

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О.

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ

(Фармацевтична опіка при відпуску безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування уражень шкіри)

Навчально-методичний посібник для студентів 5 курсу фармацевтичного факультету спеціальності «Фармація» до практичних занять за кредитно-модульною системою
(змістовний модуль 7)

Запоріжжя – 2014

Розглянуто на засіданні кафедри клінічної фармакології,
фармації фармакотерапії і косметології
(Протокол № від 2014 року)

Затверджено на засіданні циклової методичної
комісії фармацевтичних дисциплін ЗДМУ
(Протокол № від 2014 року)

Практикум затверджено
на засіданні Центральної методичної Ради
Запорізького державного медичного університету
(Протокол № від 2014 р.)

Рецензенти:

Завідувач кафедри терапії, клінічної фармакології і ендокринології
ЗМАПО, д.мед.н., професор Фуштей І.М.

Завідувач кафедри внутрішніх хвороб-3 ЗДМУ, д.мед.н., професор До-
ценко С.Я.

ЗМІСТ

Введення.....	4
I. ГЕРПЕС ГУБ.....	6
II. МІКРОТРАВМИ ШКІРИ (ПОРІЗИ, САДНА, ПОДРЯПИНИ)...	12
III. ВУГРОВА ХВОРОБА (АКНЕ).....	26
IV. ОПІКИ.....	35
V. ВІДМОРОЖЕННЯ.....	49
VI. ГРИБКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ.....	52
VII. СЕБОРЕЯ ТА ЛУПА.....	67
Самостійна робота	75
Практична частина.....	77
ЛІТЕРАТУРА.....	86

ВВЕДЕННЯ

Шкіра є найбільшим по площі органом тіла. Будучи природним фізичним бар'єром, що захищає розташовані під ним тканини та органи, в цілому ряді випадків саме шкіра зазнає пошкоджень в першу чергу. Разом з тим, беручи до уваги те значення, яке має зовнішній вигляд для самооцінки й почуття впевненості в собі, стає зрозумілим, чому належний стан шкіри так важливо в повсякденному житті кожної людини.

Багато пошкоджень шкіри є поверхневими, невеликими по площі й не заподіюють серйозного ризику здоров'ю, але в той же час потребує проведення лікувальних заходів. До таких пошкоджень можна віднести мікротравми (порізи, садна, подряпини), термічні та хімічні ураження поверхневих шарів шкіри, акне (вугровий висип). У більшості випадків ці пошкодження можуть бути успішно вилікувані за допомогою безрецептурних лікарських препаратів, але іноді вимагають більш серйозних лікувальних заходів, проведення яких можливо тільки після консультації з лікарем. Тому провізор повинен вміти чітко визначати ступінь важкості ураження шкірних покривів у пацієнтів, що звертаються до аптеки, надавати якщо буде потреба першу долікарську допомогу, визначати контингент осіб з пошкодженнями шкіри, при яких обов'язкова допомога лікаря.

За останні роки фармацевтичною промисловістю для симптоматичного лікування пошкоджень зовнішніх покривів запропонована значна кількість нових лікарських препаратів синтетичного (неорганічного та органічного), рослинного, тваринного походження в різних лікарських формах: розчини, емульсії, мазі, полімерні плівки, аерозолі з антисептиками, поверхнево-активними речовинами й ін. Вибір і раціональне використання зазначених ліків можливі тільки за умови, якщо працівник аптеки володіє відомостями про характерні риси кожного з них, знайомий із принципами фармацевтичної опіки пацієнтів при тематичному лікуванні пошкоджень зовнішніх покривів.

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ВІДПУСКУ
БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛП ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ШКІРИ**

I. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.

1. Герпес: причини виникнення. «Загрозливі» симптоми при герпесі.
2. Безрецептурні препарати, що застосовуються для симптоматичного лікування герпесу.
3. Мікротравми: порізи, садна, подрипини. «Загрозливі» симптоми при мікротравмах. Загальні підходи до лікування.
4. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при мікротравмах, умови їх раціонального застосування.
5. Вугрова хвороба: причини виникнення. «Загрозливі» симптоми при вугровій хворобі.
6. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при вугровій хворобі, умови їх раціонального застосування.
7. Опіки. «Загрозливі» симптоми при опіках.
8. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при опіках, умови їх раціонального застосування.
9. Грибкові захворювання шкіри. «Загрозливі» симптоми при мікозах шкіри та придатків.
10. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при мікозах, умови їх раціонального застосування.
11. Себорея та лупа: причини виникнення. «Загрозливі» симптоми при себорей.
12. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при себорей та лупі, умови їх раціонального застосування.

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 передуює 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.

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. Протівірусні 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 роговиці про-

тікає 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), обмежене 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 неухвалене 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 пе-

ребувати 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 правильного 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 сухожиль;
- 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 (самодопомоги) при порізах і саднах є:

- промивання рани;
- зупинка кровотечі;
- накладання стерильної пов'язки (при кровотечі - давячої);
- 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 накласти 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 знову порожевіє. В разі необхідності треба послабити пов'язку.

При незначних пораненнях джгутом не користуються. Для буденних порізів 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.

Порівняльна характеристика безрецептурних лікарських засобів, що застосовуються для лікування порізів, саден і подряпин

Діюча речовина	Торгова назва	Лікарська форма	Фармакологічна характеристика	Застосування	Можливі побічні ефекти
Ранозагоювальні препарати					
Декспантенол	Дермопантен Д-Пантенол Пантенол Пантенол аерозоль Пантенол спрей	Мазь, крем, лосьйон, аерозоль	Декспантенол є попередником пантотенової кислоти. Сприяє швидкій регенерації шкіри із слизових оболонок	Наноситься на уражені ділянки шкіри один або кілька разів на добу. Особливо показаний при сухій шкірі	Шкірно-алергічні реакції
Ромашка аптечна	Квітки ромашки аптечної	Настій	Мас протизапальну, антисептичну, в'язучу дію. Стимулює процеси регенерації	Настій застосовується у вигляді примочок, полоскань.	Підвищення чутливості
Софора японська	Софора японська	Настоянка	Надає протизапальну, протимікробну, кровоспинну дію. Стимулює репарацію	Застосовується у вигляді зрошень і аплікацій під пов'язки	Підвищення чутливості
Живокіст	Мазь живокосту Др. Тайсс	Мазь	Протизапальна, кровоспинна дія. Стимулює репарацію	Застосовується при загоюванні. Наноситься кілька разів, на ніч - під по-	Підвищення чутливості

