вугрів ні в якому разі не можна видавлювати елементи вугрової висипки.

➤ Рационально регулярно (але не частіше двох разів на день) користуватися антибактеріальними гелями для вмивання, що знижує накопичення жиру на поверхні шкіри і таким чином забезпечує симптоматичне полегшення стану.

➤ Угри, що супроводжуються загрозливими симптомами (див. вище), вимагають обов'язкового звернення до лікаря і лікування рецептурними препаратами.

➤ При лікуванні препаратами для зовнішнього застосування (насамперед кератолітиками - бензоїл пероксидом, третиноїном та ін.) у всіх випадках виникає період «уявного» первинного погіршення, що характеризується посиленням висипань, про який потрібно заздалегідь попередити пацієнта. «Уявне погіршення» може спостерігатися протягом перших двох тижнів лікування вугрів. Не рекомендується в цей період переривати або змінювати призначене лікування.

➤ На час «уявного погіршення» необхідно вжити заходів для зведення до мінімуму ризику розвитку подразнення шкіри. Ці заходи включають в себе: уникнення впливу сонячного світла після нанесення препаратів, миття гарячою водою безпосередньо перед нанесенням препарату, надмірного нанесення препарату, особливо на вологу шкіру. Препарати слід наносити на суху шкіру, щоб і запобігти відчуттю печії.

➤ При застосуванні препаратів бензоїл пероксиду, азелаїнової кислоти та ретинолу може виникнути відчуття поколювання, при тривалому застосуванні - почервоніння або лущення шкіри. Дані прояви не є алергічною реакцією, а свідчать про дію препарату. Якщо реакція надмірна, слід зменшити частоту застосування препарату.

➤ При попаданні розчину бензоїл-пероксиду на одяг його слід відразу прополоскати щоб уникнути знебарвлення тканини.

➤ Третиноїн покращує ефект бензоїл-пероксиду при комбінованому чергується використанні третиноїна вранці, а бензоїл-пероксиду - ввечері.

➤ Під час лікування третиноїном, бензоїл-пероксидом і азелаїновою ки-

слотою слід уникати перебування па сонце, так як ці препарати збільшують чутливість шкіри до ультрафіолетового опромінення.

➤ При лікуванні третиноїном часте умивання посилює місцевоподразнювальну дію препарату на шкіру.

➤ Курс лікування азелаїновою кислотою триває не менше 4-6 місяців.

➤ Місцеве застосування препаратів саліцилової кислоти не слід поєднувати з пероральним прийомом препаратів, що містять ацетилсаліцилову кислоту, та інших НПЗЗ.

➤ При тривалому застосуванні саліцилової кислоти можливо її всмоктування в загальний кровообіг і розвиток характерних для саліцилатів побічних ефектів: шум у вухах, запаморочення, болі в епігастрії, нудота.

➤ Резорцин може викликати знебарвлення шкіри у пацієнтів зі смаглявою шкірою.

➤ Калію гідрохінолін може викликати виражену сухість шкіри.

➤ Після застосування будь-яких препаратів для лікування вугрів слід ретельно вимити руки.

➤ Слід уникати потрапляння препаратів для лікування вугрів в очі.

➤ Загальні рекомендації:

➤ Утримувати шкіру в чистоті, але не зловживати частим миттям шкіри з милом (не частіше двох разів на день).

➤ Уникати надмірного впливу ультрафіолетових променів (не проводити багато часу на сонці).

➤ Правильно скласти раціон харчування - включати достатню кількість вітаміну А і вітамінів групи В.

➤ Знизити споживання йодовмісних продуктів («дари моря», йодована сіль).

➤ Не видавлювати прищі і «чорні точки» самостійно - існує висока ймовірність вдавнення вмісту глибоко в шкіру, а не на поверхню, що призводить до нагноєння глибоких тканин і утворення рубців.

➤ Не використовувати жирні креми, лосьйони, користуватися некомедогенною декоративною косметикою.

#### **IV. Опіки.**

Опіками називають ушкодження тканин, що виникають унаслідок дії термічних, фізичних і хімічних агентів.

#### **Алгоритм фармацевтичної опіки при опіках**

<b>№ з/п</b>	<b>Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта</b>	<b>Відповіді пацієнта/представника пацієнта</b>	<b>Рекомендації</b>
--------------	---	---	---------------------

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1	Чи проводились заходи самопомоги	ні	<p>При термічних опіках необхідно після припинення дії термічного агента охолодити уражену ділянку (холодною водою, снігом тощо), вжити заходів для запобігання забруднення опікової поверхні і захисту її від інфікування;</p> <p>При хімічних опіках уражену шкіру і слизові необхідно промити великою кількістю холодної води, а потім провести хімічну нейтралізацію відповідно до хімічних властивостей агента</p>
		так	<p>Якщо опіки поверхневі і займають невеликі ділянки тіла, рекомендувати провести первинну обробку місця ураження і призначити лікарські засоби для симптоматичного лікування опіків.</p> <p>Необхідно звернутись до лікаря, якщо опіки глибокі і займають значні ділянки тіла</p>
2	Чи отриманий термічний або сонячний опік впродовж доби	так	<p>При легкому ступені опіку після проведення первинних запобіжних заходів необхідно обробити уражену ділянку антисептичними засобами і нанести лікарські засоби ранозагоювальної і антибактеріальної дії для топічного застосування</p>
		ні	<p>При легкому ступені опіку</p>



№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
			призначити лікарські засоби ранозагоювальної дії для топічного застосування; при ознаках погіршення стану (на-явності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо) терміново звернутися до лікаря
3	Чи опік викликаний хімічним агентом	так	Необхідно звернутися до лікаря для надання допомоги і призначення лікування; якщо неможливо звернутися до лікаря негайно, вжити заходи по усуненню і нейтралізації хімічного агента, що викликав опік

### Класифікація опіків

Розрізняють термічні, хімічні і радіаційні опіки, а також опіки електро-струмом.

Термічні	Хімічні	Променеві	Електричні
Пара	Кислоти	Іонізуюче,	Електричний струм
Окріп	Солі металів	ультрафіолетове	
Розплавлений метал	Луги	випромінювання	
Полум'я			
Розжарені предмети			

Термічні опіки виникають по-різному, в залежності від джерела тепла:

- 1) конвекція — дія гарячої пари або газу;
- 2) проведення — при прямому контакті з нагрітими предметами або гарячою рідиною;
- 3) радіація — дія теплового випромінювання, в основному інфрачервоною частиною спектра.

Так, при моментальній дії навіть дуже високих температур глибина ура-

ження може бути невеликою. В той же час довготривалий контакт з відносно низькотемпературними агентами (гаряча вода, пара] нерідко супроводжується змертвінням не тільки шкіри, але й глибинних анатомічних структур. Інфрачервоні промені проникають у тканини на глибину до 5 мм, прогриваючи їх до 50-60 °С.

Згортання білка настає при 60-70 °С. Епідермальні клітини гинуть при 44 °С протягом 6 год.

Морфологічні зміни тканин залежать від рівня їх прогривання. Якщо воно не перевищує 60 °С, настає вологий (коліквацийний) некроз. При інтенсивнішому прогриванні тканин високотемпературними агентами тканини висушуються і розвивається сухий (коагуляційний) некроз.

Згубна дія електричного струму при його проходженні через тканини проявляється в електрохімічному і механічному ефектах. Ураження шкіри в місцях входу і виходу струму різні за формою й розміром залежно від характеру контакту із струмонесучими провідниками: від точкових «міток» струму до повного обвуглювання цілої кінцівки.

При проходженні електричного струму через тканини відбувається переміщення іонів у клітинах, настає коагуляція білків, утворюються гази і пара.

Хімічними опіками слід вважати тільки ураження речовинами, здатними за відносно короткий час призводити до змертвіння тканин. Таку здатність мають концентровані неорганічні кислоти, луги, солі важких металів.

Характеристика найбільш поширених опіків шкіри

При дії кислот настає коагуляція білків внаслідок іонізації карбоксильних груп, порушення пептидних зв'язків білкових молекул і розрив пептидних ланцюгів. Луги взаємодіють із жирами, омилують їх.

	Площа ураження	Глибина ураження шкіри	Характеристика опіків
Полум'я, розжарені предмети	Обмежена	Глибокі опіки	Опіки носять нерівномірний і плямистий характер. Утворюється сухий некроз
Окріп (гаряча пара)	Значна	Поверхневі опіки	Опіки носять рівномірний характер. Утворюється вологий некроз
Кислоти	Обмежена	Поверхневі опіки	Опіки носять рівномірний характер. Утворюється сухий струп
Луги	Обмежена	Глибокі опіки	Опіки носять рівномірний характер. Утворюється вологий струп

Електричний струм	Обмежені	Глибокі опіки	Міра і характер ураження залежать від кількості струму
-------------------	----------	---------------	--

На цей час у нашій країні використовують чотириступеневу класифікацію опіків, прийняту на XXVII Всесоюзному з'їзді хірургів у 1960 р.:

I ступінь — гіперемія шкіри;

II ступінь — утворення пухирів;

III А ступінь — омертвіння поверхневих шарів шкіри;

III Б ступінь — омертвіння глибоких шарів шкіри;

IV ступінь — омертвіння тканин, розміщених під шкірою.

I ступінь опіку — це омертвіння тільки епідермісу, характеризується почервонінням і набряком шкіри. Цю форму опіку зазвичай викликає опарювання кип'ятком або дія сонячних променів.

II ступінь опіку — ураження епідермісу і частково коріуму, характеризується почервонінням шкіри, набряком її і утворенням невеликих пухирів, наповнених серозною рідиною; якщо пухир зняти, то будемо бачити вологий блискучий рожевий або червоний шар, високочутливий до зміни температури, руху повітря і легкого дотику.

При опіку III А ступеня частіше спостерігаються великі, напружені або розкриті пухирі. Вміст пухиря рідинний або желеподібний насичено-жовтого кольору. При руйнуванні пухиря бачимо дно опікової рани рожевого кольору, вологе, больова чутливість при подразненні голкою збережена або дещо знижена. Цей ступінь може розвинутих при ураженні струмом. Уражене місце на вигляд біло-воскового, світло-жовтого або коричневого кольору.

Уражена шкіра при цьому досить м'яка і еластична. Поверхня опіку хоч і чутлива до надавлювання, але малочутлива до легкого дотику або поколювання.

Опік III Б ступеня характеризується наявністю пухирів з явно геморагічним вмістом. Якщо пухир розкритий, то дно його сухе, мутне, крапчатє, з окремими білими плямами або повністю біле, іноді з мармуровим малюнком.

Больова чутливість різко знижена або повністю відсутня. Якщо є опіковий струм, то він більш темний, жовтого, сірого або всіх відтінків коричневого кольору.

При опіку IV ступеня наявний коричневий або чорний різної товщини і щільності опіковий струп, крізь який можуть проглядати тромбовані кровоносні судини. При такому ступені опіку щільний некротичний струп, особливо розміщений циркулярно на кінцівках або грудній клітці, часто призводить до

здавлення глибоких набряклих тканин.

В оцінці важкості ушкодження, крім глибини опіку, важливе значення має визначення його площі, яка виражається в процентах до загальної поверхні тіла. З цією метою використовують правило дев'яток, згідно з яким площа голови і шиї і кожної верхньої кінцівки рівна 9 %, передня, задня поверхня тулуба і кожна нижня кінцівка — 18 %, промежина — 1 %. Площа долоні у дорослої людини складає приблизно 1 % від загальної поверхні тіла, тому для швидкого визначення площі опіку використовують паперовий шаблон, який відповідає кисті хворого.

Для документації і підрахунку площі опіку найчастіше використовують схему Вілявіна. На зображенні силуету людини контури опіку наносяться на схему різнокольоровими олівцями.

I ступінь позначають жовтим кольором, II ступінь — червоним, III А ступінь — синіми смужками, III Б ступінь - повністю синім, IV ступінь — чорним.

При обмежених опіках загальна реакція на травму мало виражена, тоді як глибокі і великі опіки шкіри, а також слизових оболонок органів дихання викликають цілий ряд патологічних змін в організмі і проявляються картиною опікової хвороби. По класифікації, прийнятій в нашій країні, розрізняють 4 періоди перебігу опікової хвороби.

I. період — опіковий шок. Виникає при наявності глибоких опіків на площі 15-20 % поверхні тіла, особливо при одночасному опіку органів дихання. Тривалість його до 2 діб.

II. період — гостра опікова токсемія, триває 8-12 діб.

III. період — септикотоксемія, залежить від важкості опіку, ускладнень, які приєдналися, і характеру лікувальних заходів, може тривати від 2-3 тижнів до 2-3 місяців. При недостатньому активному і адекватному лікуванні в цей період може розвиватися опікове виснаження, яке потребує максимум зусиль для його корекції.

IV. період — реконвалесценція.

При наданні першої допомоги потерпілим важливе значення має якомога швидше нейтралізація дії теплового агента.

Винести хворого з вогню, погасити палаючий одяг ковдрою або водою, швидко зрізати залишки одягу. Якщо є можливість, підшкірно ввести знеболювальні (промедол). В перші 15-20 хв. для зняття болю і охолодження опікової поверхні ефективніший холод (сніг, лід, струмінь холодної води, рушник або простирadlo, змочені холодною водою). Але при опіках понад 15-20 % надмірне охолодження небезпечно з огляду на можливість фібриляції шлуночків серця.

При термохімічних опіках (гарячий бітум) змиваємо бензином або керосином. На хімічний опік кислотою накладають примочку із розчину луґу (питна сода).

Постраждалого потрібно напоїти соляно-лужною сумішшю (на 1 л води 1 ч.л. солі + % ч.л. соди). Хворі з опіками до 10 %, при задовільному стані і можливості пересуватися самостійно, направляються у травмпункт або поліклініку.

Показаннями до стаціонарного лікування є:

1. опіки I—II ступенів більше 10 % тіла, а також глибокі опіки;
2. опіки органів дихання, обличчя і шиї;
3. опіки кисті, стопи, великих суглобів, промежини;
4. опіки, які поєднуються з іншими видами пошкоджень, а також які виникають на фоні супутніх захворювань серцево-судинної, дихальної та ін.

Розрізняють три ступені опікового шоку:

I ступінь — легкий опіковий шок.

II ступінь — важкий.

III ступінь — вкрай важкий.

Легкий опіковий шок розвивається у дорослих при загальній площі опіку не більше 20 % поверхні тіла, із них глибоких опіків не більше 10 %. У дітей залежно від віку, легкий ступінь може розвинутиися при меншій площі опіку.

Загальний стан хворих середньої важкості, свідомість ясна, хворі спокійні. Шкіра бліда, може бути м'язовий тремор, іноді трясовиця. Пульс доброго наповнення, 90-100 за хв., ритмічний, АТ нормальний. Температура тіла нормальна або субфебрильна.

Тяжкий опіковий шок виникає при загальній площі опіку до 40 %, із них глибокі опіки до 20 %. Стан хворих важкий. Свідомість збережена, скарги на біль в місці опіку. Протягом 1-2 годин відзначається збудження, тривога, яка потім змінюється загальмованістю. Температура тіла нормальна або понижена. Відзначається озноб, посмикування м'язів. Хворі відчувають спрагу. Здорова шкіра бліда, суха, холодна. Характерна синюшність губ, вушних раковин, периферичних відділів кінцівок. Пульс частий 100-120 за хв., АТ знижується. Дихання прискорене. Буває нудота, блювота. Порушується функція нирок. На 20-30 % знижується ОЦК. Ознаки порушення обмінних процесів у міокарді. Зростає питома вага сечі, відзначаються гематурія, альбумінурія.

Вкрай тяжкий опіковий шок розвивається при загальній площі опіку 60 % і наявності глибокого опіку більше 40 %. Загальний стан хворих вкрай важкий. Свідомість сплутана, різко пригнічені функції всіх органів і систем. Шкіра холодна, бліда, мармурова. Пульс частий, слабкого наповнення, іноді не прощупується. АТ падає. Температура тіла нормальна або понижена. Вираже-

на задишка і ціаноз. Гемоглобін крові 200-240 г/л, гематокрит 60-70 %, еритроцити 7-7,5-1012/л. Виражена спрага, часта блювота, парез кишечника. Виражений ацидоз.

Протишокову терапію починають із введення обезболюючих засобів у поєднанні з антигістамінними (1 мл 2 % промедолу + 1 мл 1 % димедролу). В умовах стаціонару хворому вводиться три постійні катетери — один у сечовий міхур для контролю діурезу, інший — в одну із центральних вен для інфузійної терапії та контролю ЦВТ, і третій — через ніс для подачі зволоженого кисню.

Для боротьби з гіповолемією використовують препарати крові (плазма, альбумін, протеїн), а також синтетичні колоїди. Для корекції водно-сольового обміну призначають розчин Рінгера - Локка.

Розрахунок інфузії кристалоїдів і колоїдів — 2 мл кристалоїдів і 1 мл колоїдів на 1 % опіків і 1 кг маси тіла. Адекватність проведеної терапії визначають за діурезом та ЦВТ, а також за рівнем натрію в крові. Після відновлення об'єму циркулюючої крові призначають осмотичні діуретики (манітол, сечовину).

Хворим дають пити гарячий міцний чай, каву, рекомендується вживати соляно - лужну суміш. Для профілактики набряку легень вводять внутрішньовенно 2,0 % р-н еуфіліну; 0,5 мл 0,06 % р-ну корглікону, 10 мл 10 % р-ну кальцію хлориду.

Із гормональних препаратів призначають по 50-100 мг гідрокортизону 2-3 рази в день.

Період опікового шоку у тяжкохворих триває 2-3 доби. І настає період опікової токсемії, через всмоктування із зони опіку токсичних речовин. Триває період токсемії від 2-4 діб до 10-15. Кінець цього періоду співпадає із вираженим нагноєнням опікових ран. Характерна для періоду токсемії лихоманка 38-39 °С без ранкових ремісій. Тривалість лихоманки залежить від глибини ураження.

У хворих із опіками III Б — IV ступеня відзначається і третій період опікової хвороби — септикотоксемія. Оскільки ці періоди опікової хвороби характеризуються анемією, втратою організмом білка та циркуляцією в крові великої кількості токсинів, лікування направлене на ліквідацію цих ускладнень.

Переливання крові проводять 2-3 рази на тиждень по 500 мл, а також переливають плазму, розчини альбуміну, протеїну, неогемодезу, серотрансфузин, білкові гідролізати. Призначається також антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламідні препарати).

Після виведення хворого з шоку, під знеболенням наркотичними анальгетиками або загальним наркозом приступають до обробки опікових ран. Тампонами, змоченими антисептичними розчинами, обмивають від забруднення



- Хімічний опік глотки, гортані, стравоходу, очей

### **Засоби для нейтралізації хімічного агента, що викликав опік**

Хімічний агент	Нейтралізуючий засіб і спосіб його застосування
Азотна, хлористоводнева, фтористоводнева кислоти	Примочки з 3 % розчином натрію гідрокарбонату
Карболова кислота	Пов'язки з вапняним молоком або гліцерином
Луги	Пов'язки і/або примочки зі слабкими кислотами (1-3 % розчин оцтової або лимонної кислоти)
Вапно	Примочки з 20 % розчином глюкози (цукру)
Фосфор	Пов'язка з 5 % розчином міді сульфату (мідного купоросу)
Алюмінійорганічні сполуки	Видаляти тампоном, змоченим бензином або спиртом. При промиванні водою можливий спалах!
Солі важких металів	Пов'язки з 3-5 % розчином натрію гідрокарбонату

#### ***При сонячному опіку:***

- Порушення свідомості.
- Сухість у роті, зниження або відсутність сечовиділення.
- Підвищення температури тіла вище 39,0 °С.
- Утворення міхурів більше 5 см в діаметрі на великих ділянках шкіри.
- Сильний біль у місці опіку.

#### **Фармацевтична опіка при лікуванні термічних опіків**

- Будь-які опіки у дітей до 1 року вимагають консультації лікаря.
- Недопустимо самостійно розкривати міхурі, оскільки підвищується ризик приєднання інфекції і відбувається гальмування регенерації.
  - При сонячних опіках необхідне рясне пиття.
  - При лікуванні опіків по можливості не слід користуватися лікарськими препаратами, що містять місцеві анестетики, оскільки вони можуть гальмувати загоєння і викликати алергічну реакцію.
    - Обпалену ділянку необхідно оберігати від дії високої температури, сонця.
    - При лікуванні опіків перевагу віддають препаратам, що містять декспантенол. При застосуванні актовегіну, солкосерилу можуть спостерігатися локальні больові відчуття, які не вимагають відміни препарату.
    - В окремих випадках при застосуванні декспантенолу можуть спостерігатися шкірно-алергічні реакції.
    - Засоби для нейтралізації хімічного агента, що викликав опік
    - При застосуванні метилурацилової мазі, мазіетонію можуть спостерігатися шкірно-алергічні реакції.



