УДК

ВИВЧЕННЯ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ

Штучна Н.І.,* д-р фарм. наук, проф. Вишневська Л.І., **
д-р фарм. наук, проф. Хоменко В.М.*
***Кафедра фармації та фармакології**
Донецького національного медичного університету, м. Лиман, Україна
****Кафедра аптечної технології ліків**
Національного фармацевтичного університету, м. Харків, Україна

Актуальність.

Захворювання шкіри обличчя – одна з найпоширеніших причин звернення до дерматолога, оскільки значно знижують якість життя пацієнта, його психологічний стан через естетичну проблему. Стан шкіри обличчя значно впливає на соціальну адаптацію, самооцінку та впевненість у собі, саме тому питання її здоров'я є актуальним.

Захворювання шкіри обличчя можна класифікувати наступним чином.

Себорейний дерматит обличчя – хронічне запальне захворювання шкіри обличчя, яке виникає при надмірній колонізації шкіри грибком Malassezia furfur. На обличчі уражаються ділянки навколо носа та чоло. Проявляється червоними плямами з жирними лусочками на поверхні. На ріст грибка впливає багато факторів: харчові порушення (гостра їжа, алкоголь), шкідливі звички, спадковість, гормональні зміни, стреси, тощо.

Розацеа (рожеві вугрі) – генетично обумовлене захворювання шкіри, на розвиток якого впливають багато чинників, як зовнішних так і внутрішніх. Клінічно проявляється почерврнінням шкіри, появою телеангіоєктазій (судинних зірочок), під час загострення може з'явитись гнійничкові висипання. До зовнішніх чинників відносять вживання гарячих страв і напоїв, гострої їжі; довготривале засмагання у літній період, а також штучну інсоляцію в солярії; професійні подразники, пов'язані з особливістю вашої професійної діяльності; нераціональне застосування косметичних засобів (використання хімічних агресивних речовин і жорстких скрабів; надмірне нанесення косметичних засобів тощо); тривале застосування гормональних мазей і кремів; паління, зловживання алкоголем та емоційний стрес. Також встановлено, що розацеа можуть викликати шкірні кліщі, які ускладнюють перебіг цього захворювання.

До внутрішніх чинників відносять: порушення вегетативної нервової регуляції; зміни кровообігу; захворювання шлунка та кишківника; захворювання печінки, жовчного міхура; ендокринні захворювання; зниження імунітету; наявність хронічних захворювань зубів, горла, носа, вуха тощо).