				в'язку	
Календула	Мазь календули, Календо-дерм, Настоянка календули	Мазь, настоянка	Протизапальна, кровоспинна дія. Стимулює репарацію	При ранах, що тривалий час не загоюються мазь або тампони, змочені розчином, накладають на уражену поверхню кілька разів на добу	Підвищує чутливість
Олія чайного дерева	Олія чайного дерева	100% масляний р-н	Дезінфікуюча дія. Стимулює загоєння ран	Наноситься на поверхню рани 2-3 рази на день	Не встановлені
Тіотриазолін	Мазь тіотриазоліну	2% мазь	Протизапальна дія. Стимулює загоєння ран	Препарат застосовують після хірургічної обробки рани і обробки її поверхні антисептиком	Не виявлені
Антисептики					
Етанол	Спирт етиловий 40%, АХД 2000, Медисепт, Септил, Септол, Фармасепт	Розчин	Антисептична, бактерицидна, місцево подразнююча дія	Застосовується для обробки шкіри, поверхневих саден. Не слід застосовувати при глибоких порізах	Місцево-подразнююча дія
Повідон-йод	Бетадин, Вокалін, Бетадіне, Повідон	Розчин (водний),	Виражена антисептична дія (бактерицидна,	Не застосовувати препарат одночасно з дезінфікую-	Місцеве подразнення. У

	дон-йод	мазь	фунгіцидна, спороцидна, вибірково противірусна, активність щодо найпростіших)	чими засобами, що містять ртуть, малярами, до складу яких входять ферменти, або з бензойною кислотою; р-н несумісний з окиснювачами, солями лугів та речовинами з кислотою реакцією	випадках латентно-гіпертиреозу і при інших захворюваннях щитовидної залози можна застосовувати тільки під контролем лікаря
Йод	Розчин йоду спиртовий 5%, Йоддицерин *	Розчин (спиртової)	Антисептичну, фунгіцидну дію	Р-н наносять на поверхню шкіри, захоплюючи її цілісності здорові ділянки	Місцеве подразнення. Шкірні висипання в місці нанесення
Калію перманганат	Калію перманганат	Розчин (Водний)	Протимікробну, дезодоруючу, в'яжучий, підсушуючу дію	Використовується одноразово зовнішньо для промивання ран	Місцево-подразнююча дія при застосуванні розчину високої

					концент- рації
Етоній	Мазь етонія, Етоній гель	Мазь	Проявляє бакте- ріостатичну і бактерицидну дію, має місце- воанестезуючу ефектом. Стиму- лює загоєння ран	Наноситься на по- верхню рани 1-2 рази на добу. По- казано при інфіко- ваних ранах	Шкірно- алергічні реакції
брилья- нтовий зелений	Розчин діа- мантового зеленого спиртовий	Розчин (спир- тової)	Антисептичну дію	Р-н наносять на поверхню шкіри, захоплюючи при- порушенні її цілі- сності здорові ді- лянки	При по- паданні розчину на слизо- ву оболонку мож- ливо пе- чіння
Кисло- та бор- на	Розчин кис- лоти борної спиртовий, Фукорцин *, Новобор	Розчин (Спир- тової), мазь	Антисептичну, фунгіцидну дію	Не слід наносити препарати борної кислоти на великі поверхні тіла	Можлива гостра або хронічна інтокси- кація: ну- дота, блювота, діарея, шкірний висип, головний

					біль, олі- гурія
Метил- тіонію хлорид	Розчин мети- лену синього спиртовий	Розчин (спир- тової, водний)	Антисептична дія	Р-н наносять на поверхню шкіри, захоплюючи при- порушенні її цілі- сності здорові ді- лянки	Можлива підвище- на чутли- вість
Пере- кис во- дню	Розчин пере- кису водню	Розчин, (Вод- ний)	Протимікробну, дезодоруючу дію; місцево кровоспинну дію	Використовується для промивання поверхневих мік- ротравм і не дуже глибоких порізів. Особливо показа- на при зовнішньо- дуже забруднених ранах	При за- стосуван- ні конче- нтрованих розчинів можливі опіки
Гіпох- лорид натрію	Унісепт	Р-н для зовніш- нього засто- сування	Дезінфікуючий, антисептичну, протимікробну дію	На рану наклада- ють серветки, змо- чені розчином. Слід уникати пот- рапляння в очі	Почуття печіння на місці аплікації. Алергічні реакції
Екте- рицид	Ектерицид	Розчин (масля- ний)	Антисептик, ви- сокоефективний щодо гноерод- ной флори	Використовується 1-2 рази на добу у виді промивань або примочок. Особливо показа- ний при нагноєнні	Не вста- новлені

				рани. Малотоксичний	
Нітро-фура-л	Фурацилін, мазь фурацілінова 0,2%	Р-н водний, р-н спиртовий, мазь	Антисептична, проти-мікробна дія	Розчин використовується для промивання ран, особливо показаний при забрудненні місця поранення. При нагноєнні ран використовується у вигляді примочок. Аерозоль розпорошується з відстані 10-15 см від поверхні шкіри 3 рази з інтервалом 20-30 сек.	Підвищує чутливість
Мірамі-стин	Мірамистін, Мірамідезом	Р-н для зовніш. вик.	Катіонна поверхнево-активна речовина з антисептичною дією	Розчин застосовується для місцевого лікування ускладнених інфікованих ран різної етіології та локалізації, для профілактики вторинної інфекції ран	Можливе відчуття короткочасного печіння, що зникає мимовільно
Хлор-гексидин	Хлоргексидину біглюконат, Бакто-	Р-н для зовн. вик.	Антисептична, бактерицидна дія	Для обробки мікротравм. Застосовується 0,05% во-	

	син *, Сеп- тиклин * крем, Ците- ал*			дний розчин, для обробки ран, опі- ків 0,5% водний розчин. При мік- ротравмах шкіру навколо рани об- робляють розчи- ном, після чого накладають серве- тку, просочену хлоргексидином, і фіксують її пов'яз- кою	
--	---	--	--	---	--

*комбіновані ЛЗ

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 місцевоподразнюючу дію, що проявляється вираженим почуттям печіння, почервонінням шкіри.