## **Фармацевтична опіка при лікуванні хімічних опіків**

- Промивання опікової поверхні водою слід проводити не менше 10-15 хвилин, а якщо допомогу розпочато із запізненням — не менше 1 години.
- При хімічних опіках категорично протипоказане накладення жирових пов'язок або мазей на жировій основі — агресивна речовина може виявитися жиророзчинною, що прискорить і підсилить її дію і може спричинити системне токсичне ураження.
  - Якщо опік викликаний органічними сполуками алюмінію, слід промивати уражену ділянку етиловим спиртом або бензином — при змиванні водою можливе займання.
  - Якщо опік викликаний сірчаною кислотою, промивати водою не можна — при взаємодії з водою виділяється тепло і посилюється опік.
  - При опіках фосфором його остаточне видалення з ураженої поверхні слід проводити в темному приміщенні, оскільки на світлі частинок фосфору не видно.

## **V. Відмороження**

Відмороження — це місцеве ушкодження тканин, викликане дією на них низьких температур. Місцеві та загальні зміни в організмі при відмороженнях зумовлені спазмом периферичних судин, що є компенсаторною реакцією, спрямованою на зменшення теплової віддачі та підтримання оптимальної температури тіла. При тривалій дії холодого агента цей механізм компенсації швидко виснажується, що супроводжується формуванням внутрішньосудинного тромбозу, нервово-трофічним та обмінними порушеннями в тканинах і в кінцевому результаті — розвитком у них некротичних змін.

Залежно від умов, при яких виникає вражаюча дія холоду, відмороження поділяють на 3 види:

1. Відмороження, які виникають при температурі нижче  $0^{\circ}$ , що характеризується переважним ураженням пальців кінцівок, носа, шік, підборіддя, носа.
2. Відмороження, які виникають при температурі вище  $0^{\circ}$  в результаті тривалої дії низької температури в поєднанні з високою вологістю.
3. Відмороження контактного характеру, які виникають при притисненні до сильно охолоджених металевих предметів.

Залежно від глибини ураження тканин виділяють 4 ступені відмороження:

I ступінь — уражується тільки поверхневий шар епідермісу з оборотними порушеннями кровообігу. Виникає при нетривалій дії холоду. Спостерігається блідість шкіри, зниження чутливості на невеликий біль. При подальшому охолодженні шкіра повністю втрачає чутливість. Після відігрівання ура-

жені ділянки шкіри червоніють і відзначається припухлість, з'являються пекучий біль та свербіж.

II ступінь — уражується як епідерміс, так і розташовані під ним шари шкіри - різко бліда шкіра при відігріванні стає багряно-синюшною, на ділянках відмороження та біля нього виникають набряк та пухирі, заповнені світлою або кров'янистою рідиною. Біля пухирів шкіра темно-синюшна з багряними або фіолетовими плямами.

III ступінь — некроз шкіри на всю її глибину. При цьому спостерігається виражений набряк оточуючих тканин, темно-багряні пухирі, які містять геморагічну рідину; в тканинах утворюються кристали льоду. Це спостерігається при тривалому охолодженні та низьких температурах.

IV ступінь — спостерігається така ж картина відмороження, що і при третьому ступені, але проходить відмороження не тільки м'яких тканин, але й кісток. Закінчується відторгненням ураженої частини тіла.

«**Загрозливі**» симптоми при відмороженнях, які потребують обов'язкового втручання лікаря

- Біль, який не зменшується при відігріванні.
- Набряклість відморожених частин тіла.
- Поколювання або печіння шкіри.
- Ціанотичний колір шкіри (після зміни від білого до червоного).
- Утворення пухирів.
- Загальні розлади: тремтіння, невиразна мова, втрата пам'яті.

Лікування

При відмороженнях лікування полягає в максимально швидкому відігріванні уражених холодом ділянок шкіри з метою відновлення кровообігу в цих зонах.

Кращим методом зігрівання тканин при відмороженнях є занурення уражених частин тіла в воду при температурі 0...+4 °С до парестезій (відновлення чутливості), а далі підвищувати температуру води на 1-2 градуси кожні 15-20 хвилин до 35-36 градусів. Після цього відморожену частину тіла слід акуратно висушити, накласти асептичну пов'язку та покрити теплим одягом. Під час зігрівання уражених ділянок може з'явитися сильний біль. У цьому випадку можна прийняти анальгетики (парацетамол, аспірин).

Замерзання спостерігається при тривалому перебуванні людини при температурі нижче 14 градусів у стані порушеної терморегуляції (алкогольне сп'яніння, отруєння). Розрізняють 4 стадії загального охолодження:

I. ступінь — свідомість дещо сплутана, хворий збуджений, скаржиться на озноб, біль у кінчиках пальців.

II. ступінь — хворий апатичний, свідомість пригнічена (сопор), рефлекси

послаблені, відзначається ригідність м'язів.

III. ступінь — свідомість відсутня, зіниці розширені, реакція їх на світло в'яла, пульс ниткоподібний, частота дихання та серцебиття різко знижені, шкіра стає синюшною.

IV. ступінь — зіниці широкі, на світло не реагують, пульс визначається тільки на сонній артерії.

Невідкладна допомога при переохолодженні:

➤ помістити в тепле приміщення, укрити, обкласти теплими грілками, напоїти

➤ гарячим чаєм.

➤ ушкоджені кінцівки занурити у воду при температурі 0...+4 °С до парестезій, а далі підвищувати температуру на 1-2 градуси кожні 15-20 хвилин до температури 35-36 градусів;

➤ при III та IV стадіях — терміново у стаціонар.

Фармацевтична опіка при лікуванні відморожень

➤ У жодному випадку не слід розтирати відморожену ділянку снігом — дрібні кристали льоду травмують шкіру, а бруд, що міститься в снігу, сприяє інфікуванню.

➤ Не слід занурювати відморожені ділянки тіла в холодну воду.

➤ При зігріванні слід стежити, щоб відморожена тканина не була пошкоджена додатково.

➤ Якщо відмороження відбулося у дитини, слід обов'язково показати її лікарю.

## **VI. Грибкові захворювання шкіри**

Мікози загальна назва групи інфекційних захворювань шкіри, в етіології яких вирішальне значення має різноманітна грибкова флора. Не менше 30% працездатного населення України мають грибкові захворювання, в деяких соціальних групах (військовослужбовці, спортсмени, шахтарі) мікози стоп виявляється з частотою від 20 до 50%. На сучасному етапі відзначається тенденція до зростання захворюваності грибковою інфекцією, відбуваються значні зміни в клінічній картині і перебігу хвороб, видовому складі збудників, розвивається стійкість до раніше ефективним засобам терапії.

Частота грибкових інфекцій підвищується з ряду причин:

➤ широке застосування антибактеріальних препаратів широкого спектру дії імунодепресантів та інших засобів, що знижують здатність сапрофітної флори людини перешкоджати надмірного росту патогенних грибів;

➤ збільшення кількості хворих з імунодефіцитними станами, зумовленими вродженими чи набутими порушеннями імунітету на тлі екологічних та

інших екзогенних впливів;

- еволюція патогенних і умовно-патогенних грибів;
- міграція великих груп населення;
- недостатність медичної допомоги, особливо епідеміологічного контролю.

Ураження грибками має загальнотоксичний і сенсibiliзуючий вплив на організм, призводить до розвитку алергічних захворювань, погіршує перебіг хронічних процесів. Тривало існуючі мікози стоп сприяють підвищенню в 2-3 рази частоти екзематозних ускладнень, лікарської непереносимості, бактеріальних ускладнень, включаючи бешихоподібне запалення з його тяжкими наслідками. Мікотична інфекція є маркером різних імунодефіцитних станів, у тому числі ВІЛ-інфекції, цукрового діабету, пухлинної патології та інш.

Основну роль в етіології грибкових захворювань шкіри грають три групи збудників:

- дерматофіти (гриби пологів *Trichophyton* - *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *T. violaceum*, та ін, *Microsporum* - *M. canis*, *M. ferrugineum* і інш., *Epidermophyton* - *E. floccosum*, *E. inguinale*);
- дріжджоподібні гриби роду *Candida* (*C. albicans*, *C. tropicalis* і т. д.);
- цвілі (гриби пологів *Fusarium*, *Aspergillus*, *Alternaria* і т. п.).

Джерела зараження: хвора людина, тварина (зазвичай кошенята, цуценята) або ґрунт.

Шляхи передачі збудника: прямий і непрямий контакт з хворими і різними предметами, інфікованими грибками.

Ендогенні та екзогенні фактори, що сприяють виникненню мікозів:

- вік;
- механічне пошкодження шкіри і слизових оболонок;
- деякі анатомічні дефекти: порушення периферичного кровообігу, обміну речовин і гормонального статусу;
- загальні важкі захворювання;
- дисбактеріоз;
- підвищена пітливість;
- лікування кортикостероїдами, цитостатиками, антибіотиками;
- носіння закритого взуття;
- підвищена вологість і температура;
- контакт з джерелами інфекції під час роботи.

Найбільш частими є мікози, обумовлені дерматофітами (дерматофітії або дерматоікози), рідше зустрічаються мікози, що викликаються дріжджоподібними (кандидози) і пліснявими грибами (чорна пьедра, чорний лишай та ін.)

Дерматофітії залежно від переважного ураження шкіри, волосся або нігтів підрозділяють на епідермомікози, трихомікози і оніхомікози.

До епідермомікозів належать такі грибкові ураження шкіри:

➤ дерматофітія обличчя - ушкоджується шкіра обличчя у вигляді плями або бляшки рожевого або червоного кольору, будь-якого розміру з чіткими межами, піднятими краями, дозволом в центрі і слабо вираженим лущенням;

➤ дерматофітія тулуба - дрібні або великі еритематозні бляшки, які лущаться, з пухирцями і гнойничками по периферії розташовуються на будь-якій ділянці шкіри (за винятком стоп, кистей і пахової області). Периферичний зростання елементів і дозвіл висипань в центрі призводять до утворення дуг і концентричних кілець;

➤ пахова дерматофітія характеризується наявністю великих червонуватих або буруватих бляшок, які лущаться, дугоподібної, поліциклічної форми, які захоплюють внутрішні поверхні шкіри стегон, лобкову та пахову області. Краї бляшок чіткі і підняті, з вузликами і гнойничками;

➤ дерматофітія стоп має кілька клінічних різновидів. Запальний процес може локалізуватися між пальцями стоп, шкіра мацерована, утворюються болючі тріщини, ерозії. У разі поширення процесу на шкіру зводу стопи на еритематозно-набряковому тлі формуються поверхневі або достатньо глибоко розташовані пухирці (ізолювані або багатокімнатні), що містять прозору рідину. Після розтину везикул або пустул утворюються ерозії з нерівними краями. При підошовній дерматофітії на шкірі підошви або бічних поверхонь стопи виникає еритема з чіткими межами і дрібними вузликами по краях, на поверхні - муковидне лущення, зроговіння;

➤ дерматофітія кистей часто поєднується з дерматофітією стоп, пахової дерматофітією і супроводжується сверблячкою. Нерідко буває уражена тільки одна рука. На долонній поверхні кисті виникають вузлики, пухирці, які розкриваються з утворенням ерозій або розвивається рівномірний зроговіння долонь з помітним лущенням в складках.

Трихомікози залежно від локалізації поділяють на дерматофітію волосистої частини голови, дерматофітію бороди та вусів.

Дерматофітію волосистої частини голови викликають дві групи збудників: гриби-ектотрікси, що вражають зовнішню частину волосся (*Microsporum* spp.) і гриби-ендотрікси, що вражають мозкову і кіркова речовину стрижня волосся (*Trichophyton* spp.). При ураженні волосся грибами-ектотріксами на волосистій частині голови з'являються місця облісіння, покриті лусочками і схожі на сірі плями. Волосся стає крихкими і обламуються трохи вище рівня шкіри. Дрібні вогнища зливаються в більші, запальна реакція шкіри у вогнищах виражена незначно. При трихомікозах, що викликаються

грибами-ендотріксами, розрізняють кілька клінічних форм. При чорнокрапковій дерматофітії на волосистій частині голови з'являються вогнища, що не мають чітких меж і тенденції до злиття. Шкіра вогнищ злегка гіперемована та набрякла, покрита лусочками сірувато-білого кольору. Пошкоджене волосся обламується на рівні 2-3 мм від поверхні шкіри або у самого кореня (має вигляд чорних крапок). У випадку керіону розвиваються болючі вузли або бляшки, м'які на дотик, з отворів волосяних фолікулів, з яких, виділяється гній. Уражене волосся не ламається, а розхитується та випадає. Після загоєння виникає рубцева алопеція. При фавусі виникають скутули - товсті, спаяні з шкірою жовті кірки блюдцеподібної форми, з яких стирчить решта волосся. Характерний неприємний «мишачий» запах. У результаті процесу - атрофія шкіри, рубцева алопеція.

При дерматофітії бороди та вусів з'являються запалені вузлики або гнійнички навколо устя волосяних фолікулів, які можуть зливатися з утворенням бляшок. Уражені волосся розхитані, легко видаляються пінцетом чи обламуються на рівні шкіри.

**Онїхомікоз** - ураження нігтів кистей і стоп, викликають не тільки дерматофіти, але й дріжджові і цвілеві гриби. Нігті на ногах страждають набагато частіше, ніж на руках, «улюблена» локалізація - великі пальці і мізинці стоп. Розрізняють декілька варіантів онїхомікозу залежно від місця проникнення збудника.

При дистально-латеральному онїхомікозі біляста пляма з чіткими межами примикає до вільного або бічному краю нігтьової пластинки. З часом пляма набуває жовтий, коричневий або чорний відтінок, ніготь втрачає прозорість, потовщується і підводиться або відділяється від нігтьового ложа, тріскається, кришиться.

Білий поверхневий онїхомікоз представлений молочно-білою плямою в проксимальній частині нігтьової пластинки, яке росте і може привести до руйнування нігтя. При проксимальному піднігтьові онїхомікозі біла пляма з'являється з-під нігтьового валика, поступово заповнює луночку і рухається в дистальному напрямку, захоплюючи майже всю внутрішню поверхню нігтьової пластинки.

**Кандидоз**- захворювання шкіри, слизових оболонок, нігтів і внутрішніх органів, обумовлене грибами роду *Candida*, що відносяться до умовно-патогенних мікроорганізмів. Найчастіше зустрічаються поверхневі форми кандидозу шкіри та слизових оболонок порожнини рота і статевих органів (ураження великих складок і міжпальцевих проміжків, онїхії та паронїхії, кандидоз ротової порожнини, кандидоз кутів ротової порожнини, зовнішніх статевих органів - вульво-вагініт у жінок, баланіт і баланопостит у чоловіків).

Кандидоз складок починається з появи дрібних пухирців з тонкою покриткою, незабаром після їх розтину утворюються ерозії, швидко збільшуються в розмірах. Ерозивні ділянки малинового кольору з фіолетовим відтінком, їх волога поверхня має лакований блиск. Ерозія та мацерація обмежуються, як правило, поверхнями складок, що стикаються одна з іншою. На прилеглий, до основних вогнищ, шкірі майже завжди можна виявити в тому чи іншому кількості «відсів» у вигляді дрібних пухирців, гнійників. Найчастіше вражаються міжпальцеві складки кистей, зазвичай на правій руці. У жінок кандидозмежсідничної та пахово-стегнової складок часто поєднується з ураженням геніталій, супроводжується болісною сверблячкою.

Кандидоз нігтів починається з кандидозної пароніхії, частіше кистей. Нігтьові валики стають болючими, набряклими, гіперемованими. З часом нігтьова пластинка втрачає прозорість, стає білою, жовтою або чорною, на ній з'являються поперечні борозни.

***Різнобарвний лишай*** (малосезіоз шкіри) - поверхнєве, хронічно рецидивуюче захворювання шкіри та її придатків, обумовлене дріжджоподібними грибами роду *Malassezia*. (*M. furfur*)

Клінічні прояви малосезіоза шкіри різноманітні і залежать не стільки від виду гриба, стільки від реакції організму хворого. «Улюбленими» місцями локалізації висипань є шкіра верхньої частини грудей і спини, рідше - шиї, плечей та живота. Часто прояви мікозу визначаються на волосистій частині голови, особливо у дітей, але волосся при цьому не уражаються. Розвиток типової форми різнобарвного лишая починається з появи на шкірі незапальних, різко обмежених, круглої і неправильної форми плям, розміром з шпилькову голівку, їх колір варіює від жовтувато-рожевого до світло-і темно-коричневого. На поверхні висипань визначається дрібне, мучнисте лущення, легко викликається пошкрябуванням. Поступово плями збільшуються в розмірах, зливаються, утворюють фестончаті вогнища розміром до 2 см і більше в діаметрі.

Захворювання може тривати роками, нерідко рецидивує після лікування. Суб'єктивні відчуття зазвичай відсутні. Після сонячної засмаги висипання швидко зникають, шкіра на їх місцях не пігментує, на ній з'являються білі плями.

Вирішальне значення в діагностиці мікозів, викликаних дерматофітами та дріжджоподібними грибами, мають мікроскопічне або культуральне дослідження збудників з вогнищ ураження, при необхідності використовуються люмінесцентний і гістологічний методи.

«Загрозливими» симптомами, які вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, при мікозах є:

- поява пухирців на шкірі стоп з гнійним вмістом, лимфангоїту та лим-

фаденіту, підвищення температури тіла;

- поява вогнищ облісіння на волосистій частині
- голови, особливо у дітей;
- поява свербіжув, висипань (плям, пухирців, вузликів) на шкірі як у безпосередній близькості від вогнища, так і віддалених від нього;
- поразка нігтьових пластин кистей або стоп.

Загальні рекомендації для пацієнтів з грибковими інфекціями шкіри

Зважаючи на контагіозність захворювань грибкової етіології, при появі змін на гладкій шкірі, волосистій частині голови, нігтях, слід застосовувати заходи, які знижують ймовірність передачі інфекції:

- відмовитися від відвідування громадських лазень, сауни, плавального басейну, спортивного залу, перукарні;
- при наявності в сім'ї хворого мікозом не слід користуватися загальним взуттям;
- у ванній кімнаті доцільно користуватися гумовим килимком, який слід дезінфікувати після кожного миття;
- необхідно провести дезінфекцію взуття хворого
- мікозів стоп і оніхомікозів.

### **Загальні підходи до лікування грибкової інфекції**

Лікування має бути комплексним і включати використання етіотропних засобів: фунгістатичних (пригнічують життєдіяльність грибків) і фунгіцидних (знищують грибки); усунення факторів, що сприяють розвитку мікозів або виникають у процесі перебігу хвороби (патогенетична терапія), а також препаратів, що впливають на об'єктивні і суб'єктивні симптоми захворювання (симптоматична терапія). Лікування проводиться тільки після лабораторного підтвердження діагнозу і за призначенням лікаря.

Протигрибкові засоби використовуються для загального і зовнішнього лікування мікозів. Показаннями для призначення системних антимікотиків є Трихомікози, оніхомікози, епідермомікози при великому ураженні, значною запальною реакцією, неефективності засобів зовнішньої терапії.

Протигрибкові препарати для зовнішнього застосування рекомендуються тільки при ураженні гладкої шкіри, деякі з них застосовуються для лікування оніхомікозу (лак, набір для нігтів). До переваг зовнішньої терапії відносяться безпосередній вплив на область поразки, мінімізація побічних ефектів, а також можливість застосування у пацієнтів, яким протипоказана системна терапія.

### **Фармацевтична опіка при застосуванні протигрибкових препаратів місцевої дії**

- Лікування навіть безрецептурними зовнішніми засобами протигриб-



кової дії можливо тільки після встановлення діагнозу лікарем і під його наглядом.

➤ Найбільш часто для лікування використовують азольні сполуки. Застосовувати препарати необхідно в точній відповідності з інструкцією. Препарати наносять на вогнище ураження і навколишню шкіру (захоплюючи не менше 2 см), застосовують зазвичай 1-2 рази на добу протягом 2-4 тижнів. Після зникнення симптомів лікування продовжують ще протягом 1 тижня.

➤ Після закінчення протигрибкової терапії необхідно проводити проти-рецидивне лікування, яке полягає в обтиранні шкіри протягом 1 місяця 2% салициловим спиртом і припорошуванні 10% борної пудрою, пудрою толміцетіна, батрафен.

➤ При вираженій запальної реакції шкіри у вогнищах ураження слід віддавати перевагу препаратам протигрибкової дії в комбінації з кортикостероїдами, при приєднанні, піококової інфекції - в комбінації з антибіотиками.

➤ Ефективність зовнішнього лікування мікозів стоп залежить не тільки від вибору лікарського препарату, а й від правильного послідовного застосування різних лікарських форм відповідно до характеру запальної реакції.

➤ При використанні препаратів цієї групи можливі шкірні реакції (свербіж, почервоніння шкіри, лущення), які зазвичай самостійно проходять. При стійких зміни шкіри слід звернутися до лікаря, так як це може свідчити про непереносимість активного або допоміжних компонентів препарату.

➤ Лікарські засоби для зовнішнього лікування призначаються вагітним і годуючим жінкам за суворими показаннями.

➤ Препарати антимікотичної дії для зовнішнього лікування практично не володіють системною дією.

➤ Раціон харчування хворого мікозом повинен містити достатню кількість вітамінів С, А, групи В.

## **VII. Себорея та лупа**

Себорея - патологічний стан, пов'язаний з дисфункцією сальних залоз і зміною хімічного складу їх секрету (шкірного сала). Себорея та асоційовані з нею захворювання шкіри, волосся є однією з актуальних проблем у зв'язку з широкою поширеністю в популяції (4-7% населення), високою питомою вагою серед дерматозів (10-12%), складністю механізму розвитку і недостатньою ефективністю терапії.