Мазі наносяться або безпосередньо на поверхню ушкодженої шкіри, або ними просочуються пов'язки. При мокли 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 порізів 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 місцевоподразнюючу 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.

III. ВУГРОВА ХВОРОБА (АКНЕ)

Звичайні вугрі (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 парою) - 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 гноєм або слизом;
- рубці - бувають вдавнені (атрофічні) і опуклі (гіпертрофічні і келоїдні).

Вибір раціональної лікувальної тактики при вугровій 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 вугровій 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.

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

Порівняльна характеристика лікарських засобів, що застосовуються для місцевого лікування вугрового сипу

Міжнародна назва	Торгова назва	Характерні особливості і побічні ефекти
Кератолітичні засоби		
Саліцилова кислота	Розчин кислоти саліцилової спиртовий 1%, 2%	Саліцилова кислота в складі кремів і мазі озм'якшує роговий шар шкіри, збільшує її ендогенну гідратацію. Пригнічує секрецію сальних і потових залоз. Володіє бактерио фунгістатичною дією. Має пряму протизапальну дію. Спиртовисна основа сприяє висушуванню та лущенню шкіри, тому при тривалому нанесенні на шкіру може викликати контактний дерматит, а також побічні ефекти, характерні для системної дії саліцилатів (саліцилізм)
Сірчана осаджена	Сірчана мазь проста 33%	Розм'якшує роговий шар шкіри. Має протимікробну і протипаразитарну дію. Останнім часом застосовується рідко
Бензоїл пероксид	Оксигель (гель 10%); Угресол (лосьйон 10%), Оксі-10 (емульсія для зовн. вик. 10%)	Стимулює ріст клітин епітелію шкіри, що сприяє його швидкому злущуванню. Має антибактеріальну активність. Відзначений відбілюючий ефект. На самому початку лікування вугрів виникає короткочасне посилення сипу («уявне погіршення»). Можливі реакції підвищеної чутливості

Тіротрицин	Тірозур (гель для місц. Ісп. 1 мг / г по 5 г або 25 г у тубах)	Має антибактеріальну дію. Прискорює процес загоєння ран, стимулює процеси грануляції та епітелізації
Різні комбінації		
Цинку гіалуронат	Куріозин (гель)	Гіалуронова кислота - найважливіший компонент шкіри (55%). Гіалуронат цинку має протизапальну, антибактеріальну і регенерує дію, запобігає розвитку рубців при вугровій хворобі.
Адапален	Безугрей (гель 0,1%)	Ретиноїд для місцевого лікування акне. Стимулює новоутворення епітеліальних клітин, що зменшує ймовірність розвитку комедонів. Має протизапальну дію, володіє комедонолітичною активністю і здатністю нормалізувати процеси кератинізації та диференціації епідермісу. Системна дія не виражена. Не застосовується в період вагітності та годування груддю. Уникати потрапляння в очі
Протимікробні препарати		
Азелаїнова кислота	Скинорен* (крем 20%, гель 15%); Акнестоп (крем 20%) Акне-дерм (крем 20%)	Проявляє протимікробну активність відносно пропіонобактерій акне. Знижує вміст вільних жирних кислот в ліпідах шкіри, нормалізує порушені процеси кератинізації у волосяних фолікулах
Еритроміцин	Еритроміцинова мазь (мазь 10 000 Од / г)	Еритроміцин гнітюче діє на мікроорганізми, що викликають вугровий висип, надає протизапальну дію

Еритромі-цин, цинку ацетат	Зінеріт-8 (по-рош, для готу-вання. Р-ну для зовніш. заст.)	Еритроміцин гнітюче діє на мікроорганізми, що викликають вугровий висип, має протизапальну дію. Цинк знижує вироблення секрету сальних залоз, має в'язучу дію, інгібує формування комедонів, покращує проникнення еритроміцину в шкіру
----------------------------	--	--

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 Некомендовані 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 кислотою 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 гідроксид може викликати виражену сухість шкіри.
- Після застосування будь-яких препаратів для лікування вугрів слід ретельно вмити 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 складати 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 вдавлення вмісту глибоко в шкіру, а не на поверхню, що призводить до нагноєння глибших тканин і утворення рубців.
- Не використовувати жирні креми, лосьйони, користуватися некомендованою декоративною косметикою.

IV. ОПІКИ.

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

Класифікація опікових чинників

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 миттєвій дії навіть дуже високих температур глибина ураження може бути невеликою. В той же час довготривалий контакт з відносно низькотемпературними агентами (гаряча вода, пара] нерідко супроводжується змертвінням не тільки шкіри, але й глибоких анатомічних структур. Інфрачервоні промені проникають у тканини на глибину до 5 мм, прогріваючи 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 прогрівання. Якщо воно не перевищує 60 °С, настає вологий (колікваційний) некроз. При ін-

тенсивнішому прогріванні 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 обуглювання 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.

Діючий агент	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 даний 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 опшпарювання 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 розвинутись 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 поколю-

вання.

Опік III Б ступеня характеризується наявністю пухирів з явно геморагічним вмістом. Якщо пухир розкритий, то дно його сухе, мутне, крапчасте, 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 1520 % 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 швидша 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 небезпечне з огляду на можливість фібриляції шлуночків серця.