Секрет сальних залоз (тригліцериди, фосфоліпіди, холестерол, сквален та ін), змішуючись з ліпідами епідермісу, є частиною водно-ліпідної мантії, яка оберігає шкіру від висихання, шкідливого впливу навколишнього середовища, інфекції, забезпечує еластичність шкіри.

Перші ознаки себореї можуть з'явитися в ранньому дитинстві у вигляді

себорейного дерматиту, однак найчастіше вони виникають в період статевого дозрівання при гіперсекреції сальних залоз на тлі вікової гормональної перебудови організму в результаті порушення фізіологічної рівноваги між естрогенами та андрогенами при збільшенні чоловічих статевих гормонів. У похилому і старечому віці сальна секреція значно зменшується.

При себорейі відбуваються такі процеси:

- гіперплазія сальних залоз і гіперпродукція шкірного сала, посилене зроговіння вивідних проток;
- зміна складу шкірного сала в основному за рахунок збільшення вмісту в ньому вільних жирних кислот, що мають подразнюючу та комедогенну дію;
- зниження бактерицидних властивостей шкірного сала створює умови для розмноження мікрофлори і трансформації сапрофітних мікроорганізмів в патогенні.

**Себорея є причинним фактором або фоном для розвитку:**

- лупи;
- вугрової хвороби;
- себорейного дерматиту;
- деяких форм випадіння волосся;
- розацеа (рожеві вугри).
- Факторами, що сприяють розвитку себорейі, є:
- генетична схильність;
- стать і вік (частіше хворіють чоловіки 14-25 років);
- розлади функціональної активності ендокринних залоз гіпоталамуса, гіпофіза, надниркових залоз, щитовидної і статевих залоз;
- стреси та перевтома, захворювання нервової системи (епідемічний вірусний енцефаліт, токсичні ураження головного мозку і т. ін.);
- патологія шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний гепатит, холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, коліт, дисбактеріоз);
- інфекційні агенти (активація симбіотичної мікрофлори усть сальних залоз *Malassezia furfur*, стафілококи білий і золотистий, коринебактерії акне);
- вогнища хронічної інфекції (хронічний тонзиліт, аднексит, гайморит, карієс і т. ін.);
- гіповітаміноз (особливо В6, А), нестача цинку в організмі, незбалансоване харчування.

Клінічні прояви себорейі розвиваються в зонах, найбільш багатих сальними залозами - волосиста частина голови, Т-подібна зона обличчя, груди, спина. Відповідно до клінічної картини і перебігом виділяють себорею жирну (густу та рідку), суху і змішану.

Перші ознаки *жирної себореї* проявляються різким посиленням екскреції сальних залоз на шкірі обличчя, грудей, волосистої частини голови. Шкіра жирна, блискуча, вивідні протоки сальних залоз розширені, на волосистій частині голови безліч жовтувато-білих лусочок. Густа форма жирної себореї характеризується ущільненням, зниженням еластичності шкіри, буро-сіруватою забарвленням, виникненням комедоноів (чорні вугрі), міліумів (білі вугрі), вузликкових і гнійничкових висипань, атером. При густій формі жирної себореї волосся густе, грубі, жорсткі, у жінок часто виникає гірсутизм. При рідкій формі жирної себореї шкіра носа, щік, складок між ними нагадує апельсинову кірку, лисніє, з розширених проток сальних залоз в надлишку виділяється шкірне сало, утворюються «чорні крапки» (псевдокомедони). Волосся на голові блищить, має вигляд змазаних маслом, склеюються в пасма, безліч жовтуватих лусочок розташовується на шкірі волосистої частини голови, можливий розвиток облісіння. У частини хворих рідкої себореєю виникають звичайні вугри переважно по краю обличчя, при тяжкому перебігу - на шкірі грудей і спини.

*Суха себорея* розвивається під впливом різних причин: неправильний догляд за шкірою обличчя (часті вмивання гарячою водою з милом), вікові особливості, вплив атмосферних факторів та інше. При сухій себореї екскреція сала знижена, рогові сірувато-білі або жовтувато-сірі лусочки (лупа) майже суцільно покривають шкіру голови, легко відокремлюються і забруднюють волосся. Луцення розвивається, як правило, в потилично-тім'яної області або по всій поверхні голови. Волосся зазвичай сухі, тонкі, ламкі, з розщепленими кінцями. При цій формі себореї на шкірі розгинальних поверхонь кінцівок і бічних поверхнях тулуба може виникати фолікулярний кератоз, плями рожевого або червоного кольору, вкриті дрібними лусочками.

*Змішана себорея* є комбінованою формою, при якій симптоми жирної себореї спостерігаються в області шкіри обличчя, а сухої себореї - в області волосистої частини голови (лупа).

Найчастіше лупа є супутницею себореї, різнобарвного лишая, себорейного дерматиту, але може також супроводжувати порушення обмінних процесів в організмі, функцій шлунково-кишкового тракту, стреси, неповноцінне харчування, неправильний догляд за волоссям (використання лужних шампунів, часта укладка волосся феном). За останніми науковими даними, провідну роль у патогенезі лупи грає дріжджоподібних грибок *Pitysporum ovale* (*Malassezia furfur*). Він використовує виділення сальних залоз в якості джерела живлення і чудово адаптується для життя на поверхні волосистої частини голови. *Pitysporum ovale* розщеплює шкірне сало, вивільняючи жирні кислоти з тригліцеридів. Проникнення модифікованих сальних секретів в епідерміс призводить до запалення, подразнення і лущення шкіри - типових симптомів се-

бореї та лупи. З підвищенням активності сальних залоз в пубертатному періоді існуюча невелика популяція грибків *Pitysporumovale* на волосистій частині голови, володіючи ліпазною активністю, отримує джерело живлення і розмножується, при цьому часто виникають свербіж і лущення. У нормі мікрофлора волосистої частини голови містить 46% *Pitysporumovale* (*Malasseziafurfur*), при лупи - 84%, себорейному дерматиті - 83%, що є яскравим підтвердженням етіологічної ролі грибка *Pitysporumovale* при лупи.

Патогенез лупи обумовлений патологічним прискоренням природного процесу відновлення клітин шкіри голови. Цикл оновлення клітин в цьому випадку становить приблизно 7 днів (в нормі 25-30 днів). У підсумку нові клітини шкіри проходять шлях від базального до рогового шару епідермісу набагато швидше і не встигають повністю ороговіти, окремі клітини склеюються і злущуються у вигляді білувато-жовтих пластівців. Під впливом грибків *Pitysporumovale* процес оновлення клітин епідермісу різко прискорюється, що супроводжується появою безлічі сріблясто-білих або жовтих лусочок на шкірі волосистої частини голови (лупа). Якщо лупа виникає на тлі жирної себорей, лусочки насичуються секретом сальних залоз, стають шаруватими, жовтуватими, смуги стають жирними, лисніють, з'являється свербіж. Дрібні висівкоподібні лусочки при сухій себорей розташовуються по всій поверхні волосистої частини голови або переважно в лобовій і тім'яній областях. Виділення сала знижено, турбує свербіння. Поступово волосся стає сухим, ламким і посилено випадає.

**«Загрозливими»** симптомами, які потребують обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, при себорей є:

- поява червоності й ущільнення шкіри волосистої частини голови;
- прогресуюче випадання волосся;
- торпідний перебіг вугрової хвороби, поєднання з надмірним зростанням довгого волосся за чоловічим типом;
- випадання або обламування волосся, поява висипань (пухирців, вузликів) на шкірі волосистої частини голови;
- поява пухирців, які довго не загоюються ерозій на «себорейних» ділянках шкіри.

Загальні рекомендації для пацієнтів з себореею

Беручи до уваги безліч можливих причин і факторів розвитку захворювання, слід застосовувати заходи, що сприяють нормалізації виділення шкірного сала і перешкоджають прогресуванню себорей:

- поява «загрозливих» симптомів при себорей лупи вимагає спеціального медичного дослідження;
- дотримання дієти з виключенням тваринних жирів, обмеженням вуг-

леводів, повареної солі, кави, прянощів;

➤ хворим з наявністю вогнищ локальної інфекції необхідно провести їх санацію, стежити за функцією кишечника;

➤ пам'ятати, що надмірне використання спиртових розчинів більше 2-3 разів на день призводить до пересушування шкіри;

➤ раціонально доглядати за волоссям: при жирній себорей голови слід мити не частіше 1 разу на 4-5 днів, при сухій себорей - 1 раз в 7-8 днів, використовуючи лікувальні шампуні. З урахуванням типу себорей можна додатково застосовувати шампуні або кондиціонери з біоактивними добавками, рослинними оліями.

### **Загальні підходи до лікування себорей та лупи**

Місцеве лікування себорей полягає у використанні лікувальних шампунів, так як застосування «класичних» лікарських форм (мазь або крем) на волосистій частині голови недоцільно. Використання такої лікарської форми як шампуні виявилось ефективним і естетично зручним рішенням проблеми.

До складу лікувальних шампунів, призначаються для лікування себорей і лупи, зазвичай входить один або кілька активних компонентів:

➤ похідні імідазолу (кетоконазол);

➤ похідні цинку (піритіон цинку);

➤ похідні гідропіридона (ціклопірокс);

➤ похідні селену (дисульфід селену).

Необхідно, щоб активна речовина мала протигрибковий ефект, що призводить до зменшення популяції *Pitysporumovale*. Найбільш широке поширення в терапії лупи і себорейного дерматиту отримав кетоконазол (Нізорал), що володіє більш високою пітіроспоростатичною та пітіроспороцидною активністю, ніж цинку піритіонат і дисульфід селену. Після використання Нізоралу значно рідше виникають рецидиви в порівнянні з шампунем, що містить 2,5% дисульфиду селену, що пояснюється високою спорідненістю кетоконазолу до кератину волосся. Важливою особливістю шампуню Нізорал є здатність пригнічувати надлишкове утворення шкірного сала (антиандрогенний вплив) і відсутність побічних дій.

Медичні шампуні можуть відрізнятися за змістом алергенних і подразнюючих речовин (барвників, ароматизаторів, консервантів) і очищувальних компонентів.

При себорей слід забезпечити регулярний і правильний догляд за шкірою відповідно до її стану. Правильний догляд полягає в усуненні сухості або жирності шкіри, ознак запалення, відновлення структури епідермісу і його бар'єрної функції. При жирній себорей шкіру знежирюють і дезінфікують, полегшуючи саловідділення. Очищення шкіри проводять водою з гелями для вмивання.

вання (ОХУ-гель, Клерасил, гель Нуфас та ін.). Бажано використовувати при догляді креми або гелі з маркуванням для жирної шкіри (некомедогенні). При догляді за шкірою з сухою себореею обов'язково очищення рідкими кремами і тоніком, що не містять спирт (пінистий крем Uriage, гель з екстрактом вівса РеальбаDucray і т. ін.). Після очищення використовують креми, що містять 5% вітаміну Б в комплексі з вітамінами А і Е, зволожуючі креми з керамідами, поліненасиченими жирними кислотами. Рекомендується робити 1-2 рази в тиждень пілінг процедури з ензимами, м'якими скрабами, що містять абразивні речовини або кератолітики (саліцилову, молочну,  $\alpha$ -гідрокси кислоти та ін.) При змішаній себорееі призначають комбіноване лікування.

Терапія себорееі повинна бути комплексною та індивідуальною. Важливе значення в лікуванні себорееі мають вітаміни (ретинол, ніотинова кислота, піридоксин), їх можна поєднувати з прийомом мікроелементів (препарати сірки, заліза, фосфору та ін.). В якості тонізуючих засобів використовуються адаптогени (пантокрин, настойка женьшеню, елеутерококу). Хворим себореею нормалізують функцію шлунково-кишкового тракту (про- і пребіотики, гепатопротектори, ентеросорбенти). При важкому перебігу себорееі під наглядом дерматолога рекомендуються ретиноїди (ізотретиноїн), ендокринолога - препарати жіночих статевих гормонів, антиандрогени.

### **Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів місцевої дії для лікування себорееі і лупи**

➤ Лікування себорееі треба починати з застосування лікувальних шампунів.

➤ Лікувальні шампуні необхідно застосовувати в точній відповідності з анотацією (зазвичай 2 рази на тиждень протягом 4-8 тижнів).

➤ Перевагу слід віддавати лікувальним шампуням з протигрибковою і антипроліферативною дією (що містять кетоконазол). При вираженій запальній реакції шкіри в місцях ураження лікування зовнішніми засобами доцільно починати з встановлення діагнозу лікарем.

➤ Ефективність зовнішнього лікування себорееі залежить не тільки від вибору фармакологічного препарату, але від правильного застосування різних лікарських форм і відповідно з характером процесу.

➤ При використанні лікувальних шампунів можливі шкірні реакції (свербіж, почервоніння шкіри), у пацієнтів з сивим волоссям або волоссям, пошкодженими хімічною обробкою, - легка зміна кольору волосся. При використанні шампуню слід уникати його потрапляння в очі, у разі попадання - очі промити водою.

➤ Лікарські засоби для зовнішнього лікування себорееі і лупи можуть призначатися вагітним і годуючим жінкам, так як вони практично не адсорбу-

ються в системний кровотік.

➤ Раціон харчування хворого себореєю повинен містити достатню кількість вітамінів С, А, групи В. Хворим рекомендуються відварне м'ясо, нежирні сорти риби, сир, кефір, овочі, фрукти, чорний хліб. Їжа повинна бути багатою клітковиною, вітамінами, кисломолочними продуктами.

### Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих відкритих ранах

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1	Чи були вжиті заходи першої допомоги після травмування	ні	Невеликі подряпини і порізи необхідно промити водними розчинами антисептиків або, при їх відсутності, чистою водою з милом і накласти стерильну пов'язку з антисептиком; якщо наявна кровотеча, її необхідно спинити шляхом накладання пов'язки або джгута; у випадку серйозного травмування необхідно звернутись до лікаря
		так	Якщо обробка рани проведена належним чином, призначити, при необхідності, лікарські засоби для прискорення загоєння рани: - антисептичні і дезінфікуючі засоби - антибактеріальні засоби для топічного застосування - ранозагоювальні засоби для топічного застосування
2	Чи нормально, без ускладнень, проходить загоєння рани після надання першої допомоги (якщо травмування мало місце деякий час тому)	так	Для прискорення процесу загоєння рани можна призначити ранозагоювальні засоби для топічного застосування
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування



### Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих закритих травмах

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1	Чи травмування мало місце нещодавно	так	Якщо ушкодження незначне, необхідно протягом перших 24-48 годин забезпечити спокій і холод на місце ушкодження, при необхідності призначити лікарських засобів симптоматичної дії для місцевого застосування, для зняття сильного болю призначити анальгетики
		ні	Якщо ушкодження незначне, для прискорення процесу одужання призначити лікарські засоби симптоматичної дії для місцевого застосування; якщо мають місце загрозові симптоми, необхідно звернутись до лікаря
2	Чи нормально, без ускладнень, проходить процес загоєння травмованої ділянки тіла після надання першої допомоги (у випадку травмування більше 2 діб тому)	так	Для прискорення процесу одужання продовжити терапію лікарськими засобами, які мають протизапальну і анальгетичну дію
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування при ознаках погіршення стану (наявності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо)

## 6. Практична робота

1. Заповнити таблицю «Симптоми ураження шкіри»:

Найменування	Характеристика
Герпес	
Опіки	
Акне	
Відмороження	
Грибкові захворювання	
Себорея та лупа	

2. Заповнити таблицю «Загрозливі» симптоми при ураженнях шкіри:

Найменування	Характеристика
Герпес	
Опіки	
Акне	
Відмороження	
Грибкові захворювання	
Себорея та лупа	

3. Заповнити таблицю «Засоби для симптоматичного лікування герпесу»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

4. Заповнити таблицю «Засоби ЛП для лікування опіків»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

5. Заповнити таблицю «Засоби П для лікування вугрової хвороби»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

6. Заповнити таблицю «Засоби для лікування відморожень»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

7. Заповнити таблицю «Засоби для лікування грибкових захворювань»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

8. Заповнити таблицю «Засоби для лікування себореї та лупи»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

9. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування герпесу.

---

---

---

10. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування опіків. \_\_\_\_\_

---

---

11. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування акне. \_\_\_\_\_

---

---

12. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування відмороження.

---

---

13. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування грибкових захворювань. \_\_\_\_\_

---

---

14. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування себорея та лупи.

---

---

---

---

### 7. Приклад виконання практичного завдання.

Заповнити таблицю «Симптоми ураження шкіри»:

Найменування	Характеристика
Герпес	Широко розповсюджене інфекційне захворювання, яке викликається вірусом простого герпесу та характеризується різноманітністю клінічних проявів, найбільш частим і пізнаваним проявом герпетичної інфекції є поява на губах або в області крил носа пухирців.
Опіки	
Акне	
Відмороження	
Грибкові захворювання	
Себорея та лупа	

## МІСЦЕВІ РОЗЛАДИ КРОВООБІГУ.

**Знати:** симптоми характерні для місцевих розладів кровообігу, які можна лікувати безрецептурними ЛЗ в межах відповідального самолікування. «Загрозливі» симптоми варикозного розширення вен нижніх кінцівок і геморою, які вимагають обов'язкового звертання до лікаря (алгоритм вибору хворих для обов'язкового направлення до лікаря).

Сучасні лікарські форми для лікування місцевих розладів кровообігу та особливості їх використання. Взаємодія безрецептурних ЛЗ, які застосовуються для симптоматичного лікування місцевих розладів кровообігу, з їжею, алкоголем; особливості їх використання в різні вікові періоди; вимоги до зберігання ЛЗ в домашніх умовах. Критерії ефективності терапії безрецептурними ЛЗ, які використовуються для симптоматичного лікування місцевих розладів кровообігу.

Немедикаментозні методи усунення симптомів місцевих розладів кровообігу.

### **Вміти:**

Складати алгоритми:

1. вибору хворих для обов'язкового направлення до лікаря;
2. вибору компресійного трикотажу при здійсненні здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок
3. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок;
4. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з гемороєм
5. надання провізором належної інформації про безрецептурний ЛЗ для лікування місцевих розладів кровообігу під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.

### **Теоретичний матеріал**

Варикозна хвороба і хронічна венозна недостатність являють собою важливу соціально-економічну проблему, так як в останні роки відзначається тенденція до зростання захворюваності в осіб працездатного віку, росту числа ускладнених форм і, як наслідок - до формування стійкої непрацездатності.

Варикозна хвороба, яка призводить до різних проявів хронічної венозної недостатності, впливає на стан окремих людей, а також на здоров'я суспільства в цілому. Великі витрати на лікування важких форм ХВН, а саме лікування трофічних виразок підтверджує, що проблема лікування варикозної хвороби актуальна, в розвинених країнах витрати на лікування венозних трофічних виразок становлять 1-3% загального бюджету охорони здоров'я. Трофічні вираз-

ки нижніх кінцівок зустрічаються в 4-5% у хворих 80-річного віку. Найчастіше пацієнти такого віку звертаються за допомогою не через варикозних розширених вен, їх турбують трофічні порушення (екзема, дерматит), трофічні виразки.

Захворювання характеризується високою поширеністю. Епідеміологічні дослідження, часом досить суперечливі, виявили ряд фактів, які можна вважати незаперечними. Перше місце серед них займає географія захворювання. Варикозна хвороба переважно поширена в Західній Європі, Північній Америці, в країнах Середземномор'я. Навпаки, в Центральній Африці, Японії, Китаї захворювання зустрічається відносно рідко. По-друге, статеве відмінність, яка в рамках медичної статистики виявляється високим співвідношенням жінок і чоловіків та досягає 7:1, насправді не настільки істотно (1,6:1). Причина, очевидно, в тому, що "варикоз" мало турбує чоловіків в косметичному плані і вони звертаються до лікаря лише при вираженій клінічній симптоматиці.

Залежність варикозної хвороби від інших причин, які можна відповідно віднести до факторів ризику, простежується в порядку зменшення вірогідності наступним чином: вид діяльності, вагітність, ожиріння, захворювання, що супроводжуються частим підвищенням внутрішньочеревного тиску, расова та національна приналежність, вид харчування, порушення опорно-рухового апарату.

Безпосередня причина самого процесу варикозного переродження вен не з'ясована. З упевненістю можна говорити лише про генетичну схильність, і тільки на підставі епідеміологічних, а не прямих досліджень. За даними різних авторів, варикозна хвороба зустрічається в 20% випадків, причому у жінок зустрічається набагато частіше. Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок досить поширені у працівників промислових підприємств і складають 67,5% серед жінок, 50,4% чоловіків, причому відзначається збільшення їх частоти з віком. У 70 років захворювання зустрічається в 6-10 разів частіше, ніж у віці 30 років.

Проблема геморою при цьому охоплює більше 10% дорослого населення, складаючи 40 % випадків серед всіх хвороб прямої кишки. Ця патологія частіше реєструється у чоловіків у віці 30-50 років і досягає частоти 118-120 на 1000 чоловік дорослого населення.

Фармацевтична опіка хворих з варикозною хворобою повинна бути комбінованою та охоплювати компресійну терапію та медичне забезпечення.