При термохімічних опіках (гарячий бітум) змиваємо бензином або керосином. На хімічний опік кислотою накладають примочку із розчину луку (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 ший;

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. Ви-

ражена 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 шкіру навколо опіку, очищену шкіру обробляють спиртом. З опікової поверхні видаляють сторонні тіла і відшаровують епідерміс. Напружені великі пухирі надрізають і випускають їх вміст. Дуже забрудненні ділянки опіку очищують марлевими шариками із 3 % розчином перекису водню або орошають розчинами антисептиків. Надалі лікування визначається динамікою загоєння опікової рани, закритим або відкритим методом.

Місцеве лікування опіків III А ступеня перші 7-8 днів потребує накладення волого-висихаючих пов'язок із розчинами антисептиків (0,02 % фурациліну, 0,1 % риванолу, 3-5 % борної кислоти). Після очищення рани від змертвілих тканин переходять до мазевих пов'язок. Якщо епітелізація затягується, назначають стимулятори регенеративних процесів (алое, склоподібне тіло, вітаміни, протеолітичні ферменти, фізпроцедури. Зрідка виникає необхідність оперативного відновлення шкірних покривів.

При глибоких опіках III Б — IV ступеня всі дії направлені на найшвидше відшарування некротичних тканин і підготовку рани до оперативного відновлення шкірних покривів.

Оперативне лікування глибоких опіків має на меті швидке загоєння рани, а також ставить косметичну і реконструктивну мету. Найдоцільніша наступна класифікація методів шкірної пластики.

Вільна пересадка шкіри:

- 1) пластика розщепленим шкірним трансплантатом;
- 2) пластика повношаровими шкірними трансплантатами;

Невільна пересадка шкіри:

- 1) пластика шкірно-жировими клаптями, викроєними у безпосередньо біля рани;
- 2) пластика шкірно-жировими клаптями, викроєними щонайдалі від рани.

Дерматомна аутопластика широко застосовується для відновлення шкіри при глибоких опіках будь якої локалізації. Вільні шкірні аутотрансплантати приживлюють на будь-яке ложе, дно і краї якого представляє життєздатна тканина, в тому числі й кісткова.

«Загрозливі» симптоми при опіках, що вимагають обов'язкового втручання лікаря

При термічному або хімічному опіках:

- Опіки III А, III Б, IV ступеня.
- Утворення пухирів більше 5 см у діаметрі на великій ділянці шкіри.
- Поверхневі опіки більше 10 % поверхні тіла.
- Ознаки опікового шоку — озноб, нудота, блювання, зміна АТ.
- Будь-які опіки у дітей.
- Хімічний опік глотки, гортані, стравоходу, очей

Характеристика лікарських засобів для симптоматичного лікування опіків (препарати, що сприяють формуванню та регенерації шкіри і слизових оболонок)

Препарат	Склад	Фармакологічна активність	Можливі побічні ефекти
Актовегін	гемодериват телячої шкіри депротейнізований	зстимулює енергетичні процеси функціонального метаболізму і анаболізму, покращує кровопостачання	шкіряно-алергічні реакції, можуть спостерігатися локальні больові відчуття, які не вимагають відміни препарату
Бепантен	декспантенол	сприяє формуванню і регенерації шкіри і слизових оболонок	шкіряно-алергічні реакції
Вінілін (бальзам Шостаковського)	вінілін	бактеріостатична, протизапальна дія, сприяє регенерації пошкоджених тканин, епітелізації ран	не виявлені
Куріозин (розчин, гель)	цинку гіалуронат	гіалуронова кислота — найважливіший компонент шкіри (55 %); гіалуронат цинку володіє протизапальною, антисептичною дією, прискорює природний процес загоєння рани з формуванням косметичного рубця	на початку лікування на місці нанесення р-ну Куріозину іноді може з'явитись легке відчуття печіння, яке поступово проходить

			дить при продовженні лікування.
Левоміколь	містить левоміцетин і метилурацил	протизапальна,антимікробна, репаративна дія	шкіряно-алергічні реакції
Мазь «Календула»	настоянка календули	протизапальна, протимікробна дія, поліпшення кровообігу, в шкірі сприяє загоєнню ран	не виявлені
Мазь каланхое	листя і стебла каланхое перистого	протизапальне, репаративна дія	не встановлені
Мазь метилурацилова	метилурацил	прискорює процеси клітинної регенерації, загоєння ран, надає протизапальну дію	шкіряно-алергічні реакції
Мазь живокосту др. Тайсс	настоянка живокосту, токоферола ацетат	стимулює процеси регенерації тканин, кровоспинна і протизапальна дія	не виявлені
Мазь етонію	етоній	стимулює загоєння ран, володіє місцевоанестезуючим ефектом, проявляє бактеріостатичну і бактеріцидну дію	шкіряно-алергічні реакції
Олія обліпихова	олія з плодів обліпихи	стимулює репаративні процеси, прискорює загоєння ран, володіє антибактеріальною дією	алергічні реакції, можливе відчуття печіння при лікуванні опіків
Олія шипшини	олія з насіння шипшини	регулює метаболічні процеси	шкіряно-алергічні реакції

Олазолъ	олія обліпихи, гліцерин, хлорофенікол, бензокаїн, кислота борна, триетаноламін, ланолін безводний, кислота стеаринова	стимулює репаративні процеси, прискорює загоєння ран, володіє певною антибактеріальною дією	шкіряно-алергічні реакції
Пантенол	декспантенол	сприяє формуванню і регенерації шкіри і слизових оболонок	алергічні реакції
Солкосерил-желе	стандартизований депротейнізований гемодіалізат з крові молочних телят	стимулює синтез колагену і зростання свіжої грануляційної тканини, сприяє ревазуляризації ішемізованих тканин, стимулює ангіогенез	шкіряно-алергічні реакції, можуть спостерігатися локальні больові відчуття, які не вимагають відміни

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 міхури, 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 оберегти від дії високої температури, сонця.
- При лікуванні опіків перевагу віддають препаратам, що містять декс-

пантенол. При застосуванні актовегіну, солкосерилу можуть спостерігатися локальні больові відчуття, які не вимагають відміни препарату.

- В окремих випадках при застосуванні декспантенолу можуть спостерігатися шкірно-алергійні реакції.

- Засоби для нейтралізації хімічного агента, що викликав опік

- При застосуванні метилурацилової мазі, мазі етонію можуть спостерігатися шкірно-алергійні 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 холодового 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° , що характеризується переважним ураженням пальців кінцівок, носа, щік, підборіддя, носа.
2. Відмороження, які виникають при температурі вище 0° 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 уражені 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 °C 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 грівками, 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 лікареві.

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 грибами.

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 дерматомікози), рідше зустрічаються мікози, що викликаються дріжджоподібними (кандидози) і пліснявими грибами (чорна пьєдра, 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 лущен-

ням;

➤ 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 багатокамерні), 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 облисіння, покриті лусочками і схожі па сірі плями. Волосся стає крихкими і обламуються трохи вище рівня шкіри. Дрібні вогнища зливаються в більші, запальна реакція шкіри у вогнищах виражена незначно. При тріхомікозах, 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 обламається 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 оніхомікоз представлений молочно-білою плямою в проксимальній частині нігтьової пластинки, яке росте і може привести до руйнування нігтя. При проксимальному піднігтьові оніхомікозі 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, оніхії та пароніхії, 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 покриттям, 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 «відсіви» у вигляді дрібних пухирців, гнійників. Найчастіше вражаються міжпальцеві складки кистей, зазвичай на правій руці. У жінок кандидоз межсідничної 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) - поверхневе, хронічно рецидивуюче захворювання шкіри та її придатків, обумовлене дріжджоподібними грибами роду *Malassezia*. (*M. furfur*)

Клінічні прояви маласезіоза 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 жовтуватого-рожевого до світло-і темно-коричневого. На поверхні висипань визначається дрібне, мучнисте лущення, легко викликається пошкрябуванням. Поступово плями збільшуються в розмірах, зливаються, утворюють фестончасті 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 лімфаденіту, підвищення температури тіла;
- поява вогнищ облісіння на волосистій частині
- голови, особливо у дітей;
- поява свербіжу, 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, плавально-го 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 Тріхомікози, 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.

До зовнішніх протигрибкових препаратів відносять різні хімічні сполуки, що відрізняються за активної речовини, протигрибкової активності, наповнювачам.

Група	Активна речовина	Найменування препарату	Форма випуску	Характеристика
Похідні імідазолу і триазолу	Кетоконазол	Кетоконазол Кетоконазол-ФІТОФАРМ Ні-зорал Дермазол Кетодин Кетозорал-Дарниця	Крем 2% Шампунь 2% Крем 2% Шампунь 2% Крем 2% Крем 2% Шампунь 2%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних грибів
	Клотримазол	Клотримазол Клотримазол-ГЕКСАЛ Клотримазол-ФІТОФАРМ Кандібене-крем Канестен Кандид-крем Кандид розчин Кандид пудра	Мазь 1% Крем 1% Р-н д / нар. прим.крем 1% Мазь 1% Крем 1% Крем 1% Спрей 1% Крем 1% Р-н д / нар.	Фунгістатичну активність щодо дріжджоподібних і пліснявих грибів, дерматофітів

			прим.1% Пор. д / нар. прим	
--	--	--	----------------------------------	--

Антигрибкові лікарські засоби.

Група	Активна речовина	Найменування препарату	Форма випуску	Характеристика
	Клотримазол + беклометазон	Кандид Б	Крем	Додаткове проти-запальну дію
	Клотримазол + беклометазон + гентаміцин	Кандерм-БГ Кандідерм	Крем Крем	Додаткове анти-бактеріальну та протівовосполіте-льними дію
	Клотримазол + бетаметазон + гентаміцин	Трідерм	Мазь Крем	
	Клотримазол + кислота саліци-лова	Клотрисал-КМП	Мазь	Додаткове керато-літичну та кера-топластичну дію
	Клотримазол + гентаміцин + екстракт календули сухий, екстракт деревію густий	Клотрекс	Мазь	Додаткове анти-бактеріальну, про-тизапальну, в'я-жучий і дезодорує
	Біфоназол	Микоспор Біфонал-ЗДОРОВ'Я Біфунал	Крем 1% Р-н д / зов-ніш.прим. Гель 1% Крем 1%	Фунгістатичні і фунгіцидна акти-вність щодо дер-матофітів, дріж-джоподібних гри-

				бів; протизапальну, протиалергічну дію
	Біфоназол + сечовина	Микоспор набір	Мазь, смужки пластирні, скребок	Додаткове кератолітичну та кератопластичну дію (лікування оніхомікозу)
	Міконазол	Міконазол Міконазол ГЕКСАЛ Міконазол-Дарниця Мікогель-КМП	Крем2% Крем2% Крем2% Гель 2%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних грибів; антибактеріальну дію
	Міконазол + мазі-предон	Мікозолон	Мазь	Додаткове протизапальну дію
	Ізоконазол	Травоген	Крем 1%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних та пліснявих грибів; антибактеріальну дію
	Ізоконазол + дифлукортолон	Травокорт	Крем	Додаткове протизапальну і протиалергічну дію

	Еконазол	Еконазол Екодакс Екалін	Гель 1% Крем 1% Крем 1% Спрей 1%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних та пліснявих грибів; антибактеріальну дію
	Оксиконазол	Міфунгар крем	Крем 1%	Фунгіцидну дію відносно патогенних грибів; антибактеріальну дію
	Фентиконазол	Ломексин	Крем 2%	Фунгістатичну і фунгіцидну дію, має антибактеріальну та протизапальну дію
	Омоконазол	Мікогал	Крем 1%	Фунгістатичну та антибактеріальну дію
	Сертаконозол	Залаїн	Крем 2%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних та пліснявих грибів; антибактеріальну дію
Антибіо-	Гризеофульвін	Гризеофульвін	Лінімент 2,5%	Фунгістатичну