Виходячи з цього, найбільш важливим етапом здійснення фармацевтичної опіки є виділення категорії хворих з «загрозливими» симптомами, які потребують обов'язкової консультації лікаря. Поради щодо раціонального використання ліків та компресійних засобів засновані на скаргах пацієнта, які зво-

дяться до визначення синдрому, характерного для цієї патології. У той же час вибір оптимальної терапії для кожного хворого, з урахуванням індивідуальних особливостей, сприяє значному поліпшенню якості життя та підтримки працездатності, а також є найбільш безпечним і ефективним шляхом профілактики розвитку ускладнень варикозної хвороби.

### **Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок**

Варикозна хвороба - патологічна зміна вен, що характеризується в подовженні та вузловій деформації вен із збільшенням їх порожнини, функціональній недостатності клапанів. Нерідко в вузлах розвиваються запалення та тромби. Процес носить прогресуючий характер і залежно від форми і розташування може призводити до різних розладів як регіонального, так і системного кровообігу.

Варикозна хвороба є одним з найдавніших захворювань. Згадки про цю патологію маються на старих рукописах; ноги з розширеними венами, набряками і виразками зустрічаються серед скульптурних зображень Стародавньої Індії та Єгипту. Природно, що така форма патології була і об'єктом перших методів активного хірургічного лікування.

Фізіологічно потрапляння венозної крові до серця забезпечується скороченням м'язів гомілки та стегна (так звана «м'язова помпа»), в результаті чого відбувається здавлювання глибоких вен, і кров з них надходить у вени тазу. Запобіжні клапани вен не дозволяють крові проникати в поверхневу венозну систему і блокують повернення крові з вен тазу. При варикозному розширенні вен розвивається недостатність клапанів вен, в результаті чого при скороченнях м'язів кров надходить з глибокої системи в поверхневу. Підвищення тиску в поверхневих венах, в свою чергу, призводить до їх розширення, оскільки вони розраховані на набагато менший тиск. Таким чином, розвивається «замкнуте коло»: зниження кровотоку в капілярах за механічних причин викликає відповідне зменшення харчування і гіпоксію тканин, що проявляється виникненням ознак шкірних трофічних розладів. Розвитку захворювання сприяють вагітність, ожиріння, тривале перебування в положенні стоячи, носіння панчів з тугими резинками, травми.

Анатомічно варикозне розширення вен нижніх кінцівок є патологією поверхневих судин системи великої чи малої підшкірних вен, зумовленої первинною (вродженою) або вторинною (придбаною) неповноцінністю їх м'язової стінки і супутньої клапанної недостатністю.

Система-класифікація CEAP варикозної хвороби нижніх кінцівок: С (clinic) – клінічна класифікація, Е (etiology) – етіологічна класифікація, А (anatomy) – анатомічна класифікація, Р (pathophysiology) – патофізіологічна класифікація.

#### I. Клінічна класифікація (C):

- ◆ клас 0 – відсутні симптоми хвороби вен при огляді та пальпації;
- ◆ клас 1 – телеангіоектазії, ретикулярні вени, сіткоподібні варикси;
- ◆ клас 2 – варикозно розширені вени;
- ◆ клас 3 – набряк;
- ◆ клас 4 – шкірні зміни, зумовлені захворюванням вен (пігментація, венозна екзема, ліподерматосклероз);
- ◆ клас 5 – шкірні зміни, які вказані вище, та загоєна виразка;
- ◆ клас 6 – шкірні зміни, які вказані вище, та активна виразка.

#### II. Етіологічна класифікація (E):

- ◆ EC – природжені захворювання вен;
- ◆ EP – первинні захворювання з невідомої причини;
- ◆ ES – вторинні захворювання з відомої причини.

#### III. Анатомічна класифікація (A):

- ◆ поверхневі вени (S); 1 – телеангіоектазії, ретикулярні вени; велика підшкірна вена: 2 – вище коліна, 3 – нижче коліна; 4 – мала підшкірна вена; 5 – не магістральна;
- ◆ глибокі вени (D); 6 – нижня порожниста вена; клубові вени: 7 – загальна, 8 – внутрішня, 9 – зовнішня; 10 – вени таза; стегові вени: 11 – загальна, 12 – глибока, 13 – поверхнева; 14 – підколінна; 15 – вени гомілки; 16 – м'язові – литкові;
- ◆ перфорантні вени (P): 17 – стегна, 18 – гомілки.

#### IV. Патологіологічна класифікація (P):

- ◆ рефлюкс (PR);
- ◆ обструкція (PO);
- ◆ рефлюкс + обструкція (PR, O).

#### V. Клінічна шкала.

- ◆ біль: 0 – відсутній, 1 – помірний, 2 – сильний; набряк: 0 – відсутній, 1 – незначний/помірний, 2 – виразний;
- ◆ „венозна кульгавість”: 0 – відсутня, 1 – легка/помірна, 2 – сильна; пігментація: 0 – відсутня, 1 – обмежена/локальна, 2 – поширена;
- ◆ ліподерматосклероз: 0 – відсутній, 1 – обмежений/локальний, 2 – поширений.

#### VI. Шкала зниження працездатності:

- ◆ 0 – безсимптомний перебіг;
- ◆ 1 – наявність симптомів захворювання, хворий працює і не використовує підтримуючих бандажів;
- ◆ 2 – хворий може працювати протягом 8 годин, тільки використовуючи підтримуючий бандаж;



◆ 3 – хворий непрацездатний, незважаючи на використання підтримуючих бандажів.

VII. стадії варикозного розширення вен нижніх кінцівок:

◆ I стадія (компенсована) - відзначаються тільки косметичні дефекти, викликані наявністю підшкірних вузлів. Темно пофарбовані, вони помітно виділяються під шкірою. Найчастіше розташовуються на внутрішній або задній поверхні гомілок. Суб'єктивні відчуття хворих в даній стадії захворювання, як правило, можуть не спостерігатися.

◆ II стадія (субкомпенсована) - скарги можуть бути мінімальними і в цілому пов'язані з підвищеною стомлюваністю нижніх кінцівок на вечір. При цьому в теплий час року (влітку) вони більш виражені. У цей час можуть спостерігатися набряклість стоп, їх незначне оніміння та відчуття поколювання.

◆ III стадія (декомпенсована) - характеризується помітними клінічними проявами порушень трофіки шкіри на гомілці. При ній, крім порушень чутливості постійного характеру, вже помітні наслідки порушень трофіки тканин у вигляді шкірних рубців, вогнищ депігментації. Частіше вони спостерігаються в нижній третині гомілок - в місці розташування вен.

◆ IV стадія захворювання, яка проявляється періодичним утворенням виразок в зонах раніше порушеною трофіки, нерідко вже є і ускладнення - хронічний тромбофлебіт, тромбоз вен, бешихоподібне запалення, лімфостаз, посттромбофлебітичний синдром і т. ін.

Найбільш часті причини варикозного розширення вен нижніх кінцівок і його загострень :

◆ вагітність - головним провокуючим фактором є фізіологічне збільшення об'єму циркулюючої крові та тиск вагітної матки на зачеревинні вени. Певне значення має і зміна гормонального статусу пацієнтки, оскільки перші ознаки захворювання з'являються вже в I триместрі вагітності;

◆ ожиріння - доведений фактор виникнення і ризику ускладнень варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Наприклад, збільшення індексу маси тіла до 27 кг/м<sup>2</sup> і вище зумовлює зростання частоти захворювання на 33%;

◆ тривале перебування в стоячому положенні (кухарі, продавці, перукарі) - позначається несприятливий вплив тривалих статичних навантажень із підйомом вантажів або нерухомим перебуванням у положенні стоячи та/або сидячи ;

◆ вік більше 40 років - фактор обумовлюється гормональними порушеннями, які грають роль у патогенезі захворювання. Роль його в останні роки зростає, що обумовлено широким використанням засобів гормональної контрацепції, популяризацією гормонозамісної терапії в передклімактерично-

му періоді, при лікуванні остеопорозу ;

- ◆ прийом гормональних контрацептивів - важливий фактор для жінок старше 40 років, оскільки естрогени та прогестерон, а також їхні похідні знижують тонус венозної стінки за рахунок поступового руйнування колагенових і еластичних волокон;

- ◆ носіння тісного одягу (панчів з тугими резинками, стрейчевих брюк, тісної нижньої білизни, корсетів і т. п.) - сприяє підвищенню тиску у венозній системі ;

- ◆ особливості харчування - високий ступінь переробки харчових продуктів із зниженням в раціоні сирих овочів і фруктів веде до дефіциту рослинних волокон, необхідних для ремоделювання венозної стінки, а також до запорів, які є причиною перманентного підвищення внутрішньочеревинного тиску;

- ◆ вроджена слабкість сполучної тканини - грає істотну роль в окремих групах населення;

- ◆ травми; обмежена рухливість, як спосіб життя; пухлинні процеси малого тазу.

При наданні пацієнтам безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок слід обов'язково з'ясувати, чи немає у них «загрозливих» симптомів, що дозволяють запідозрити серйозне ускладнення перебігу захворювання та потребують обов'язкової звернення до лікаря.

**«Загрозливі»** симптоми варикозної хвороби:

- ◆ поява болісного тяжузапроекцією підшкірних вен кінцівки з підвищенням температури тіла вище 38,5°C;

- ◆ поява болю і почервоніння шкіри над одним з варикозних вузлів ;

- ◆ раптовий набряк і збліднення всієї кінцівки, особливо якщо набряк не зникає до ранку ;

- ◆ кровотеча з виразки або варикозного вузла.

За відсутності зазначених симптомів можливо симптоматичне лікування. У такому випадку переходять до наступного етапу фармацевтичної опіки - вибору напрямку симптоматичного лікування пацієнта.

Основні напрями симптоматичного лікування хворих з варикозною хворобою ВНК:

1. усунення несприятливих факторів, що сприяють розвитку варикозу вен (загальні рекомендації);

2. використання фізичних методів носіння компресійного трикотажу, еластичних бинтів і т. ін.);

3. медикаментозне лікування.

### ***Фізичні методи лікування – компресійна терапія.***

Ключове місце в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок і лімфатичних набряків займає компресійна терапія. В механізмі лікувальної дії компресійної терапії можна виділити наступні фактори.

1. Значне зниження патологічної венозної "ємності" нижніх кінцівок за рахунок компресії міжм'язових венозних сплетінь та перфорантних вен.

2. Поліпшення функціональної спроможності клапанного апарату у випадку його відносної недостатності за рахунок зменшення діаметра вени, збільшення швидкості венозного повернення.

3. Зростання резорбції тканинної рідини у венозній частині капіляра за рахунок підвищення тканинного тиску в зоні набряку.

4. Збільшення фібринолітичної активності крові.

Показання до застосування еластичної компресії. Залежно від цілей лікування, характеру патології еластичну компресію призначають на тривалий або обмежений термін. Показаннями до тривалої компресії є:

- посттромбофлебічний синдром;
- ангіодисплазії кінцівок (як венозні, так і артеріовенозні форми);
- лімфедема, хронічна лімфо-венозна недостатність.

Еластичну компресію на обмежений проміжок часу призначають при:

- проведеному хірургічному втручанні з приводу варикозної хвороби, склеротерапії;
- для профілактики хронічної венозної недостатності (ХВН) під час вагітності;
- при профілактиці та лікуванні гострих тромбозів;
- в якості передопераційної підготовки у хворих з трофічними розладами, венозними виразками.

Як і при будь-якому лікуванні існує ряд протипоказань, і лікувальний медичний трикотаж не є винятком. Одним людям категорично не можна використовувати компресійну білизну, іншим слід застосовувати його з обережністю після ретельної діагностики та консультації з лікарем. При виникненні відносних протипоказань, слід проконсультуватися у дерматолога, кардіолога, ендокринолога.

Абсолютно протипоказано така білизна при - атеросклерозі, облітеруючому тромбангіїті, ендартеріїті, ортоартеріїті. За таких хронічних захворювань артерій ніг, що призводять до зменшення просвіту судин і систолічним артеріальним тиском менше 80 мм. рт. ст. категорично не можна знижувати тиск в нижніх кінцівках за допомогою медичного трикотажу.

З обережністю слід використовувати лікувальний трикотаж людям з

надмірно чутливою шкірою.

Не бажано застосовувати компресійний білизна при запальних захворюваннях шкіри, алергічних реакціях на шкірі, при різних дерматитах, при пролежнях, відкритих ранах, гострих тромбофлебитах і екземі.

Відносним протипоказанням є цукровий діабет, оскільки при ураженні судин ніг унаслідок діабету, також не можна використовувати таку білизну. При септичному флебіті і серйозній серцево-легеневої недостатності, коли порушення кровообігу виникає у спокої - також не можна використовувати компресійний трикотаж.

Багато хто побоюється починати носити компресійний білизна через те, що існує думка, що трикотаж провокує розвиток атрофії м'язового шару стінок вен, і коли припиняється їх використання можна виникнути протилежний негативний ефект - коли венозна стінка не зможе протидіяти в просвіті судини тиску крові. Тому через атрофії стінок вен, існуючий варикоз вен, буде ще сильніше прогресувати.

На жаль, провести клінічні дослідження на кожній вені, схильною компресії, неможливо, але флебологи, вважають, що така думка помилкова, оскільки:

Пацієнт не може носити компресійну білизну цілодобово

У венах, під компресійною білизною потік крові зменшується, а не припиняється зовсім.

Атрофія м'язової стінки найчастіше виникає при генетичній схильності та місцевому специфічному запальному процесі при венозному застої і наповненні вени. А це все зменшується при використанні трикотажу. Таке може відбуватися лише за первинними відчуттями пацієнтів, коли застосування білизни припиняється. У цьому випадку тимчасове погіршення стану і самопочуття відбувається на деякий час, що пояснюється не атрофією і прогресуванням варикозу, а тимчасовим зменшенням тону веннозної стінки.

Відгуки та відчуття пацієнтів при закінченні використання компресійного білизни при варикозі - більшості важко звикнути починати ходити після використання компресійного трикотажу. Багато хто стверджує, що використання лікувального виробу, ноги стають ніби легкими і багато хто не хочуть більше відмовлятися від їх застосування.

Для технічної характеристики компресійних виробів необхідно розрізняти активну і пасивну компресію. Пасивна компресія забезпечується малоеластичними виробами і максимально проявляється під час м'язового скорочення. На відміну від пасивної компресії активна забезпечується виробами як під час відпочинку, так і під час навантажень. У практичній діяльності інколи важко провести розмежування між даними двома типами. Наприклад, бинти короткої

розтяжності надають як активну, так і пасивну компресію в залежності від активності пацієнта

#### Класифікація компресійних медичних виробів

1. Еластичні бинти в залежності від ступеню розтяжності поділяються на три класи:

А) короткої розтяжності (подовження бинта не більше 70% від початкового розміру);

Б) середньої розтяжності (збільшення довжини в межах 70- 140%);

В) довгої розтяжності (140% і вище).

2. Медичні еластичні компресійні вироби (МЕКВ) з фізіологічним розподілом тиску (лікувальний трикотаж - колготки, панчохи, гольфи).

Основні показання до використання компресійних бинтів залежно від ступеня розтяжності вказані в табл.

Вид еластичного бинта	Показання для застосування
короткої розтяжності	Лікування різних форм ХВН, за наявності трофічних розладів, лімфостазу, поєднаної лімфовенозної патології
короткої розтяжності	Профілактика та лікування тромбозів глибоких вен, стан після склеротерапії
довгої розтяжності	Післяопераційний період після флебектомії, профілактика та лікування тромбозів глибоких та поверхневих вен

При застосуванні компресійного биндажа необхідно пам'ятати наступні основні правила.

1. Еластичний бинт повинен бути накладено щільно з метою "нейтралізації" м'язового скорочення.

2. Безперервність накладення еластичного бинта - без пропусків.

3. Тиск на м'які тканини має зменшуватися в проксимальному напрямку.

4. Початок формування еластичного биндажа – підощва в основі пальців стопи.

5. Перші накладені тури бинта захоплюють п'яту у вигляді гамачка.

6. Накладення бинта виконується при максимальному тильному згинанні стопи.

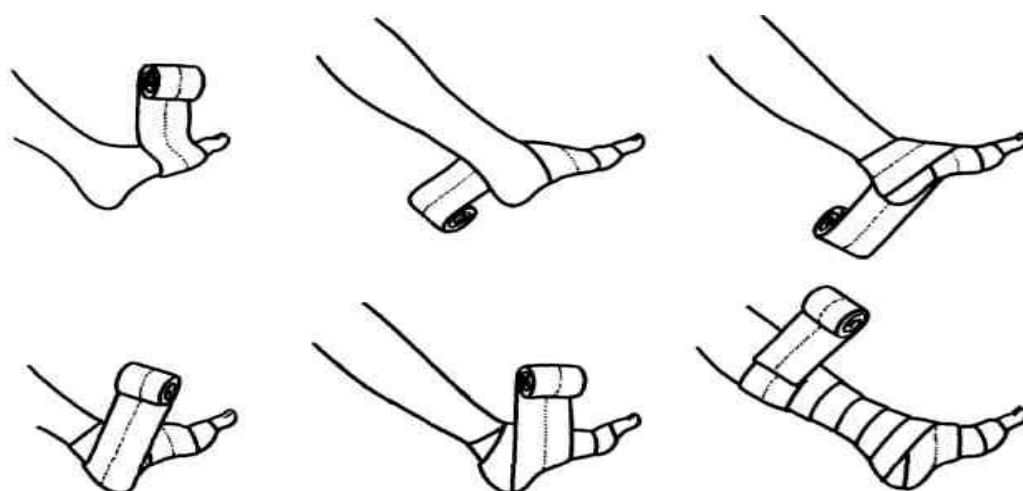
7. При відсутності патологічних змін на стегні (варикозні вузли, тромбофлебіт) немає необхідності накладати еластичний биндаж вище рівня колінного суглоба.

8. Кожен тур бинта повинен перекривати попередній на 2/3

9. Для кращої фіксації тури бинта накладаються у висхідному і низхідному напрямку.

10. З метою більш рівномірного розподілу тиску на тканини необхідно прагнути моделювати конічний профіль кінцівки, використовуючи латексні подушечки та валики.

11. Верхній рівень компресійного бандажа повинен розташовуватися на 5-10 см вище ураженого сегмента вени



Малюнок. Послідовне накладення компресійного бандажа.

Компресійні бандажі можуть бути накладені на тривалий термін (до 2 міс), або змінюватися щодня. Існують пов'язки з використанням мазевих основ. Найбільш широко відомий "чобіток Унна". Де які закордонні компанії налагодили виробництво спеціальних бинтів з просоченням лікарської субстанцією (зазвичай окис цинку).

***Спеціальний лікувальний трикотаж з програмованим режимом фізіологічно розподіленого тиску.***

- це досить новий вид медичної продукції, що з'явився лише в останнє десятиліття. В даний час подібні вироби в нашій країні представляють фірми Алком (Україна), TONUS ELAST (Латвія), "Sigvaris" (Швейцарія), "Relaxan", Тіана (Італія), Variteks (Турція), "Medi" (Німеччина).

Основні переваги даних виробів перед традиційними еластичними бинтами:

фізіологічний розподіл тиску з максимальними цифрами в дистальних відділах кінцівки забезпечується в процесі виготовлення виробів;

більш високі естетичні властивості;

можливість підбору компресійного трикотажу необхідного класу компресії;

зручність та практичність в їх щоденному використанні;

не потрібно допомоги медичного персоналу;

забезпечення адекватної компресії на стегні;  
збереження нормального температурного і водного балансу шкіри;  
збереження лікувальних властивостей виробів при правильному догляді протягом 6-8 міс.

Використання компресійного трикотажу є більш прийнятним для пацієнтів, хоча і вимагає певної скрупульозності при їх призначенні. На цей час є велика різноманітність виробів, що випускаються і при призначенні достатньо вибрати лише клас компресії і відповідно теоретично створюваного тиску на кінцівку.

Враховуючи той факт, що основним діючим компонентом компресійного трикотажу є еластичний матеріал, необхідно розуміти основні фізичні аспекти еластичних волокон. Тиск, що створюється еластичними волокнами, залежить від їх розтяжності, що передбачає наявність залежності між тиском і окружністю нитки. Це співвідношення кількісно і визначає термін коефіцієнт еластичності (КЕ). Залежно від коефіцієнта еластичності існує широкий спектр виробів.

Вироби з високим КЕ здаються для пацієнтів незручними при використанні. Проте саме вони найкращим чином підходять для профілактики набряків у порівнянні з еластичними виробами з низьким КЕ. Компресійний трикотаж з високим коефіцієнтом еластичності, як і еластичні бинти з низькою розтяжністю, здійснюють високий тиск під час активації м'язово-венозної помпи, в той час як виробам з низьким КЕ властива висока компресійна ефективність.

Для успішного проведення компресійної терапії остаточний висновок має бути зроблений при розгляді широкого спектра компресійного трикотажу різних виробників. Пацієнт повинен бути поінформований не тільки про основні аспекти дії компресійних виробів, але повинні бути обов'язково дотримані принципи правильного підбору розміру цих виробів.