тики				активність щодо дерматофітів
	Ністатин	Нистатиновая мазь	Мазь 100 000 МО / г	Фунгістатичну активність щодо дріжджоподібних і плесневих грибів
	Натамицин	Пімафуцин	Крем 2%	Фунгицидна активність щодо дріжджоподібних грибів
	Натамицин + неомицин + гідрокортизон	Пімафукорт	Мазь Крем	Додаткове проти-запальну, антибактеріальну дію
Інші протигрибкові засоби для місцевого застосування	Тербінафін	Ламізил Ламізил Дер-мгель Ламізил УНО Ламікон Міконорм Мікофін Тербізіл Екзіфін Бінафін Ламіфасту Мікозил-Стома Тербинов Тербінокс	Крем 1% Спрей 1% Гель 1% Р-н д /нар.прим.пленк ообр. Крем 1% Спрей 1% Крем 1% Крем 1% Спрей 1% Крем 1% Крем 1% Крем 1% Крем 1% Крем 1%	Фунгістатичні і фунгіцидна активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних грибів

		Тербоніл Фунготек Фунготербін	1%	
	Нафтифін	Екзодерил	Крем 1% Р-н д / нар.прим. 1%	Фунгістатичні і фунгіцидна акти- вність щодо дер- матофітів, дріж- джоподібних гри- бів
	Ундеціленовая кислота та похі- дні Ундецілена трі- деканамін	Нітрофунгін НЕО	Р-н д / нар.прим.Спре й	Фунгістатичні і фун-гіцидная ак- тивність щодо де- рматофітів, дріж- джоподібних та пліснявих грибів
	Ундеціленовая кислота + цинку ундецилената	Мікосептин	Мазь	Фунгістатичні, фунгицидная, ба- ктеріостатичес- кая активність, в'яжу- чу дію
	Ундеціленовая- кислота + цинку ундецилената + ани-лід саліци- лової кислоти	Цинкундан	Мазь	Фунгістатичні і фунгіцидна акти- вність, додаткове кератолі-тичні, кератопласті- ческий і терпку дію
	Йод і його пре- парати	Розчин йоду Бетадин	Розчин 5% спиртовий роз-	Фунгицидная ак- тивність щодо де-

			чин 10% Мазь 10%	рматофітів дріжджоподібних грибів, антисептичну, антибактеріальну дію
	Саліцилова кислота	Саліцилової кислоти р-р спиртовий	Р-рд/нар.прим.	Кератолітичну, кератопластичну дію
	Мірамістин	Мірамістин	Мазь 0,5%	Фунгістатичні актив-активність щодо дерматофітів, дріжджоподібних грибів; антибактеріальну, регенеруючу дію
	Теобондітіомікоцід	Теобондітіомікоцід	Пор. д / п р-ра д / нар. прим.	
Фенол і його препарати				
	Фенол + фуксин осн.+ Кислота борна + резорцинол + + ацетон	Фукорцин	Р-н д / нар.прим.спирт.	Антисептичну і дезинфікуючу дію, активний щодо дерматофітов
	2-хлор-4-нітрофен-нол	Нітрофунгін	Р-н д / нар.прим.	

Фармацевтична опіка при застосуванні протигрибкових препаратів місцевої дії

➤ Лікування навіть безрецептурними зовнішніми засобами протигрибкової 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 протирецидивне лікування, яке полягає в обтиранні шкіри протягом 1 місяця 2% саліциловим 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 самотійно 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 себореї 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 себореї, 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 мікрфлори усть сальних залоз *Malassezia furfur*, стафілококи білий і золотистий, коринебактерії акне);

➤ вогнища хронічної інфекції (хронічний тонзиліт, аднексит, гайморит, карієс і т. ін.);

➤ гіповітаміноз (особливо B₆, A), нестача цинку в організмі, незбалансоване харчування.

Клінічні прояви себореї 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 жовтуватобілих лусочок. Густа форма жирної себореї характеризується ущільненням, зниженням еластичності шкіри, буросіруватою забарвленням, виникненням комедонів (чорні вугрі), міліумів (білі вугрі), вузликових 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. Лушення 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 себореї та лупи. З підвищенням активності сальних залоз в пубертатному періоді існуюча невелика популяція грибків *Pitysporum ovale* 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% *Pitysporum ovale* (*Malassezia furfur*), при лупи - 84%, себорейному дерматиті - 83%, що є яскравим підтвердженням етіологічної ролі грибка *Pitysporum ovale* 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 *Pitysporum ovale* 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 себореї, лусочки насичуються секретом сальних залоз, стають шаруватими, жовтуватими, смуги стають жирними, лисніють, з'являється свербіж. Дрібні висівкоподібні лусочки при сухій себореї 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 себореї 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 себореєю

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

- поява «загрозливих» симптомів при себорейній лупі вимагає спеціального медичного дослідження;

- дотримання дієти з виключенням тваринних жирів, обмеженням вуглеводів, 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 себорейній лупі голову слід мити не частіше 1 разу на 4-5 днів, при сухій себорейній лупі - 1 раз в 7-8 днів, використовуючи лікувальні шампуні. З урахуванням типу себореї можна додатково застосовувати шампуні або кондиціонери з біоактивними добавками, рослинними оліями.

Загальні підходи до лікування себореї та лупи

Місцеве лікування себореї 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 себореї і лупи, зазвичай входить один або кілька активних компонентів:

- похідні імідазолу (кетоконазол);

- похідні цинку (піритіон цинку);

- похідні гідропірідона (ціклопірокс);
- похідні селену (дисульфід селену).

Необхідно, щоб активна речовина мала протигрибковий ефект, що призводить до зменшення популяції *Pitysporum ovale*. Найбільш широке поширення в терапії лупи і себореїного 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 себорейі 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 себорейі шкіру знежирюють і дезінфікують, полегшуючи саловідділення. Очищення шкіри проводять водою з гелями для вмивання (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 себорейєю обов'язково очищення рідкими кремами і тоніком, що не містять спирт (пінистий крем Uriage, гель з екстрактом вівса Реальба Ducray і т. ін.). Після очищення використовують креми, що містять 5% вітаміну Б в комплексі з вітамінами А і Е, зволожуючі креми з церамідами, 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, α -гідрокси кислоти та ін.) При змішаній себорейі призначають комбіноване лікування.