Згідно рекомендацій Європейського комітету зі стандартизації (CEN) існують наступні стандарти компресійного трикотажу:

**0 клас компресії (профілактичний)** 15 - 18 мм. рт. ст. - це профілактична компресія, яку можна і навіть потрібно постійно носити особам схильними до варикозного розширення вен, вагітним жінкам, особам з початковими ознаками варикозу, коли сильно виділяються вени під шкірою, якщо після тривалого сидіння або стояння з'являються болі в ногах, якщо судинні зірочки яскраво виражені і в області стоп і кісточок в кінці дня з'являються набряки, здоровим людям, спосіб життя і робота яких змушує довго сидіти, або стояти - офісним службовцям, водіям, перукарям, продавцям.

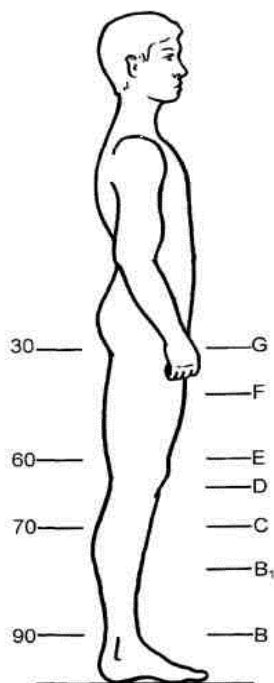
**I клас компресії** 18-21 мм. рт. ст. – цей вид компресії може бути рекомендовано особам схильним до хвороб вен, появі поодиноких варикозних роз-

ширених вен, малорухливій роботі, піднятті важких речей, тривалому перебуванню на ногах або в сидячому положенні, спортивних навантаженнях, зайвій вазі, швидкому зниженні ваги, у осіб з плоскостопістю, синдром «важких ніг», судомами у литках під час сну, ретикулярний варикоз з'явилися судинні сіточки, "павутинки", "зірочки"), телеангіоектазіях та пастозності

**II клас компресії** 23 - 32 мм. рт. ст. - це найкращий, популярний клас, який використовують для помірної компресії та для значного тиску в області щиколотки. Застосовується при виражених варикозних венах, частих набряках ніг, після лікування трофічних виразок малих розмірів, після тромбозів (закриття венозного русла тромбом) при вираженому запаленні під час вагітності, після флебіту підшкірних вен ніг, після хірургічного втручання або після склеротерапії..

**III клас компресії** 34 - 46 мм. рт. ст. - використовується при варикозній хворобі з трофічними порушеннями, посттромбофлебічній хворобі з хронічною венозною недостатністю III ступеня, лімфовенозній недостатності (флеболімфедема), первинному та вторинному лімфостазі (лімфедема), «слоновості», уроджених аномаліях судинної системи, після оперативних втручань на венах, для профілактики тромбозів глибоких вен в групах ризику та трофічних порушеннях і при тяжкій венозній недостатності.

**IV клас компресії(госпітальний)** 49 і більше мм. рт. ст. - використовується вкрай рідко, для усунення порушень лімфотоків і усунення набряків, викликаних лімфедемою та при уроджені флебодисплазіях



Слід зазначити, що на відміну від декоративних виробів профілактичний трикотаж виготовляється за технологією, що забезпечує створення градуйованого тиску на гомілці та має зменшуватися від дистальних відділів до проксимальним.

Профіль належного градієнта медичних компресійних виробів за європейським стандартом CEN.

Рівні: В - щиколотки; В1 - середньої третини гомілки; С - верхньої третини гомілки; D - колінного суглоба; F - верхньої третини стегна; G - нижньої сідничної складки.

**Індивідуальний підбір лікувального трикотажу.**

Слід пам'ятати, що визначення ступеня необхідної компресії - прерогатива лікаря. Вибір лікувального виробу (гольфи, панчохи, колготки) залежить від локалізації патологічних змін у венозній системі.



Адекватну компресію забезпечує тільки правильно підібраний за розміром трикотаж. Вироби більшого розміру не створюють необхідної компресії, меншого - викликають істотний дискомфорт при використанні. Враховуючи це, підбір трикотажу за розміром має відбуватися за участю лікаря або спеціально навченої медичної сестри. В даний час розширюються можливості виготовлення лікувального трикотажу на замовлення з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Медикаментозне лікування. В цей час фармацевтичні фірми пропонують велику кількість препаратів безрецептурного відпуску для симптоматичного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Діючими речовинами в них є флеботропні, протизапальні та ангіопротекторні речовини.

Характеристика основних активних інгредієнтів, які входять до складу препаратів для симптоматичного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок

### **1. Флавоноїди**

Діосмін - проявляє венотонізуючу, ангіо - та венопротекторну дію. Підвищує тонус вен, зменшуючи обсяг венозного стазу. Збільшує резистентність капілярів, зменшує їхню проникність, поліпшує мікроциркуляцію. Поліпшує лімфатичний дренаж.

Гесперидин - проявляє протизапальну та виражену антиоксидантну дію. Зменшує розтяжність вен, підвищуючи їх тонус і зменшуючи венозний стаз, знижує проникність, ламкість капілярів і збільшує їхню резистентність, поліпшує мікроциркуляцію й лімфовідтік

Кверцетин - має капіляростабілізуючу, антиоксидантну і мембраностабілізуючу дію, знижує проникність капілярів. Протизапальний ефект реалізується блокадою метаболізму арахідонової кислоти, зниженням синтезу лейкотриєнів, серотоніну та інших медіаторів запалення. Проявляє противовиразкову дію на фоні застосування НПЗП

Рутозид - має ангіопротекторний ефект, зміцнює судинну стінку, зменшує агрегацію тромбоцитів, Проявляє протизапальний ефект

Троксерутин - проявляє венотонізуючу, ангіопротекторну, протизапальну, протинабрякову, антиоксидантну дію. Стабілізує гіалуроцтову кислоту позаклітинної речовини, підвищує тонус стінок капілярів, щільність судинної стінки, зменшує ексудацію рідкої частини плазми й діapedез клітин крові

Екстракт кореневища іглиці-проявляє протизапальну активність, зменшує проникність капілярів, Проявляє судинозвужувальну дію на периферичні кровоносні судини

### **2. Гепариноїди**

Гепарину натрієва соль - має антикоагуляційні, фібринолітичні та антіа-

грегаційні властивості. Комплекс з анти тромбіном III інгібує тромбоутворення: зв'язує активований фактор X і гальмує перетворення протромбіну в тромбін. У великих дозах інактивує тромбін і знижує перетворення фібриногену у фібрин, запобігає активації фібрин-стабілізуєчого фактора. Антикоагулянтний ефект гепарину пов'язаний з прямою дією на згортальну систему крові за рахунок утворення комплексу з багатьма факторами гемокоагуляції. Гальмує I, II і III фази згортання крові.

Гепариноід - містить високомолекулярну сполуку гепариноід з антитромботичною дією, помірним протизапальним, проти ексудативним ефектами

### **3. Сапоніни**

Екстракт насіння кінського каштана - підвищує тонус вен, усуває венозний застій за рахунок активації скорочувальних властивостей еластичних волокон венозної стінки, утворення простагландинів і вивільнення норадреналіну в синапсах нервових закінчень. Капілярпротектор, який знижує їхню лабільність.

Есцин - має протизапальну та антиексудативну дію, має капілярно - і венопротекторний ефект. Знижує проникність стінок капілярів. Перешкоджає активації лізосомальних ферментів, що розщеплюють протеоглікани, підвищує тонус венозної стінки, усуває венозний застій.

### **4. Глюкокортикостероїди**

Гідрокортизон - проявляє протизапальну, протиалергічну, судинозвужувальну та противосвербіжну дію. пригнічує виділення медіаторів запалення, блокує метаболізм арахідонової кислоти.

Преднізолон - забезпечує протизапальну, протиалергічну, судинозвужувальну дію. пригнічує виділення медіаторів запалення.

Преднізолону капронат - негалогенизований кортикостероїд для місцевого застосування. проявляє місцеву протизапальну дію, знижує проникність судин.

Флуокортолон - має протизапальну, протиалергічну та протисвербіжну дію. Зменшується дилатацію капілярів, міжклітинний набряк і тканинну інфільтрацію. Пригнічує проліферацію капілярів.

### **5. Місцеві анестетики**

Лидокаїн

Швидкодійоче місцевоанестезуючий засіб, усуває почуття печіння, свербіння

Цинхокаїн

Місцевий анестетик зі швидкою місцевою знеболюючою дією пригнічує генерацію та проведення нервових імпульсів за рахунок стабілізації клітинних мембран нервових волокон.

## **6. Стимулятори регенерації**

### Декспантенол

Є попередником пантотенової кислоти, складової частини ацетил кофементу А, необхідного для нормального метаболізму в усіх клітинах, особливо в клітинах шкіри та слизової. Хоча пантотенова кислота не виявляє фармакологічної дії, однак вважають, що вона прискорює рубцювання та епітелізацію пошкодженої шкіри та запаленої слизової оболонки.

## **7. Інші речовини**

### Кислота аскорбінова

Бере участь у регулюванні окисно-відновних процесів, вуглеводного обміну, свертвувальності крові, регенерації тканин. Зменшує судинну проникність

### Екстракт листів гінкгобілоби

Має антиоксидантну, протинабрякову, антиагрегантну дію. Покращує реологічні властивості крові, знижують агрегацію тромбоцитів і еритроцитів, попереджають утворення тромбів

Для симптоматичного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок активні речовини використовуються в спеціальних лікарських формах для місцевого застосування (гелі, креми, мазі), а також у вигляді пероральних препаратів (краплі, капсули, таблетки).

### **Спосіб застосування гелів, кремів і мазей для симптоматичного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок.**

Перед використанням гелю або крему необхідно очистити шкіру в місці ураження - видалити залишки мазей та інших забруднень. Гель обережно наносять тонким шаром на уражені або набряклі ділянки нижньої кінцівки і втирають легкими круговими рухами пальців, доцільно наносити препарат від дистальних ділянок у бік проксимальних. На одну процедуру використовується зазвичай стовпчик гелю (мазі, крему) довжиною 3-5 см. При виражених запальних явищах втирання не проводять, обмежуючись простим нанесенням препарату. Деякі препарати, про що спеціально вказано в інструкції із застосування, допустимо наносити під пов'язку. Зазвичай, якщо не вказано інше, процедуру повторюють 2-4 рази на добу.

Режим дозування не залежить від розміру ураженої поверхні, а визначається довжиною стовпчика лікарського засобу, що видавлюється з тубика. Для препаратів, що містять гепарин (гепароїди), разова доза не повинна перевищувати 5 см і зазначена в інструкції частоту використання. Препарати для місцевого застосування при варикозному розширенні вен, що містять гепарин, протипоказані для використання при підвищеній кровоточивості будь-якого походження. У сумнівних випадках необхідна консультація лікаря.

Необхідно ретельно уникати потрапляння препарату в рани, на виразки, ранові поверхні і ділянки пошкодженої шкіри. Особливе значення це має для засобів, до складу яких входить гепарин (можлива кровотеча!). Крім того, слід уникати потрапляння гелю (крему, мазі) на слизові оболонки та в очі. При наявності виразок препарат наносять навколо них.

Тривалість лікування для більшості лікарських засобів для місцевого застосування при варикозі вен без медичного спостереження - не більше 15 діб.

Слід пам'ятати, що при використанні препаратів можуть проявлятися індивідуальні реакції непереносимості до компонентів гелів і кремів. Найчастіше вони проявляються у вигляді шкірних висипань, локального почервоніння, посилення болю і т. п. У цих випадках використання препарату необхідно припинити і звернутися за порадою і необхідними рекомендаціями щодо лікування до лікаря.

### **Фармацевтична опіка при симптоматичному лікуванні варикозного розширення вен нижніх кінцівок**

Загальні рекомендації для пацієнтів :

- Намагайтеся, наскільки це можливо, зменшити навантаження на нижні кінцівки. Коли є можливість, сідайте з піднятими на невелику лавочку ногами, що сприяє відтоку крові від нижніх кінцівок.
- Якщо Вам доводиться тривалий час стояти, то частіше періодично напружуйте м'язи гомілок, що сприяє поліпшенню циркуляції крові в ногах.
- Необхідно обмеження серйозних фізичних навантажень (перенесення важких предметів, тривалі статичні навантаження і т. ін.).
- Уникайте відвідування сауни, бані. Слід також відмовитися від підлоги з підігрівом в житловому і робочому приміщенні.
- Уникайте носіння тісного одягу, панчохів, білизни, штанів з стрейчевої тканини.
- На час сну корисно укладати ноги з підняттям на 20-30 см (на подушку, валик ).
- Корисні щоденні прохолодні ванночки для стоп.
- Слід утримуватися від куріння і вдихання тютюнового диму.
- Необхідно утримуватися від вживання алкоголю.
- Уникайте вживання гострої, холодної або надмірно гарячої їжі.
- Слід звертати увагу на повноцінне харчування з достатнім вмістом клітковини, вітамінів і мікроелементів.

Аптечні заклади в даний час пропонують пацієнтам широкий вибір виробів медичного призначення для здійснення фізичних методів лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок. До них належать компресійні панчохи різних конструкцій, колготки, еластичні бинти з різними конструкці-

ями фіксаторів та ін. Інструкції та рекомендації щодо використання таких виробів можна отримати у спеціалізованому аптечному магазині або аптеці, виходячи з конкретики певного виробу. У той же час в цілому **рекомендації щодо правильного використання** можна звести в декілька загальних правил :

➤ Бинтувати нижні кінцівки або надягати компресійні панчохи слід вранці в ліжку. Перед бинтуванням необхідно 10-20 хв. тримати ногу в піднятому положенні (на подушці). Еластичні панчохи і колготки надягають також дотримуючись це правило.

➤ Бинтування кінцівки проводять знизу вгору, перекриваючи кожним наступним туром не менше третини попереднього. Важливим при цьому є збереження натягу бинта постійним.

➤ Не можна допускати скручування турів бинта (або складок на панчох), що сприяє появі «пролежнів» і «защепів» - проявів травм шкіри.

➤ В області фізіологічних вигинів кінцівки слід збільшити ступінь перекриття турів бинта або використовувати фіксуючі пристосування для попередження їх «розповзання» при русі, що також може травмувати шкіру.

➤ Препарати (таблетки, капсули) приймають всередину після їжі, запиваючи достатньою кількістю кип'яченої води (не менше 0,5 склянки). Це важливо, оскільки більшість з них можуть викликати побічні ефекти з боку ШКТ (диспепсія, неприємні відчуття в епігастральній ділянці, нудота, діарея і т. п.). Окремі препарати допустимо, якщо не вказано інше, приймати до їжі.

➤ Таблетки і капсули слід приймати цілими, не розжовуючи. Неприпустимо розламування таблеток або капсул для поділу дози.

➤ Препарати необхідно запивати саме водою, оскільки соки, молоко та інші харчові продукти можуть порушувати їх лікувальні властивості і суттєво змінювати всмоктування, сприяти виникненню різних побічних ефектів.

➤ Препарати у вигляді крапель використовують після обов'язкового струшування флакона. Зазвичай 10-20 крапель дозують в склянку з водою (не менше 0,5 ) і приймають, якщо не вказано інше, до їжі.

➤ При появі описаних в інструкції з використання препарату побічних ефектів незначної інтенсивності дозу його, якщо не вказано інше, знижують. Якщо інтенсивність більш виражена або прийняті заходи профілактики виявилися неефективними, то прийом препаратів необхідно припинити і звернутися до лікаря.

### **Геморой**

Геморой (haemorrhoides; грец. Haimorrhoids - кровотеча, геморой; син. Variceshaemorrhoidales ) - хвороба, обумовлена розширенням вен ректального сплетення; проявляється ректальні кровотечами, болем в області прямої кишки і т. п. Проблема геморою охоплює понад 10 % дорослого населення і най-

більш часто реєструється у чоловіків у віці 30-50 років. Висока захворюваність пояснюється багатьма причинами - в першу чергу, вродженими особливостями, характером трудової діяльності (часта переноска важких предметів, «сидяча» робота і т. ін.), особливостями харчування (нерегулярне, переважно висококалорійне, з малим вмістом вітамінів і т. ін.), малорухливим способом життя, ожирінням і деякими іншими факторами, як правило, пов'язаними з підвищеним тиском на венозні сплетення тазу (запори, здавлювання вен вагітною маткою, збільшеною простатою, при патології печінки та ін.)

Гемороєм прийнято називати локалізоване варикозне розширення вен прямої кишки і заднього проходу.

Розрізняють зовнішній і внутрішній геморої. У першому випадку спостерігається випадання гемороїдальних вузлів через сфінктер анального отвору, який супроводжується відповідною клінічною картиною. І в цьому відношенні він небезпечний своїми ускладненнями. Внутрішній геморої частіше має більш приховане клінічний перебіг.

Статистично геморої проявляється такими симптомами: анальний свербіж, відчуття дискомфорту в області заднього проходу (72% пацієнтів); відчуття печіння, яке посилюється при дефекації (67%); біль під час або після акту дефекації (96%); виділення крові після акту дефекації (77%); утруднення акту дефекації (49%) і випадання вузлів (14%). Як правило, геморої розвивається поступово.

**I стадія** - визначити захворювання самостійно людині складно. Перша стадія захворювання пов'язана з внутрішнім гемороєм. Немає жодних зовнішніх ознак прояву цього захворювання. Геморої на ранній стадії можна запідозрити по деякому дискомфорту, який супроводжує людину під час акту спорожнення кишечника, по частому здутті живота, по відчуттю того, що кишечник ще не до кінця спустошений, але акт дефекації вже закінчено. Складність у тому, що всі ці ознаки геморою можуть свідчити і про інші захворювання внутрішніх органів.

**II стадія** характеризується періодичним випаданням вузлів. Відбувається це під час випорожнення кишечника, коли людина сильно тужиться, тобто під час запорів. Теж можна побачити і на 3 і 4 стадіях захворювання. Друга стадія відрізняється тим, що гемороїдальні вузли вправляються самостійно після закінчення акту дефекації. Допомогати їм руками хворому немає необхідності. Також кожне спорожнення кишечника супроводжується виділенням крові з ануса. Її можна побачити на калових масах, на туалетному папері і на нижній білизні. Іноді кров виділяється з анального отвору під час підняття важких речей. Все це, а також постійний свербіж, больові відчуття, дискомфорт змушують людину стримувати акт дефекації. Це призводить до запорів психо-

генного характеру. Це ще більше погіршує хвороба. Робити це в жодному разі не можна. виникає необхідність вправлення випадаючих вузлів

**III стадія** ще іменується, як зовнішній геморої. Вона характеризується випаданням вузлів під час акту дефекації, коли людина починає сильно тужитися. Теж відбувається і на більш запущеній стадії захворювання. Захворювання даної міри відрізняється тим, що випали вузли вправляються назад тільки вручну.

Виявити прояви у вигляді вузлів може сам хворий. Для цього слід лягти на спину і зігнути ноги в колінах. Потім почати обмацувати анус. Уявіть на місці ануса циферблат годинника. Гемороїдальні вузли виступають в місцях, де розташовані такі цифри циферблату, як 3, 7 і 11.

III стадія супроводжується такими проявами як свербіж, відчуття печіння в анальному отворі, больові відчуття, які посилюються під час акту дефекації.

**IV стадія** характеризується випаданням вузлів, які вправити самостійно людина не може. Побачити вузли можна не тільки під час акту спорожнення кишечника, але і в звичайному стані. Дуже часто все це ускладнюється тромбозом, некрозом, сильною кровотечею, які небезпечні для життя людини.

При відпуску пацієнтам безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування геморою слід обов'язково з'ясувати, чи немає у них «загрозливих» симптомів, які дають можливість запідозрити серйозне ускладнення захворювання, і потребують обов'язкового звернення до лікаря. Такими симптомами є:

- поява болю і почервоніння шкіри над одним з гемороїдальних вузлів ;
- посилення болю в анальній області, особливо якщо вона поєднується з підвищеною температурою тіла до 38,5°C;
- кровотеча з гемороїдального вузла;
- поява в випорожненні згустків крові або значної кількості незміненій крові.

За відсутності зазначених «загрозливих» симптомів можливо симптоматичне лікування. У такому випадку приступають до наступного етапу опіки - вибору напрямку симптоматичного лікування пацієнта і, зокрема, визначення фармакологічної групи препаратів для його здійснення.

Напрями симптоматичного лікування хворих з гемороєм :

- усунення несприятливих факторів, які можуть викликати розвиток геморою (загальні рекомендації);
- медикаментозне лікування (місцеве і системне).

Медикаментозне лікування. В даний час фармацевтичні фірми пропо-

нують велику кількість препаратів безрецептурного відпуску для симптоматичного лікування геморою. Діючими речовинами в них є протизапальні, спазмолітичні, тромболітичні і ангіопротекторні інгредієнти. Зазвичай з метою досягнення комплексного позитивного ефекту в конкретному препараті їх комбінують в різних пропорціях.

Для симптоматичного лікування геморою активні речовини використовуються в спеціальних лікарських формах для місцевого застосування (супозиторії, гелі, мазі), а також у вигляді пероральних лікарських форм (краплі, капсули, таблетки).

### **Спосіб застосування препаратів місцевої дії при симптоматичному лікуванні геморою**

Використання лікарського засобу здійснюють тільки після ретельного ознайомлення з інструкцією з його застосування. При виявленні протипоказань і попереджень, які стосуються конкретних супутніх захворювань, необхідна порада провізора, а в деяких випадках - лікаря.

Використання місцевих лікарських форм препаратів проводять після спорожнення кишечника і ретельного гігієнічного туалету аноректальної зони (водою з милом).

Препарати у вигляді ректальних супозиторіїв вводять в анальний отвір, попередньо знявши захисну упаковку. Після цього необхідно вимити руки з милом.

Препарати у вигляді мазі або крему вводять різними способами:

за допомогою аплікатора, який входить до складу упаковки. Використовується, як правило, при внутрішніх гемороїдальних вузлах. Невелика кількість мазі вводять у пряму кишку аплікатором, змастивши його поверхню. Аплікатор і руки після процедури необхідно ретельно вимити водою з милом;

за допомогою тампона - рекомендовану кількість мазі наносять на тампон, який вводять потім у пряму кишку ;

вручну - використовується, як правило, при зовнішньому розташуванні гемороїдальних вузлів. При цьому мазь безпосередньо наносять на уражені ділянки у рекомендованих дозах.

Режим дозування не залежить від розміру ураженої поверхні, а визначається довжиною стовпчика лікарського засобу, який вичавлюється з тубика. Для препаратів, які містять гепарин, разова доза не повинна перевищувати 3-5 см, а частота використання - відповідно з інструкцією.

Слід пам'ятати, що при використанні препаратів можуть проявлятися індивідуальні реакції непереносимості щодо окремих компонентів супозиторіїв, мазей і кремів. Найчастіше вони проявляються у вигляді шкірних висипань, почервоніння, посилення болю і т. п. У цих випадках використання препарату



необхідно припинити і звернутися за порадою і необхідними рекомендаціями до лікаря.

Фармацевтична опіка при симптоматичному лікуванні геморою

Загальні рекомендації для пацієнтів :

➤ Приймайте ванни якомога частіше. Прийом ванни - дуже ефективний засіб профілактики геморою. Процедура нормалізує мікроциркуляцію крові в анальній області та підтримує її в чистоті.

➤ Слідкуйте за гігієною періанальної області і промежини. Не обмежуйтеся використанням тільки туалетного паперу. Обов'язковий туалет даної зони з водою і милом після кожного акту дефекації. Використовуйте м'яку багатошарову туалетний папір.

➤ Намагайтеся уникати запорів. Своєчасне лікування запорів, нормалізація функцій ШКТ, регулярне і правильне харчування допоможуть уникнути розвитку та ускладнень геморою.

➤ Намагайтеся уникати діарей (проносів). Крім підвищеного роздратування періанальної ділянки при діарей існує висока ймовірність зараження анальних крипт, яке може послужити причиною розвитку запального процесу аж до утворення ректального свища.

➤ Уникайте переохолодження. Переохолодження може бути причиною порушення кровообігу, яке може стати причиною появи геморою і його загострень (тромбоз, свищ і т. п.).

➤ Не проводьте в сидячому положенні занадто багато часу. «Сидячою» робота призводить до порушення кровообігу і застою венозної крові, яка сприяє розвитку геморою. Якщо доводиться багато сидіти, то частіше робіть невеликі перерви в роботі, а в сидячому положенні періодично напружуйте сидничні м'язи. Регулярно займайтеся гімнастикою, плаванням, більше гуляйте пішки.

➤ Не проводьте багато часу за кермом. Тривале сидіння за кермом призводить до порушення тазового кровообігу, яке також сприяє розвитку геморою. Якщо ви професійний водій, частіше робіть перерви і розминку. Регулярно займайтеся гімнастикою, плаванням, більше гуляйте пішки.

➤ Не зловживайте алкогольними напоями, гострої та солоної їжею. Алкоголь впливає на кровотік періанальної області, що може призвести до посилення кровотеч і підвищує ризик розвитку тромбів. Гостра і солоня їжа, а також надлишок тваринних жирів сприяють подразненню слизової оболонки прямої кишки і ускладнень перебігу захворювання.

➤ Вчасно консультуйтеся з лікарем для постановки правильного діагнозу. Не займайтеся самодіагностикою, не економте на своєму здоров'ї. У деяких випадках знання про свою хворобу за умови здійснення відповідних за-

ходів саме по собі забезпечує лікування.

Крім того, слід знати, що :

➤ Особам з початковими ознаками геморою необхідно замінити важку фізичну праця (перенесення важких предметів, перебування на холоді і т. п. ) на більш легкі види робіт.

➤ Вагітним жінкам з метою зменшення венозного застою в органах малого таза рекомендується щоденна гімнастика, прогулянки пішки, дієта з достатньою кількістю клітковини, носіння вільного одягу.

➤ У харчуванні дотримуйтеся тієї дієти, яка не буде провокувати поява запору або діареї. Слід обмежити вживання борошняних (печеного тіста) і молочних продуктів (крім кисломолочних), а також додавати в їжу висівки, збагатити раціон овочами та фруктами.

➤ Необхідна своєчасна корекція емоційних розладів і формування позитивної психологічної установки на адекватне лікування геморою.

➤ Застосування мінеральних вод нормалізує рухову активність кишечника. Для цього рекомендуються високо- і середньомінералізовані води, а також води, що містять помірні кількості іонів магнію і сульфати - «Єсентуки » № 20, « Аршан », « Кишинівська », « Харківська № 2 » - по 1 склянці води кімнатної температури 3 рази на день.

# КОНТРОЛЬНІ ЗАВДАННЯ З КЛІНІЧНОЇ КОСМЕТОЛОГІЇ

## ТЕОРИТИЧНІ ПИТАННЯ

1. Історія розвитку клінічної косметології, та її місце в сучасній дерматології та косметології.
2. Законодавча база, котра регламентує діяльність косметологічних структур.
3. Основи практичної дерматокосметології як клінічна база косметологічної діяльності.
4. Перспективи розвитку клінічної косметології. Покази для використання косметичних засобів та процедур лікувально-профілактичної дії.
5. Патологія та косметичні недоліки шкіри та її придатків, що потребують корекції в умовах косметологічного закладу.
6. Косметичні препарати лікувально-профілактичної дії та засоби лікувальної косметики.
7. Косметичні процедури лікувально-профілактичної дії.
8. Старіння шкіри організму людини в цілому.
9. Вільнорадикальна теорія старіння шкіри та теорія глікації білків.
10. Патофізіологія появи зморшок.
11. Фотостаріння.
12. Косметичні засоби та методи, спрямовані проти передчасного старіння шкіри.
13. Корекція вікових змін в умовах косметологічного закладу із використанням косметичних засобів та методів.
14. Сучасні методи корекції. Мезотерапія. Біоревіталізація. Ботулотоксин.
15. Анатомія, фізіологія, патофізіологія волосся.
16. Розподіл волосяного покриву в пубертатному періоді та репродуктивному віці.
17. Фази росту волосся. Фактори, що пошкоджують волосся. Патоморфологія волосся.
18. Алопеція. Гормональні причини розвитку алопеції.
19. Методи профілактики в трихології. Основи раціонального харчування для фізіологічного росту волосся.
20. Засоби та методи корекції алопеції в умовах косметологічного закладу.

21. Гірсутизм та гіпертрихоз. Причини виникнення проблеми. Методи корекції в умовах косметологічного закладу.
22. Фізіотерапевтичні процедури для корекції проблем в трихології.
23. Фізіологія жирової тканини. Морфологія, ріст, гіпертрофія та гіперплазія жирової тканини.
24. Поняття «нормальної ваги».
25. Ожиріння екологічного генезу.
26. Методи корекції фігури.
27. Захворювання, що супроводжують ожиріння.
28. Підходи до дієтотерапії.
29. Методи та способи боротьби із ожирінням в умовах косметологічного закладу.
30. Сучасний погляд на проблему «целюліту».
31. Метаболізм жирової тканини.
32. Патогенез «целюліту».
33. Фактори, що стимулюють розвиток «целюліту».
34. Стадії розвитку процесу «целюліт».
35. Статеві особливості захворювання.
36. Засоби та методи боротьби із «целюлітом».
37. Терапія в залежності від стадії процесу.
38. Антицелюлітні програми та комплекси.
39. Особливості зовнішньої терапії.
40. Антицелюлітні креми, гелі, скраби.
41. Таласотерапія. Обгартування.
42. Мезотерапія в лікуванні «целюліту».
43. Грязелікування як складова успішної корекції «целюліту».
44. Кріотерапія в профілактиці розвитку целюліту.
45. Лімфодренаж. Вакуумний масаж.
46. Пресотерапія. Міостимуляція.
47. Електроліполіз.
48. Сучасні методи діагностики шкіри
49. Келоїдні та гіпертрофічні рубці. Причини розвитку. Косметологічні методи корекції.
50. Косметичні препарати на основі гіалуронової кислоти. Спектр застосування в естетичній медицині.
51. Косметичні препарати на основі коротколанцюгових пептидів. Цитокіни в косметології.
52. Клітинна косметика. Перспективи розвитку та застосування клітинних препаратів в косметології.

53. Плацентарні препарати. Роль та місце в косметології.
54. Біологічно активні речовини в косметологічних лікувальних препаратах.
55. Роль гліколевих пілінгів в програмах підготовки пацієнтів до пластичних операцій.
56. Фітотерапія в косметології.
57. Оніхомікози. Косметологічна корекція. Профілактика виникнення.
58. Хвороби волосся. Косметологічний догляд за волоссям із ціллю профілактики розвитку захворювань шкіри.
59. Малосесіози. Причини виникнення. Лікування. Косметологічний догляд.
60. Псоріаз. Лікування. Естетична корекція проблемної шкіри.
61. Демодекоз. Причини виникнення. Основні напрямки терапії. Косметичні препарати в лікуванні демодекозу.
62. Естетичні проблеми нігтів. Методи корекції. Косметичні препарати в догляді за проблемними нігтями.
63. Блефаропластика. Підготовка пацієнтів до операції. Косметичний догляд в реабілітаційному періоді.
64. Кругова підтяжка обличчя. Роль та місце косметолога в загальній програмі по догляді за пацієнтами клінік пластичної хірургії.
65. Чутлива шкіра. Догляд за чутливою шкірою. Косметичні препарати гігієнічного догляду. Профілактика раннього старіння шкіри.
66. Ретиноїди в косметології. Препарати вибору.
67. Біохімічні аспекти розвитку вугрової хвороби. Лікування акне.
68. Косметичні препарати для лікування та профілактики розвитку роacea.
69. Атопічний дерматит, причини виникнення. Косметологічний догляд за пацієнтами із атопічним дерматитом.
70. Кортикостероїдні гормони в дерматології.
71. Основи дієтології. Сучасні методи корекції ваги людини.
72. Косметологічні аспекти проблеми ожиріння.
73. СПА-технології в питаннях корекції ваги людини.
74. Ліпосакція в косметології. Лікарські косметичні препарати в догляді за пацієнтами після ліпосакції.
75. Окситерапія в косметології.
76. Алопеція. Можливості косметології при наданні естетичної допомоги.
77. Терапія фотостаріння. Комплексний підхід.

## ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ.

1. Яку називу має техніка в мезотерапії, яка являється альтернативною ліпосакції  
Біоравіталізація  
◆Мезодиссолюція  
Дезінкрустація  
Пілінг  
Наппаж
2. Якими ефектами володіють кератолітичні засоби:  
розм'якшують і відшаровують епідерміс  
розсмоктують запальний інфільтрат  
відновлюють нормальну структуру епідермісу  
А та В  
◆А та С
3. В техніці мезотерапії Наппаж, голка встановлюється зрізом догори та згинається біля основи канюлі під кутом  
1-2°  
5-10°  
15-20°  
16-22°  
◆30-35°
4. При мікозах нігтів спостерігається:  
жовтувата забарвлення нігтя  
виявлення ниток міцелію при мікроскопії  
руйнування нігтя з вільного краю  
А та С  
◆А,В та С
5. Про який ступінь вугрового висипу за важкістю проявів йде мова:  
«Уражено кілька областей обличчя й тіла. Велика кількість як відкритих, так і закритих комедонів. Поодинокі папули й пустули.»  
I ступінь  
◆II ступінь  
III ступінь  
IV ступінь  
Всі перераховані
6. Який компонент косметичних препаратів, що використовують має ка-медоногенний ефект:  
Ізопропил ланолат  
Лаурил сульфат натрію

Ізостеариновий спирт

Кісточкове персикове масло

◆Всі перелічені компоненти

7. Дайте визначення "спонгиоз - це ...":

внутрішньоклітинний набряк

◆міжклітинний набряк

баллонуюча дегенерація

розплавлення міжклітинних епітеліальних містків

вакуольна дегенерація

8. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова:

«Має кератолітичну, антибактеріальну, антикомедогенну дію, застосовується в концентрації 2-10%, зменшує сало виділення»

◆Колоїдна сірка (біосірка)

Резорцин

Саліцилова кислота

АНА

Аллантоїн

9. При порівняльній характеристиці хронобіологічного та фотостаріння, як розрізняється мікроскопічна картина товщини епідермісу?

ХБ. стар.- збільшена; Ф. старіння - зменшена

◆ХБ. стар.- зменшена; Ф. старіння – збільшена

Не відрізняється

ХБ. стар.- збільшена; Ф. старіння – не змінюється

ХБ. стар.- не змінюється; Ф. старіння – зменшена

10. Які з перерахованих сполук можуть бути використані в якості сонцезахисного фільтра в косметичних препаратах

Оксид титану

Бензофенон

Октилсаліцилат

Октокрилен

◆Всі перелічені препарати

11. Показаннями для глибокого очищення обличчя є:

вугрі

наявність міліумів

імпетиго

◆А та В

В та С

12. Для лікування мікозів нігтів, обумовлених плесеннями, застосовують системний антимікотик:

- ◆итраконазол
- флуконазол
- тербинафин
- гризеофульвин
- кетоназол

13. Які ознаки геліодерміту є необов'язковими?

Наявність актинічних ангіом (так званих «рубінових тілець») і телеангіектазій

Поява дрібних зморшок по всій поверхні

Ущільнення структури епідермісу за рахунок гіперкератозу

◆Преканкрози, які можуть дати початок розвитку плоскоклітинного раку шкіри

Всі перераховані

14. Які існують техніки ін'єкційного введення мезопрепаратів в дерму

Наппаж

Лінійна техніка

Папульна техніка

А та В

◆А,В та С

15. Вкажіть діапазон довжини хвилі УФ-опромінення.

100-150 нм

◆200-400 нм

400-600 нм

600-760 нм

більше 800 нм

16. Про які речовини йде мова: « Компоненти рослинних екстрактів, які частково заповнюють у шкірі дефіцит власних гормонів»

Ретиноїди

Кортикостероїди

◆Фітоестрогени

Ліполітики

Еластини

17. За умови пошкодження клітини активними формами кисню (опік, інсоляція), які речовини раціонально використовувати?

Регідранти

Кератолітики

Кортикостероїди



◆Екзогенні антиоксиданти

Ретиноїди

18. Який із вказаних препаратів першим почали застосовувати в антицелюлітних програмах:

Бромелайн

Кофеїн

◆Хофітол

Нікотинова кислота

Комплексні антицелюлітні коктейлі

19. Із перерахованих гістологічних ознак епідерміс фотостаріючої шкіри відрізняє:

◆Часта атипія епітеліоцитів;

Атрофія;

Зменшення кількості та активності меланоцитів;

Збільшення кількості та активності клітин Лангергансу;

Все перераховане.

20. Назвіть амінокислоти, що входять до складу колагену?

Гліцин

Оксипролін

Пролін

Оксилізін

◆Всі перераховані

21. При застосуванні яких медикаментів можуть виникнути алергічні реакції хворого:

лідокаїн

дикаин

фізіологічний розчин

◆А та В

В та С

22. Який елемент з перерахованих є поверхневим дефектом шкіри в межах епідермісу є:

◆ерозія

виразка

петехія

пурпура

вибицес

23. Який із вказаних препаратів застосовується для зовнішньої допоміжної терапії вогнищевої алопеції.

1 розчин етонію

Солкосерил ♦

Актовегин

Препарати плаценти

♦Всі перелічені препарати

24. Для того щоб одержати бажаний ефект в певній «проблемній» зоні шкіри, перед проведенням процедури мезотерапії необхідно

Провести курс біоревіталізації

Провести процедуру ліфтингу

♦Відновити правильний лімфо- та кровообіг

А та В

В та С

25. Які засоби мають відбілюючу активність для шкіри:

Фітинову кислоту

Азелаїнову кислоту

Коеву кислоту

Гентизинову кислоту

♦Всі перелічені препарати

26. Як називається процедура ін'єкційного введення в дерму гіалуронової кислоти

Іонофорез

Дезінкрустація

Мікродермобразія

Пілінг

♦Біоревіталізація

27. Які з ознак відносяться до захворювання розацеа:

еритема

телеангіектазії

інфільтрація і збільшення носа

нефолікулярні папули і пустули

♦все перераховане вірно

28. Як називається інвазивний метод лікування, направлений на введення медикаментів в/шк шляхом в дуже низьких дозах, локально та на відстані від ураженого відділу (в рефлекторну зону) з метою одержання фармакологічного ефекту за рахунок фізичної стимуляції. При цьому забезпечується біологічна доступність та менша ятрогенність.

Пілінг

Мікродермобразія

◆Мезотерапія

Дезінкрустація

Іонофорез

29. Як змінюється мікрорельєф шкіри в наслідок дегенеративних змін у дермі при фотостарінні

Поява глибоких зморшок по всій поверхні

◆Поява дрібних зморшок по всій поверхні

Поява бугрів на деяких ділянках

Поява поглиблень на деяких ділянках

Всі перераховані

30. Як називаються запальні елементи при Вугровому висипі:

◆пустули

комедони

рубці

міліуми

застійні явища

31. Ендермологія, як процедура для корекції целюліту це:

Зовнішнє застосування ліполітичних препаратів

Внутрішньом'язове введення корегуючих вагу препаратів

Електрофорез

◆Апаратна методика вакуумно-роликового масажу

Використовують інше визначення

32. Абсолютні протипоказання для проведення мезотерапії

Алергічна реакція в анамнезі на компоненти препарату, коктейлю

Аутоімунні захворювання в т.ч. коллагенози

Порушення згортання крові

Вагітність, лактація

◆Всі перераховані

33. Як змінюються сальні залози у період статевого дозрівання?

розміри й активність сальних залоз різко зменшується

розмір збільшується, активність зменшується

розмір не змінюється, активність збільшується

♦розміри й активність сальних залоз різко збільшуються  
не змінюються

34. Який пілінг ви порекомендуєте пацієнту з явищем постакне для кардинального поліпшення зовнішнього вигляду.

♦ТСА-пілінг

Дарсонвалізацію

Гальванізацію

Іонофорез

Фонофорез

35. Який із вказаних препаратів використовується для системної корекції целюліту:

♦Гесперидин

Саліцилова кислота

Нікотинова кислота

Плантаглюцид

Всі перераховані препарати

36. Основним принципом зовнішньої корекції ознак фотоіндукованого старіння шкіри є

Прийом системного лікування

Стимуляція більш інтенсивної кератинізації

♦Відлущення поверхневих шарів епідермісу й стимуляція утворення кератиноцитів

Прийом фотосенсибілізаторів

Всі перераховані

37. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «У концентрації 50-70% викликають епідермоліз, у концентрації до 30% застосовується для поверхневого відлущення;»

Колоїдна сірка (біосірка)

Резорцин

Саліцилова кислота

♦АНА

Аллантоїн

38. Якій стадії в'ялості за класифікацією Глогау підходе опис: « Фото-старіння середнього ступеня виразності, початок розвитку сенільного ленти-гінозу, кератозу, формування мімічних зморшок навколо рота. Спостерігається у віці від 35 до 50 років»

- 1-а - відсутність зморшок

◆- 2-а – закладка зморшок

- 3-я – зморшкувата стадія

- 4-а - остаточне формування зморшок

Всі перераховані

39. Патогенічні фактори, що викликають вугровий висип:

гіперактивність потових залоз

гормональна дисфункція

гіперсекреція шкірного сала

А та В

◆В та С

40. Який фактор не відіграє суттєвої ролі при виборі виду хімічного пілінгу для пацієнта з основною косметологічною проблемою - поставне.

Вік особи

Тип шкіри

Чутливість шкіри

◆Колір шкіри

Всі перераховані

41. Які із зазначених препаратів відносяться до фотосенсибілізаторів і їх застосування може призвести до розвитку гіперпігментації шкіри.

Сальбутамол

Аспирин

Кофеїн

◆Антибіотики тетрациклінового ряду

Гепатопротектори

42. Який із вказаних препаратів відноситься до депігментуючих засобів:

◆Алоезин

Аевіт

Алантаїн

СОД

Всі перераховані засоби

43. Яку із вказаних косметологічних процедур можна застосовувати в антицелюлітних програмах:

Ультразвукова обробка проблемних зон

Електрофорез

Міостимуляція

Обгортання

◆Всі вказані процедури

44. Який вид «Чищення обличчя» не рекомендується пацієнтам з вугровою хворобою

Мануальне чищення

УЗ-чищення

◆Брашинг

Вакуумне чищення

Всі перераховані

45. Яка із зазначених речовин не відноситься до відбілюючих засобів?