Лікувальні шампуні проти себореї і лупи, що відпускаються без рецепта

Назва шампуню	Показання до застосування	Основні активні компоненти	Дія
Нізорал, Дермазол, Дермазол плюс, Кетозорал-Дарниця, Кеназол Кето плюс, Кетоконазол, Оразол, Перхотал, Еберсепт	Себорейний дерматит Ви-сівкоподіб-ний лишай, лупа	Кетоконазол	Фунгістатична, фунгіцидна
Скін-Кап	Лупа, себорея жирна (густа, рідка)	Піритіон цинк	Фунгістатична, бактеріостатична
Фрідерм-Цинк	Лупа	Піритіон цинк	Фунгістатична, бактеріостатична
Фрідерм-Де-Готь	Себорея жирна	Дьоготь	Себостатична, кераторедуруюча та кератолітична, протизапальну
Фітовал шампунь проти лупи		Іхтіол світлий, пантенол, екстракти арніки і розмарину	Антипроліферативна, протисвербіжна, антисеборейна, регенеруюча, протизапальна

Терапія себореї повинна бути комплексною та індивідуальною. Важливе значення в лікуванні себореї мають вітаміни (ретинол, нікотинова 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 себоре-

єю нормалізують функцію шлунково-кишкового тракту (про- і пребіотики, гепатопротектори, ентеросорбенти). При важкому перебігу себореї під наглядом дерматолога рекомендуються ретиноїди (изотретиноїн), ендокринолога - препарати жіночих статевих гормонів, антіандрогени.

Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів місцевої дії для лікування себореї і лупи

- Лікування себореї 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 себореї 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 себореї і лупи можуть призначатися вагітним і годуючим жінкам, так як вони практично не адсорбуються в системний кровотік.
- Раціон харчування хворого себореею 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.

САМОСТІЙНА 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 «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування герпесу»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

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

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

5. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування вугрової хвороби»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

6. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування відморожень»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

7. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування грибкових захворювань»:

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

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

Фармакологічні групи	Механізм дії й показання	Лікарські препарати

ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА.

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

2. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування опіків.____

3. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування акне._____

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

5. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування грибкових захворювань._____

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

Завдання № 7 Вирішіть тестові завдання:

1. Виберіть препарат для корекції гіпертрофічних рубців:

- A. Дермовайт
- B. Контратубекс
- C. Хроностим
- D. Вуденхил
- E. Всі перелічені препарати

2. Який препарат використовують для лікування вугрової хвороби:

- A. Цинкова мазь
- B. Зінерит
- C. Куріозин
- D. Ерифлюїд
- E. Всі перелічені препарати

3. Який із перерахованих препаратів містить в своєму складі бензоїл пероксид:

- A. Экларан
- B. Базирон
- C. Десквам
- D. Бензакне
- E. Всі перелічені препарати

4. Мазь бензилбензоата застосовується в косметології:

- A. Для покращення трофіки шкіри
- B. Протипаразитна дія
- C. Як депігментуючий засіб
- D. Як сонцезахистний засіб
- E. З ціллю профілактики розвитку куперозу

5. Який компонент косметичних препаратів, що використовують має камедоногенний ефект:

- A. Ізопропил ланолат
- B. Лаурил сульфат натрію
- C. Ізостеариновий спирт
- D. Кісточкове персикове масло
- E. Всі перелічені компоненти

6. Назвіть препарат третиноїна:

- A. Акне-міцин
- B. Атредерм
- C. Локацид
- D. Айрол
- E. Всі перелічені препарати

7. Вкажіть препарат для зовнішньої корекції рожевих вугрів:

- A. Метрогил-гель
- B. Розамет
- C. Зінерит
- D. Ерифлюїд
- E. Всі перелічені препарати

8. Який антибіотик входить в склад препарату «Зінерит» для лікування хвороб сальних залоз:

- A. Пеніцилін
- B. Еритроміцин
- C. Тетрациклін
- D. Оксицилін
- E. Всі перелічені антибіотики

9. Термін «мацерація» -це:

- A. Вивільнення вивідних протоків сальних та потових залоз від секрету
- B. Видалення захисної поверхневої мантиї шкіри
- C. Розмокання шкіри
- D. Жирність шкіри
- E. Всі перелічені косметичні прийоми

10. Вугрова хвороба характеризується:

- A. дебютом у перші дні життя
- B. появою пухирів з тонкою покришкою
- C. значним поширенням у підлітків
- D. процес може поширюватися на слизову оболонку порожнини рота
- E. на поверхні вогнищ виражене лущення

11. Жирна шкіра схильна

- A. до зневоднення
- B. до акне
- C. до лущення
- D. витончення
- E. всі перераховані

12. Найбільш частий вік появи вульгарних вугрів

- A. 5-10років
- B. 10-12років
- C. 12-18років
- D. 18-25 років
- E. 25-30 років

13. Як змінюються сальні залози у період статевого дозрівання?