Лимонна кислота

Ефірне масло петрушки

◆Бісаболол

Екстракт огірка

Молочна кислота

46. Гормони, які стимулюють діяльність сальних залоз шкіри називаються?

Прогестерони

Тестостерони

◆Естрогени

А та В

В та С

47. Основні правила проведення процедури мезотерапія

Однакова мікродоза в кожну точку ін'єкції на певній глибині.

Багато ін'єкцій (стосовно естетики).

Швидкий темп (пацієнта перед процедурою слід налаштувати на це).

А та В

◆А,В та С

48. Яку дію мають високі концентрації вітамінів С та Е

Еластостимулюючу

Депігментуючу

Кератопластичну

◆А та В

В та С

49. Який з перерахованих препаратів має себостатичну і себонормалізуючу дією і активно застосовується в косметологічній практиці.

Морські водорості

Альгінат

Екстракт женьшені

◆Оксид цинку

Всі перераховані

50. Наявність будь-якого фактора є протипоказанням або небажаним для проведення поверхневого пілінгу.

Зморшки

◆Гирсутизм

Пігментація

Постакне

Акне

51. Назва амінокислоти, що є джерелом синтезу меланіна в шкірі:

Триптофан

◆Тирозин

Серин

Глутамінова

Пролін

52. Патогенетичний механізм дії бензоїлу пероксида

на фолікулярний гіперкератоз

на гіперпродукцію шкірного сала

антимікробна дія

А та В

◆А та С

53. Для відновлення шкіри після процедури очищення не використовують:

дарсонвалізація

◆ультрозвуковою пілінг

відновлюючі маска

захист шкіри

масаж по Жаке

54. Які супутні додаткові косметичні заходи можна провести у комплексній терапії вугрів:

пілінги

протизапальну терапію

комедоекстракцію

дарсонвалізацію

◆всі перераховані

55. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «антибактеріальні й антимікотичні речовини природного походження, що володіють активністю у відношенні *P. acne* і *Pityrosporum ovale*, а також комедолітичною дією»

Бензоілпероксид

◆Лактоферин і лактопероксидаза

Ретиноїди (третиноїн, ретиноева кислота)

азелаїнова кистола

Аллантоїн

56. Який із вказаних препаратів може визвати фотодерматоз?

Тетрациклін

Аміназин

Саліцилова кислота

Лавандове масло

◆Всі перелічені препарати

57. Дії косметолога при пошкодженні шкірних покривів рук в процесі роботи:

видавити з рани кров і промити під проточною водою

◆не зупиняючи кровотечі, видавити кров, промити під проточною водою, обробити ранку 70% спиртом, обробити ранку 5% розчином йоду

обробити руки 70-градусним етиловим спиртом

обробити ранку 5% розчином йоду або 2% розчином діамантового зеленого.

всі перераховані

58. Внутрішньовенне введення яких препаратів показане при розвитку у хворого анафілактичного шоку:

преднізолону

адреналіну

зуфіліна

баралгіну

◆А, В та С

59. Які вітаміни беруть участь у відновленні ушкоджених клітинних мембран, які пошкодилися в час старіння шкіри

◆Вітамін С та вітамін Е

Вітамін К та вітамін Е

Вітамін В та вітамін Р

А та В

С та В

60. Який інтервал залишається між папулами при папульній техніці вве-



дення мезопрепаратів

0,1 см

◆1 см

3 см

6 см

10 см

61. Про який тип сухої шкіри йде мова: «Вміст вологи в бар'єрному шарі епідермісу знижений. Причини: - вроджена особливість; зовнішні фактори: кліматичні (холод, вітер), хімічні (мило з підвищеною рН, яка руйнує водно-ліпідну мантію, детергенти, морська вода, кальцинована вода), домашні (повітря дуже сухе й гаряче). У цьому випадку сухість шкіри є тимчасовим явищем.»

«аліпідична» шкіра

◆Истинно суха шкіра внаслідок її дегідратації

Змішана суха шкіра

Суха «дерматологічна» шкіра

Всі перераховані

62. Про який тип сухої шкіри йде мова: «Це сенільна шкіра - суха в основному за рахунок проблем з десквамацією. Сонце провокує сухість шкіри оскільки сприяє ущільненню рогового шару.»

«аліпідична» шкіра

Истинно суха шкіра внаслідок її дегідратації

◆Змішана суха шкіра

Суха «дерматологічна» шкіра

Всі перераховані

63. Про який тип сухої шкіри йде мова: «При різних дерматозах (іхтіоз, фолікулярний кератоз і т.д.). Вона має місце при дерматозах, пов'язаних із проблемами кератинізації»

«аліпідична» шкіра

Истинно суха шкіра внаслідок її дегідратації

Змішана суха шкіра

◆Суха «дерматологічна» шкіра

Всі перераховані

64. Які із вказаних речовин можуть привести до сухості шкіри при тривалому контакті:

Оливкове масло

Мінеральне масло

Вітамін Д масляний р-н

◆ПАР

Всі фактори

65. Що з перерахованих компонентів косметичних препаратів може привести до розвитку сухості шкіри:

%!100%

Спирти, етери

Ненасичені жирні кислоти

Тригліцериди, воски

Вищі жирні карбонові кислоти

Всі перераховані фактори

66. Гіповітаміноз якого вітаміну викликає захворювання пелагру

B2

B12

◆B3,PP

A

Всі перераховані

67. Які компоненти в кремах для жирної шкіри бажано повністю виключити або звести до мінімуму

Гіалуронову кислоту

Саліцилову кислоту

◆Тригліцериди

Вітаміни

Всі перераховані

68. Виберіть рослинний екстракт, що має бактерицидну активність:

Екстракт брусниці

Екстракт грейпфруту

Екстракт апельсину

Екстракт ананасу

◆Всі перераховані рослинні екстракти

69. Які з перерахованих кислот застосовуються в терапії себореї:

Азелаїнова

Саліцилова

Гліколева

A-гідроксимасляна кислота

◆Всі перераховані кислоти

70. Виберіть препарат для корекції гіпертрофічних рубців:

Дермовайт

◆Контратубекс

Хроностим

Вуденхил

Всі перераховані препарати

71. Яке масло допустимо в кремах для проблемної жирної шкіри:

Мигдальне масло

◆Масло авокадо

Оливкове масло

Персикове масло

Всі перераховані масла

72. Яке захворювання може провокувати жирна шкіра:

Демодекоз

Роацея

Вугрова хвороба

Ні одне з перерахованих

◆Всі перераховані хвороби

73. Який із вказаних зволожуючих компонентів відноситься до глюкозаміногліканів:

Сечовина

◆Гіалуронова кислота

Хітозан

а-глюкан

Всі перераховані компоненти

74. Яке із перерахованих захворювань супроводжується сухістю шкіри

Нейродерміт

Іхтіоз

Ксеродерма

Суха екзема

◆Всі перераховані захворювання

75. Суха шкіра обличчя характеризується наступними особливостями:

Поверхня шкіри рівна, матова

Поверхня шкіри нерівна, воронкоподібна

Наявність значного блиску по всій поверхні

◆Структура шкіри мікропориста, тонка

Наявність значних пор в Т- зоні

76. В косметичних зволожуючих лініях на основі морських продуктів часто використовується термін “морський колаген”. Яку назву має ця складова косметичних кремів.

◆Хітозан

Карбонат кальцію панцирних риб

Ламінарія

Гіалуронова кислота

Альгінат

77. Які маски протипоказанні при сухій шкірі:

Насичуючі

◆Адсорбуючі

Зволожуючі

Тонізуючі

Регенеруючі

78. Сучасне поняття в косметології «Гумектанти» відноситься до:

Захисних засобів

◆Зволожуючих засобів

Імуномодуючих препаратів

Сонцезахисних факторів

До всіх перерахованих препаратів

79. Прийом яких медикаментів може привести до сухості шкіри:

Вітамін С

Вітамін Д

Продукти гідролізу білків

◆Ретиноїди

Аскорутин

80. Назвіть фактор провокуючий розвиток сухості та скрабування шкіри

Трансдермальна втрата води

Зниження сальної секреції

Пошкодження рогового бар'єру

Втрата NMF

◆Всі перелічені фактори

81. Для сухої шкіри характерно:

◆Себодефіцит

Нормальна продукція шкірного сала

Утворення комедонів

Себорея

Всі перелічені фактори

82. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова:

«Для глибокого кератолітичного ефекту застосовується концентрація 5% і вище, для поверхневого ефекту 1-4%»

Колоїдна сірка (біосірка)

Резорцин

◆Саліцилова кислота

АНА

Аллантоїн

83. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «У концентрації 50-70% викликають епідермоліз, у концентрації до 30% застосовується для поверхневого відлущення;»

Колоїдна сірка (біосірка)

Резорцин

Саліцилова кислота

◆АНА

Аллантоїн

84. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «Антибактеріальні засоби, який використовується в концентрації 2,5 - 10%»

◆Бензоїлпероксид

Лактоферин і лактопероксидаза

Ретиноїди (третиноїн, ретиноєва кислота)

азелаїнова кислота

Аллантоїн

85. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «антибактеріальні й антимікотичні речовини природного походження, що володіють активністю у відношенні *P.acne* і *Pitirosporum ovale*, а також комедолітичною дією»

Бензоїлпероксид

◆Лактоферин і лактопероксидаза

Ретиноїди (третиноїн, ретиноєва кислота)

азелаїнова кислота

Аллантоїн

86. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «Похідні вітаміну А усувають фолікулярний гіперкератоз, закупорку фолікулів, ефективні при незапальних формах акне легкого й середнього ступеня важкості»

Бензоїлпероксид

Лактоферин і лактопероксидаза

◆Ретиноїди (третиноїн, ретиноєва кислота)

азелаїнова кислота

Аллантоїн

87. Про який препарат зовнішнього застосування проти акне йде мова: «Зменшує вміст вільних жирних кислот у шкірному салі, пригнічує ріст *P.acne*»

Бензоїлпероксид

Лактоферин і лактопероксидаза

Ретиноїди (третиноїн, ретиноєва кислота)

◆азелаїнова систола

Аллантоїн

88. Які препарати відносяться до протизапальних і використовуються в лікуванні акне?

екстракт алое-вера

екстракт ромашки

пантенол (вітамін B5)

L-аскорбінова кислота

◆Всі перераховані

89. Які препарати відносяться до підсушуючих і використовуються в лікуванні акне?

оксид цинку.

каолін

прополіс

◆А та В

А,В та С

90. Які препарати відносяться до засобів, що поліпшують мікроциркуляцію і використовуються в лікуванні акне?

бензилбензоат

бензойна кислота

камфора

ментол

◆Все перераховані

91. Як класифікуються вугрові висипи за важкістю проявів?

I ступінь

II ступінь

III ступінь

IV ступінь

◆Всі перераховані

92. Про який ступінь вугрового висипу за важкістю проявів йде мова:

«Уражено одна або дві області обличчя. Основні прояви — відкриті й закриті комедони, зі значною перевагою відкритих. Можливі поодинокі поверхневі папули й пустули.»

◆I ступінь

II ступінь

III ступінь

IV ступінь

Всі перераховані

93. Про який ступінь вугрового висипу за важкістю проявів йде мова:

«Уражено кілька областей обличчя й тіла. Велика кількість як відкритих, так і закритих комедонів. Поодинокі папули й пустули.»

I ступінь

◆II ступінь

III ступінь

IV ступінь

Всі перераховані

94. Про який ступінь вугрового висипу за важкістю проявів йде мова: «На тлі відкритих і закритих комедонів велика кількість глибоких папул і пустул. Можлива розповсюджена гіперемія (почервоніння) уражених областей за рахунок вираженої запальної реакції. Виражені явища постакне: рубці, застійні плями.»

I ступінь

II ступінь

◆III ступінь

IV ступінь

Всі перераховані

95. Про який ступінь вугрового висипу за важкістю проявів йде мова: «Характеризується наявністю великих, більш 5 мм у діаметрі, синюшно-багряних хворобливих інфільтратів, конглобатних елементів (кілька великих, розташованих поряд вузлів, з'єднаних свищевими ходами), великих кист, що регресують з утворенням грубих атрофічних рубців. Може бути уражено одна або кілька областей. У діагностиці цієї стадії вирішальну роль відіграє виразність, а не поширеність проявів.»

I ступінь

II ступінь

III ступінь

◆IV ступінь

Всі перераховані

96. Показаннями для глибокого очищення обличчя є:

вугрі

наявність милиумов

імпетиго

◆А та В

В та С

97. Протипоказання для глибокого чищення шкіри обличчя:

екзема

вугровий висип у стадії гострого запалення

закупорка пір

міліуми

◆А та В

98. При гіперпігментації пацієнтам призначають косметичні препарати до складу яких входять

Ацетилсаліцилова кислота

Уросульфон

Триклозан

Хінон

◆Гідрохінон

99.Меланоцити є клітинами:

◆епідермісу

епідермісу і дерми

дерми

дерми та гіподерми

гіподермы.

100. Основна функція меланоцитів:

притягання і зв'язування води

вироблення кератину

розпізнавання антигенів

◆вироблення пігменту меланіну

всі перераховані

101. Меланін - це речовина, що визначає:

жирність шкіри

вологість шкіри

◆колір шкіри

пружність шкіри

всі перераховані

102. Колір шкіри визначається:

кількістю меланоцитів

◆кількістю зерен меланіну

кількістю меланосом

кількістю пігмента в клітинах меланоцитів

всі перераховані

103. Які речовини гальмують процес меланогенеза:

альфа-гідроксильні кислоти

ферменти

◆інгібітори тиразіназы

емульгатори

всі перераховані



104. До засобів, що відбілюють шкіру відносять:  
Фітинову кислоту  
Азелаїнову кислоту  
Коеву кислоту  
Гентизинову кислоту  
◆Всі перелічені препарати
105. Яка із вказаних лікарських рослин містить арбутін, гідрохінон, лимонну кислоту та широко застосовується в косметології:  
Одуванчик лікарський  
Хрін звичайний  
◆Толокнянка  
Солодка  
Всі перелічені рослини
106. Яка косметична процедура дозволяє отримати максимальний ефект відбілювання шкіри  
Дарсонвілізація  
Застосування евакуаторної маски  
◆Пілінг хімічний  
Парафінотерапія  
Всі перелічені процедури
107. Який вітамін захищає шкіру від УФ?  
Н  
◆D  
E, C  
A, C  
Всі перераховані
108. Яка з перерахованих процедур сприяє відбілюванню шкіри?  
◆Гліколеві пілінги  
Дарсонвілізація  
УЗ-фонофорез  
Кавітація  
RF-ліфтинг
109. Яка з вказаних кислот не застосовується для проведення пілінгів в умовах косметичних салонів і клінік  
Мегдалева кислота  
Молочна кислота  
Гліколева кислота  
◆Оцтова кислота  
Пирівіноградна кислота

110. Яка амінокислота є джерелом синтезу меланіна в шкірі:

Триптофан

◆Тирозин

Серин

Глутамінова

Пролін

111. Який фермент є ключовим в синтезі меланіну, інгібіція котрого обмежує синтез меланіну:

Діастаза

Ліпаза

◆Тирозіназа

Аспартатамінотрансфераза

Аргіназа

112. Обов'язковою умовою антицелюлітної дієти є:

Дотримуватись питного режиму

Обмеження вуглеводневої їжі

Обмеження споживання кави та газованих напоїв

Збільшення в раціоні кількості клітковини

◆Всі перелічені умови

113. Який із вказаних препаратів застосовується для комплексної профілактики виникнення целюліту:

Еспафлор

Діжджі пивні

◆Целюкар

Екстракт подорожника

Пантенол

114. Який із вказаних компонентів антицелюлітних програм активує ліполіз:

◆Кофеїн

Вітамін Е

Вітамін А

Ефірне масло м'яти

Всі перелічені компоненти

115. Яку із вказаних косметологічних процедур можна застосовувати в антицелюлітних програмах:

Ультразвукова обробка проблемних зон

Електрофорез

Міостимуляція

Обгорткування

◆Всі вказані процедури

116. На якому етапі розвитку целюліту спостерігаються порушення лімфообігу в жировій тканині:

На першому

На другому

На третьому

На четвертому

◆На всіх стадіях розвитку целюліту

117. Який із вказаних препаратів відноситься до венотонізаторів та назначається для корекції целюліту:

Рутин

Вітамін С

Діосмін

Есцин

◆Всі перелічені препарати

118. Які косметологічні послуги мають результат в профілактиці виникнення та корекції целюліту:

Дарсонвалізація

◆Ультразвукове введення ліполітичного препарату

Мікродіагностична терапія

Гомаж

Точковий масаж

119. Який із вказаних препаратів використовується для системної корекції целюліту:

◆Гесперидин

Саліцилова кислота

Нікотинова кислота

Плантаглюцид

Всі перелічені препарати

120. Яка із вказаних процедур входить в склад антицелюлітної програми:

Масаж

Обгартування

Пілінг

Контрастний душ

◆Всі перелічені процедури

121. Пеллоїдотерапію неможна поєднувати з такими процедурами як:

Вібромасаж

Кріотерапія

◆ІЧ-опромінення

Брашинг

Із всіма перерахованими процедурами

122. Мезотерапія в профілактиці розвитку целюліту це:

Введення ліполітичних препаратів ультразвуком

◆Внутрішньошкіряне введення препаратів

Загальна антицелюлітна корекція

Терапія ІЧ-промінням

ПУВА-терапія

123. Ендермологія, як процедура для корекції целюліту це:

Зовнішнє застосування ліполітичних препаратів

Внутрішньом'язове введення корегуючих вагу препаратів

Електрофорез

◆Апаратна методика вакуумно-роликового масажу

Використовують інше визначення

124. Який із вказаних препаратів активує ліпогенез:

Інсулін

РНК

Нікотинова кислота

Катехоламіни

◆Всі перераховані препарати

125. Яка ступінь ожиріння виявляється при ІМТ 28 %:

◆Надлишкова вага

Друга

Третя

Перша

Вага в рамках ідеальної

126. Виявіть ступінь ожиріння пацієнта, якщо ІМТ у нього складає 35

%:

Третя

Норма

Надлишкова вага

◆Перша

Друга

127. З якою основною ціллю кремнійвмісні препарати ( наприклад, сі-локаст) використовують для зовнішньої допоміжної терапії вогнищевій алопеції

◆Покращення структури волосся

Покращення трофіки шкіри

Стимуляція проліферації кератиноцитів

Захист волосся від дії УФ

Усунення факторів, що визивають захворювання

128. Який із вказаних препаратів застосовується для зовнішньої допоміжної терапії вогнищевої алопеції.

1% розчин етонію

Солкосерил

Актовегин

Препарати плаценти

◆Всі перераховані препарати

129. Який із вказаних препаратів має місцево подразнювальну дію на шкіру волосистої частини голови та застосовується для лікування вогнищевої алопеції.

Вінілін

Дермозолон

◆Капсіол

Бензоїл пероксид

130. Який із вказаних препаратів застосовується для зовнішньої терапії андрогенної алопеції.

Алпікор

Піліфортин

Прогестозол

Алопекси

◆Всі перераховані препарати

131. Виберіть лікарську рослинну сировину, відвари якої можуть бути використані як засіб проти лупи:

Листя білої верби

Хвоя білої пихти

Лист кропиви

Березове листя

◆Всі перераховані лікарські рослинні засоби

132. Який із вказаних косметичних прийомів традиційно використовується в сполученні з масажем волосистої частини голови.

Електрофорез

◆Дарсонвалізація

Ультразвукова дія

Маски

Всі перераховані прийоми

133. Які лікарські складові входять в склад косметичних препаратів

для лікування псоріазу волосистої частини голови.

Глюкокортикостероїди

Препарати цинку

Кератолітики в сполученні із глюкокортикоїдами

◆Дьоготь

Всі перераховані складові

134. Які фізіотерапевтичні методи, що діють на шкіру волосистої частини голови використовують в комплексному лікуванні вогнищевої алопеції.

Електрофорез (0,1% р-н резерпіну)

Масаж

Кріомасаж

Дарсонвалізація

◆Всі перераховані методи

135. Які зміни волосся спостерігаються при захворюванні «монілетрикс».

З'явлення вузликів на волоссі

◆Звуження стержня волоса, веретеновидність

Обмеження довжини росту, обламування

Неправильний ріст волосся, вrostання волосся

Всі перераховані признаи

136. Що є причиною дефекту волосся, що носить назву «трихофтіломанія»

Порушення трофіки волосяного фолікула

Зміна хімічного складу волоса

Вростаюче волосся

◆Навмисна травматизація волоса

Неправильний косметичний догляд

137. Назвіть шампунь із кетоназолом для лікарської корекції себореї волосистої частини голови:

Нізорал

Перхотал

Еберсепт

Дермазол

◆Всі перераховані препарати

138. Який із зазначених компонентів ензимних депіляторів впливає на фолікулярний апарат волосся і зупиняє поділ зародкових клітин.

Пепсін

Лідаза

◆Папаїн

Протеаза

Кіназа

139. У волосині розрізняють:

◆стрижень

скловидну речовину

дерму

клітини Меркеля

колагенові волокна

140. Наявність будь-якого фактора є протипоказанням або небажаним для проведення поверхневого пілінгу.

Зморшки

◆Гирсутизм

Пігментація

Постакне

Акне

141. Застосування Дарсонваля небажано при

Посіченому волоссі

Жирній шкірі

Акне

Постакне

◆Гирсутизмі

142. Що є протипоказанням для застосування парафінових масок

◆Гирсутизм

Суха шкіра

В'януча шкіра

Постакне

Все перераховане

143. Яка здатність хітозану використовується в продукції для волосся?

зв'язувати ліпіди

проникати в коріум волоса

проникати в мозковий шар волоса

◆формувати захисну плівку на поверхні волосся

все перераховане

## СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДО ЗАЛІКУ З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

1. Жінка М., 40 років. Проблемна шкіра (жирна з вугровим висипом), не дуже хороший рельєф і присутній демодекс (підтверджено аналізами) найчастіше проявляється весна-осінь. Плюс до всього шкіра досить чутлива. Хоче зробити пілінг шкіри обличчя. Що ви можете порадити?

2. Жінка Ю. 30 років. Проблема врослого волосся. З'явилася ця проблема після використання епілятора. Порадьте альтернативний спосіб вирішення проблеми.

3. Жінка С. 40 років, звернулася до косметолога з приводу виражених зморшок на шкірі чола, куточків очей, гусячих лапок, перенісці. Раніше ніколи до послуг косметолога і не вдавалася. Ваші рекомендації?

4. Жінка С 50 років. Останні кілька років шкіра стала щільніше, товще, втратила натуральний колір, почали з'являтися глибокі зморшки. Складіть програму корекції

5. Жінка М., 28 років, мати 2 дітей, скаржиться на те, що в неї постійно з'являються фурункули на шиї. Яка тактика лікування фурункульозу і можливої реабілітації після вігтності і пологів за допомогою процедури іонофорезу. Визначити протокол процедури в умовах косметологічного салону

6. Чоловік П, 17 років. Учень. Дуже велика кількість вугрів на шкірі. Сам намагався їх прибрати, стало ще більше. Яку програму корекції запропонуєте?

7. Жінка С, 25 років. Студентка. На шкірі папіломи. Вони з'явилися буквально минулого тижня, після того як жінка пройшла курс лікування у невропатолога. Звідки вони могли взятися?

8. Жінка С 23 роки. Чи можливо підчепити якусь інфекцію, загоряючи в вертикальному солярії без білизни? Порекомендуйте засоби захисту від сонця.

9. Жінка С 55 років, звернулася до косметолога з метою омолодження. Об'єктивно: шкіра з сіруватим відтінком, виражений птоз щік, подвійне підборіддя, але шкіра обличчя досить гладка, з незначними дрібними зморшками. Які процедури будуть мало ефективні у даної пацієнтки, а які їй підійдуть?

10. Жінка А. 30 років, звернулася до косметолога з приводу надмірного росту волосся. Об'єктивно: на шкірі передпліччя, гомілки мається надлишковий ріст Пушкове волосся, шкіра не змінена. Що ви порекомендуєте?

11. Жінка І, 36 років. Суха шкіра, але особливих проблем з нею раніше не було, а останнім часом лущитися, постійне відчуття стягнутості, з'явилися зморшки. Як ви думаєте, чому погіршився стан шкіри? І що ви можете порадити для щоденного і щотижневого догляду?



12. Жінка О, 40 років. Нещодавно дізналася, що той тональний крем і пудра якими вона користується гормональні та їх не можна ні в якому разі застосовувати, але як знайти не гормональну косметику, так щоб ще й підходила під тип шкіри? Підкажіть, будь ласка, косметичні фірми, які випускають такі пудру і тональні креми.

13. Жінка О 45 років, звернулася до косметолога з приводу омолодження за скаргами на появу пігментних плям на тильній поверхні кистей. Хвора збуджена, наскільки агресивна, відзначаються перепади настрою. Що ви призначите?

14. Жінка А. 19 років. Студент. Як позбутися від шрамів, які утворилися після прищиків? Шрами виглядають як заглиблення, що з ними робити?

15. Жінка А. 19 років. Студент. Декілька раз майже повністю випадали вій і волосинки на бровах під час вагітності взимку повипали трохи і ось зараз після пологів. Лікарі, до яких зверталася, говорили, що від нестачі вітамінів. головне, як запобігти випадання вій і бровинок, як прискорити їх зростання, і взагалі, чи є спосіб зробити вій довгими, густими і шовковистим, та й брови щоб були гарними?

16. Жінка А. 19 років. Студент. Проблема з синцями під очима, зазвичай не висипається і на ранок прокидаюся з мішками. Що ви можете порадити?

17. Жінка 35 років, звернулася до дерматокосметологу за консультацією з приводу червоності на обличчі. Зі слів пацієнтка часто любить відвідувати сауну. Об'єктивно: колір шкіри обличчя рожевого відтінку, в області крил носа і щік є множинні телеангіоектазії. Який з перерахованих методів фізіотерапії можна використовувати

18. Клієнтка 50 років, європейської національності звернулася до лікаря косметолога, з метою поліпшення зовнішнього вигляду. Шкіра обличчя з сіруватим відтінком, виражені глибокі зморшки. Зі слів пацієнтка любить засмагати, курить. Який тип старіння шкіри присутній у даної клієнтки:

19. Жінка П. 50 років. Вчитель. Складіть, будь ласка, косметологічну противікову програму салонного догляду. У жінки суха, чутлива шкіра обличчя. Не так давно з'явилися брилі на щоках і повіки сильно опустились. Що ви можете порадити? Складіть мені схему домашнього догляду. І ще підберіть сонцезахисний крем.

20. Жінка Ю. 32 роки. Модель. Складіть схему косметологічного догляду за волоссям і шкірою волосистої частини голови. Останнім часом з'явилася сильна лупа. Дайте рекомендації по домашньому догляду. Підберіть косметичні засоби для гігієнічного, профілактичного, лікувального догляду.

21. Жінка П. 22 роки. Ведуча телепередачі. Турбує целюліт на зовнішній поверхні стегон. Після масажів залишаються синці. Які ви ще можете запро-

понувати процедури в умовах салону? Може бути, спробувати поєднані методи?

22. Жінка К 41 рік. Турбує судинна сітка в області крил носа, тонуючи доводиться використовувати дуже велику кількість косметики. Як прибрати сіточку або як мінімум не дати їй розвиватися далі?

23. Жінка Ю. 25 років. Бібліотекар. Раніше були проблеми з акне, боролася різними методами, але нічого мені не допомагало. 9 місяців тому перейшла на сировідчиский спосіб харчування, і шкіра стала значно чистішою, жінка дуже задоволена результатом, але залишилися на щоках рубці від колишніх прищиків. Ви могли б допомогти позбутися від них?

24. Чоловік Ю, 17 років. Учень. Дуже велика кількість вугрів на шкірі. Сам намагався їх прибрати, стало ще більше. Що потрібно робити, що б зменшити їх кількість?

25. Жінка О 29 років. Психолог. Проблемна шкіра, не знаю що робити, є і червоні гнійнички і чорні крапки. Інші спеціалісти, радять робити «Чистку обличчя», може бути ви можете запропонувати ще якусь процедуру. У клієнтки після чищення шкіра дуже довго відновлюється, особливо після механічної і навіть бувало, синці залишалися. Шкіра не чутлива, але дуже ніжна. Що ви запропонуєте?

26. Жінка П. 50 років. Вчитель. Складіть, будь ласка, косметологічну протівікову програму салонного догляду. У клієнтки суха, чутлива шкіра обличчя. Не так давно з'явилися брілі на щоках і повіки сильно опустились. Що ви можете порадити? Складіть схему домашнього догляду.

27. Жінка Ю. 50 років. Домогосподарка. Скласти косметологічну протівікову програму для пацієнтки 50 років з сухою, чутливою шкірою обличчя в умовах косметологічного салону. Обґрунтувати свій вибір. Скласти схему домашнього догляду.

28. Жінка Х 26 років. Актриса. Визначити фототип шкіри клієнта: волосся світле, шкіра біла, очі світлі, шкіра ніколи не загоряє (постійно обгорає). Підібрати клієнту крем для фотозахисту з урахуванням його типу шкіри. Обґрунтувати свій вибір.

29. Жінка О. 57 років. Приватний підприємець. Скласти програму косметологічного догляду за проблемними волоссям (пацієнтці 57 років, волосся ламке, 80% сивої волосини, схильність до випадання волосся).

30. Ваша клієнтка 35 років, пройшла базовий курс мезотерапії (5 сеансів по 1 на тиждень) вітамінні коктейлі, з метою омолодження. Результат задовільний. Ви продовжите підтримуючий курс мезотерапії:

31. На процедуру мезотерапії прийшла пацієнтка 50 років, з сухою, зневодненою, блідою, помірно зморшкуватою шкірою обличчя. При зборі анамне-

зу з'ясувалося, що у пацієнтки є алергія на куряче м'ясо і яйця. Який з препаратів ви можете відразу виключити для цієї пацієнтки і що порадити

32. Клієнтка 30 років, звернулася до лікаря дерматокосметолога зі скаргами на появу "розтяжок" в області молочних залозах. Зі слів годувала грудьми протягом 1.5 року. Який метод, що підсилює контрактільний термогенез ви зможете запропонувати

33. Жінка В 50 років. Скласти програму косметологічного догляду в косметичному салоні для пацієнтки 50 років, що має проблеми гіперкератозу. Підібрати препарати, дати рекомендації щодо домашнього догляду.

34. Жінка С. 22 роки. Клієнтку турбує целюліт на зовнішній поверхні стегон. Тільки масажі робити не бажано, зазвичай залишаються синці. Які процедури ви ще можете запропонувати в умовах салону? Може бути, спробувати поєднані методи?

35. Жінка К, 41 рік. Турбує судинна сітка в області крил носа, тонуючи доводиться використовувати дуже велику кількість косметики. Як прибрати сіточку або як мінімум не дати їй розвиватися далі?

36. Жінка Ю. 25 років. Бібліотекар. Раніше були проблеми з акне, клієнтка боролася різними методами, але нічого не допомагало. Десь 9 місяців тому перейшла на сиродітський спосіб харчування, і моя шкіра стала значно чистішою, зараз дуже задоволена результатом, але залишилися на щоках рубці від колишніх прищиків. Ви могли б допомогти позбутися від них?

37. Жінка С, 25 років. Студентка. На шкірі папіломи Ви мені зможете допомогти? До речі вони з'явилися буквально минулого тижня, після того як клієнтка пройшла курс лікування у невропатолога. Звідки вони могли взятися?

38. Жінка С 30 років. Можна підчепити якусь інфекцію, загоряючи в вертикальному солярії без білизни?

39. Жінка С 55 років, звернулася до косметолога з метою омолодження. Об'єктивно: шкіра з сіруватим відтінком, виражений птоз щік, подвійне підборіддя, але шкіра обличчя досить гладка, з незначними дрібними зморшками. Які процедури будуть мало ефективні у даної пацієнтки, а які їй підійдуть?

40. Жінка А 30 років, звернулася до косметолога з приводу надмірного росту волосся. Об'єктивно: на шкірі передпліччя, гомілки мається надлишковий ріст Пушкове волосся, шкіра не змінена. Що ви порекомендуєте?

41. Жінка Ю. 30 лет. Проблема врослого волосся. З'явилася ця проблема після використання епілятора. Порадьте, яким чином можливо вирішити проблему.

42. Жінка С 40 років, звернулася до косметолога з приводу виражених зморшок на шкірі чола, куточків очей, гусячих лапок, перенісці. Раніше ніколи до послуг косметолога і не вдавалася. Ваші рекомендації?

43. Жінка І 50 років. Продавець. Останні кілька років у мене шкіра стала щільніше, товще, втратила натуральний колір, почали з'являтися глибокі зморшки. Складіть програму догляду за такою шкірою.

44. Жінка М., 28 років, мати 2 дітей, скаржиться на те, що в неї постійно з'являються фурункули на шиї. Яка тактика лікування фурункульозу і можливої реабілітації після вігінності і пологів за допомогою процедури іонофорезу. Визначити протокол процедури в умовах косметологічного салону

45. Клієнтка 50 років, європейської національності звернулася до лікаря косметолога, з метою поліпшення зовнішнього вигляду. Шкіра обличчя з сіруватим відтінком, виражені глибокі зморшки. Зі слів пацієнтки любить засмагати, курить. Який тип старіння шкіри присутній у даної клієнтки:

46. Жінка С 40 років, звернулася до косметолога з приводу виражених зморшок на шкірі чола, куточків очей, гусячих лапок, перенісці. Раніше ніколи до послуг косметолога і не вдавалася. Ваші рекомендації?

47. Жінка І 50 років. Продавець. Останні кілька років у мене шкіра стала щільніше, товще, втратила натуральний колір, почали з'являтися глибокі зморшки. Складіть програму для догляду за такою шкірою.

48. Жінка М., 28 років, мати 2 дітей, скаржиться на те, що в неї постійно з'являються фурункули на шиї. Яка тактика лікування фурункульозу і можливої реабілітації після вігінності і пологів за допомогою процедури іонофорезу. Визначити протокол процедури в умовах косметологічного салону

49. Жінка І, 36 років, журналіст. Суха шкіра, але особливих проблем з нею раніше не було, а останнім часом луцтитися, і постійно присутнє відчуття стягнутості, з'явилися зморшки. Жінка часто мандрує, нещодавно повернулася з Африки, там спека, без кондиціонера спати не можливо було, але вона постійно перед виходом наносила на шкіру жирний крем з сонцезахисним фільтром. Як ви думаєте, чому погіршився стан шкіри? І що ви можете порадити для щоденного і щотижневого догляду?

50. Жінка О, 40 років. Нещодавно дізналася, що її тональний крем і пудра якими вона користується гормональні та їх не можна використовувати ні в якому разі. Але як знайти не гормональну косметику, так щоб ще й підходила під тип шкіри?

## ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДО ЗАЛІКУ З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

1. Сучасні методи діагностики шкіри
2. Келоїдні та гіпертрофічні рубці. Причини розвитку. Косметологічні методи корекції.
3. Косметичні препарати на основі гіалуронової кислоти. Спектр застосування в естетичній медицині.
4. Косметичні препарати на основі коротколанцюгових пептидів. Цитокіни в косметології.
5. Клітинна косметика. Перспективи розвитку та застосування клітинних препаратів в косметології.
6. Плацентарні препарати. Роль та місце в косметології.
7. Біологічно активні речовини в косметологічних лікувальних препаратах.
8. Роль гліколевих пілінгів в програмах підготовки пацієнтів до пластичних операцій.
9. Фітотерапія в косметології.
10. Оніхомікози. Косметологічна корекція. Профілактика виникнення.
11. Хвороби волосся. Косметологічний догляд за волоссям із ціллю профілактики розвитку захворювань шкіри.
12. Малосесіози. Причини виникнення. Лікування. Косметологічний догляд.
13. Прсоріаз. Лікування. Естетична корекція проблемної шкіри.
14. Демодекоз. Причини виникнення. Основні напрямки терапії. Косметичні препарати в лікуванні демодекозу.
15. Естетичні проблеми нігтів. Методи корекції. Косметичні препарати в догляді за проблемними нігтями.
16. Блефаропластика. Підготовка пацієнтів до операції. Косметичний догляд в реабілітаційному періоді.
17. Кругова підтяжка обличчя. Роль та місце косметолога в загальній програмі по догляду за пацієнтами клінік пластичної хірургії.
18. Чутлива шкіра. Догляд за чутливою шкірою. Косметичні препарати гігієнічного догляду. Профілактика раннього старіння шкіри.
19. Ретиноїди в косметології. Препарати вибору.
20. Біохімічні аспекти розвитку вугрової хвороби. Лікування акне.
21. Косметичні препарати для лікування та профілактики розвитку розацея.
22. Атопічний дерматит, причини виникнення. Косметологічний догляд за пацієнтами із атопічним дерматитом.
23. Кортикостероїдні гормони в дерматології.
24. Основи дієтології. Сучасні методи корекції ваги людини.
25. Косметологічні аспекти проблеми ожиріння.
26. СПА-технології в питаннях корекції ваги людини.

27. Ліпосакція в косметології. Лікарські косметичні препарати в догляді за пацієнтами після ліпосакції.
28. Окситерапія в косметології.
29. Алопеція. Можливості косметології при наданні естетичної допомоги.
30. Терапія фотостаріння. Комплексний підхід.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Безопасность лекарств. Руководство по фармаконадзору / Под ред. А.П. Вікторова, В.И. Мальцева, Ю.Б. Белоусова. – К.: МОРИОН, 2007. – 240 с.
2. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии /Л.В. Дериведмедь, И.М. Перцев, Е.В. Шуванова, И.А. Зупанец, В.Н. Хоменко; под ред.. проф.. И.М. Перцева – Х.: Изд-во «Мегаполіс», 2011. – 784 с.
3. Дроговоз С.М., Страшний В.В. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту// Харьков.: Изд-во ХАИ.- 2014.- 450с
4. Зозуляк В.І. Фтизіатрія: Навч. посібник.- Івано-Франківськ, 2011 – 100с.
5. Ківера О. Клінічна оториноларингологія.- Львів, 2006.- 531 с.
6. Клінічна фармакологія: підручник / Кол. авторів; за ред.. О.Я. Бібка, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768 с.
7. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 1 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2012.– 448с.
8. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 2 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2012.– 400с.
9. Клиническая фармакология в кардиологии. Руководство для врачей, провизоров, студентов медицинских вузов – под общ. ред. Крайдашенко О.В., Налетова С.В., Свинтозельского А.А. - Запорожье, ООО «Издательско-полиграфическое объединение «Запоріжжя», 2009 г. – 216 с.
10. Клиническая фармакология. Национальное руководство / под. ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепяхина, В.И. Петрова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.
11. Клиническая эндокринология: руководство (3-е изд). Под редакцией Н.Т. Старковой, СПб. 2012. - 576 с.
12. Клинические рекомендации + фармакологический справочник/ под ред. Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л. .- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012.- 1147 с.
13. Клиническая фармакология: учебник. / под ред. В.Г. Кукеса. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1056 с.
14. Компендиум 2011 - лекарственные препараты / Под ред. Коваленко В.Н, Викторова А.П.. - К.: Морион, 2011. - 2320 с.

15. Купновицкая И.Г. Клиническая фармация / учебник.- Ивано-Франковск, б.и., 2007.- 232 с.
16. Михайлов И.Б., Маркова И.В. Лекарственные средства в педиатрии.- С.-Петербург. мед.изд., 2011.- 313 с.
17. Невідкладна медична допомога / за ред.. Ф.С.Глумчера, В.Ф.Москаленка – К.: Медицина,2006.- 632 с.
18. Невідкладні стани : Підручник/ за ред.. М.С.Регеди,- Львів, 2014.- 844с.
19. Нейко Є.М. Лікування основних захворювань внутрішніх органів.- Івано-Франківськ.- 2011.- 318 с.
20. Нейко Є.М. Виразкова хвороба: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування / Нейко Є.М., Бабенко О.І., Матковська Н.Р. й інші.- Івано-Франківськ, 2008 – 158 с.
21. Нейко Є.М., Соломчак Д.Б., Шевчук А.Г. Хронічний пієлонефрит: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування.–Івано-Франківськ, 2012 – 143с.
22. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 4. Диагностика болезней системы крови: - М.: Мед. лит., 2013. - 512 с.
23. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек: - М.: Мед. лит., 2012.-512 с.
24. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук. для практикующих врачей /Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой. – М.: Бионика, 2012. – 368 с.
25. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ За ред. Децика Ю.І.- К.: Здоров'я, 2011.-504 с.
26. Ревматология. Национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-720 с
27. Регеда М.С. Запальні захворювання легенів та бронхів.- Львів, 2009.- 206с.
28. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. Монография, Москва, 2011.-477 с
29. Середюк Н.М. Внутрішня медицина.- К: Медицина.-2009.-1102 с.
30. Сімейна медицина/ за ред.. В.Б.Гощинського, Є.М.Стародуба,- Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига», 2011.-808 с.
31. Середюк Н.М. Внутрішня медицина і терапія.- К: Медицина, 2007 – 686 с.
32. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. факультетів / Під ред.. О.В. Крайдашенка, І.Г. Купновицької, І.М. Кліща, В.Г. Лизогуба. – Він-



ниця: Нова книга, 2014. – 644 с.

33. Фармацевтична опіка: практичний посібник / І. Зупанець, В Черних, С. Попов, та ін.; [редакцією І. Зупанця та В. Черниха].- Київ: Фармацевт Практик, 2016.-[208] с.

34. Фармацевтическая опека: Практ. руководство для провизоров и семейных врачей/ И.А. Зупанец, В.П. Черных, В.Ф. Москаленко и др.; Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, В.А. Усенко– Х.: Золотые страницы, 2012. – 264 с.

35. Фармацевтическая опека: Курс лекций для провизоров и семейных врачей / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, В.А. Усенко–Х.: Мегаполис, 2014. – 608 с.

36. [http://www.moz.gov.ua/Наказ МОЗ України від 11.10.2013 № 875](http://www.moz.gov.ua/Наказ_МОЗ_України_від_11.10.2013_№_875) "Про затвердження протоколів провізора ( фармацевта)".