- A. розміри й активність сальних залоз різко зменшується
- B. розмір збільшується, активність зменшується
- C. розмір не змінюється, активність збільшується
- D. розміри й активність сальних залоз різко збільшуються
- E. не змінюються

14. Себорея - це:

- A. Спадкове захворювання
- B. Захворювання, обумовлене розладом утворення шкірного сала
- C. Вогнищева алопеція
- D. Результат життєдіяльності *Pityrosporum orbiculare*
- E. Різновид піодермії

15. При себорейі змінюються :

- A. Процеси ороговіння
- B. Функція потових залоз
- C. Хімічний склад шкірного сала
- D. Будова нігтів
- E. Секреторна функція сальних залоз

16. Причинами виникнення себорейі можуть бути :

- A. Генетична схильність
- B. Порушення рівноваги між андрогенами та естрогенами
- C. Вегетативні розлади
- D. Захворювання ШКТ
- E. Грибкова інфекція

17. Виділяють такі клінічні форми себореї:
- A. Жирна
 - B. Гіперкератична
 - C. Суха
 - D. Змішана
 - E. A,C,D
18. Типовими клінічними проявами сухої себореї є:
- A. Локалізація на себорейний ділянках
 - B. Виражена мацерація
 - C. Свербіж
 - D. Відсутність первинних морфологічних елементів
 - E. Лущення шкіри (лупа)
19. Типовими клінічними проявами жирної себореї є:
- A. Висівкоподібному лущення шкіри
 - B. Сальний блиск шкіри
 - C. Жирні , злиплі волосся
 - D. Атрофія шкіри
 - E. B,C
20. Себорея може бути причиною виникнення:
- A. Алопеції
 - B. Себорейної екземи
 - C. Юнацьких вугрів
 - D. Атером
 - E. Піодермії

21. Для лікування себореї використовують:
- A. Спиртову настоянку йоду
 - B. Мазі з кортикостероїдами
 - C. Мазі з кетоназолом
 - D. Розчин фурациліну
 - E. Примочки з резорцином
22. Провідним етіологічним фактором акне є :
- A. Гіперандрогенемії
 - B. Порушення азотистого обміну
 - C. Зміни амінокислотного складу крові
 - D. Виражений імунодефіцит
 - E. Синдром мальабсорбції
23. У патогенезі акне велику роль відіграють :
- A. порушення ороговіння
 - B. психоемоційні стреси
 - C. гіперфункція сальних залоз
 - D. фотосенсибілізація
 - E. діяльність бактерій
24. До поверхневих формам акне відносяться:
- A. комедони
 - B. флегмонозні вугри
 - C. папульозні асне
 - D. конглобатні вугри
 - E. пустульозні асне

25. Вульгарні вугри локалізуються на :
- A. нижніх кінцівках
 - B. обличчі
 - C. животі
 - D. спині
 - E. сідницях
26. Лікування акне проводиться з урахуванням :
- A. Антибіотикограми
 - B. Загального аналізу крові
 - C. Рівня андрогенів в крові
 - D. Ревмотестів
 - E. Рівня глюкози в крові
27. Для зовнішньої терапії акне використовують:
- A. Спиртові розчини антибіотиків
 - B. Спиртові розчини саліцилової кислоти
 - C. Зовнішні ретиноїди (ретин - А , локалід , айрол)
 - D. Препарати азелаїнової кислоти (Скінорен)
 - E. Препарати Бензоїлпероксид (бензакне , ОХУ-10)
28. Загальна терапія акне включає:
- A. ароматичні ретиноїди
 - B. антигістамінні препарати
 - C. антиандрогени
 - D. цитостатики
 - E. антибіотики

29. Висипання при рожевих вуграх локалізуються на :

- A. Обличчі, спині, грудях
- B. Ший, верхніх кінцівках.
- C. Грудях, спині
- D. Спині
- E. Плечовому поясі, животі.

Варіанти відповідей:

1.	B	2.	E	3.	E	4.	B	5.	E	6.	E	7.	E	8.	B	9.	C	10.	C
11.	B	12.	C	13.	D	14.	B	15.	E	16.	A	17.	E	18.	E	19.	E	20.	A
21.	C	22.	D	23.	E	24.	A	25.	B	26.	A	27.	E	28.	E	29.	A	30.	

ЛІТЕРАТУРА.

А. ОСНОВНА

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», 2001. – 784 с.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А.Д.Кацамбаса. – 2012. – 450 с.
4. Клінічна фармакологія: підручник / Кол. авторів; за ред.. О.Я. Бібка, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768 с.
5. 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, 2005. – 448 с.
6. 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, 2005. – 400 с.
7. Клиническая фармакология. Национальное руководство / под. ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепахина, В.И. Петрова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.
8. Компендиум 2012 - лекарственные препараты / Под ред. Коваленко В.Н, Викторова А.П.. - К.: Морион, 2012. - 2320 с.
9. Курбанова А.А. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. Атлас-справочник., 2009. – 640 с.
10. Невідкладна медична допомога / за ред.. Ф.С.Глумчера, В.Ф.Москаленка – К.: Медицина,2006.- 632 с.
11. Невідкладні стани : Підручник/ за ред.. М.С.Регеди,- Львів, 2008.- 844с.

12. Нейко Є.М. Лікування основних захворювань внутрішніх органів. - Івано-Франківськ.- 2001.- 318 с.
13. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук. для практикующих врачей /Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой. – М.: Бионика, 2002. – 368 с.
14. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ За ред. Децика Ю.І.- К.: Здоров'я, 2000.-504 с.
15. Родионов А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение.- 2012- 908 с.
16. Середюк Н.М. Внутрішня медицина.- К: Медицина.-2009.-1102 с.
17. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. факультетів / Під ред.. О.В. Крайдашенка, І.Г. Купновицької, І.М. Кліща, В.Г. Лизогуба. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 644 с.
18. 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.
19. 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, 2012. – 608 с.

Б ДОДАТКОВА

1. Дроговоз С.М., Страшний В.В. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту// Харьков.: Изд-во ХАИ.- 2002.- 450с.
2. Клинические рекомендации + фармакологический справочник/ под ред. Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л. .- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- 1147 с.
3. Клиническая фармакология: учебник. / под ред. В.Г. Кукеса. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с.
4. Купновицкая И.Г. Клиническая фармация / учебник.- Ивано-Франковск, б.и., 2007.- 232 с.

5. Михайлов И.Б., Маркова И.В. Лекарственные средства в педиатрии.- С.-Петербург. мед.изд., 2002.- 313 с.
6. 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.
7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 4. Диагностика болезней системы крови: - М.: Мед. лит., 2003. - 512 с.
8. Сімейна медицина/ за ред.. В.Б.Гощинського, Є.М.Стародуба,- Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига», 2005.-808 с.
9. Середюк Н.М. Внутрішня медицина і терапія.- К: Медицина, 2007 – 686 с