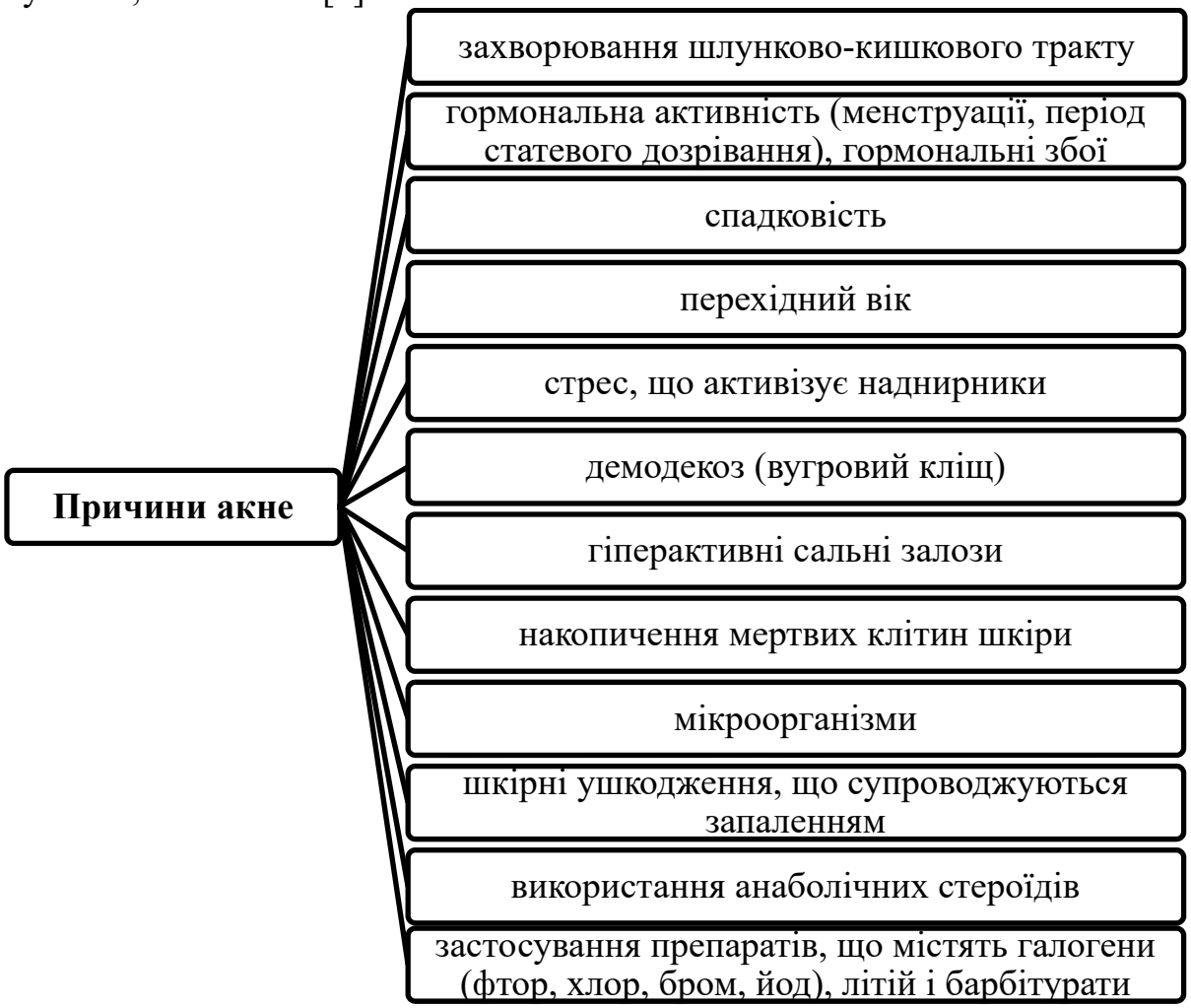
Періоральний дерматит – це запалення шкіри навколо рота, може бути навколо очей. Клінічно проявляється обмеженим почервонінням, лущенням, появою папульозних та гнійничкових висипів. Частіше виникає у жінок після 30 років. Провокуючими факторами можуть бути: зловживання кортикостероїдними мазями, фторовані зубні пасти, зубні протези тощо.

Хронічний, часто рецидивуючий перебіг дерматозу підкреслює складність його етіопатогенезу і необхідність комплексного підходу до терапії захворювання [2].

Причини хвороби донині залишаються нез'ясованими. У механізмі розвитку основна роль відводиться себореї, яка знижує бактерицидний ефект шкірного сала і призводить до активізації кокової флори. Важлива роль у механізмі вугрової хвороби відводиться бактерії Propionibacterium acnes.

Незважаючи на появу сучасних методів лікування, вугрова хвороба досі залишається одним з найбільш поширених дерматозів у молодих людей. Крім того, вугрова хвороба може персистувати тривалий час протягом багатьох років, періодично загострюючись, призводити до пошкоджень шкіри та вираженого неестетичного рубцювання. Це захворювання практично завжди асоційоване з погіршенням психосоціального стану пацієнта, розвитком депресивних станів.

При лікуванні дерматологічних захворювань у призначеннях здебільшого переважають препарати у формі мазей. Мазі складаються з мазевої основи та активних фармацевтичних інгредієнтів, рівномірно в ній розподілених або розчинених. Крім того, до складу мазей часто включають допоміжні речовини: стабілізатори, емульгатори, антиоксиданти, консерванти, активатори всмоктування, ПАР та ін. [2].



Спочатку головною причиною акне вважали порушення гормональної активності, однак, далі з'ясувалося, що звуження фолікулярних каналів

(гіперкератінізація) і утримування шкірою рідини також є важливими етіологічними агентами. Гормонами, що провокують акне, є тестостерон, дигідротестостерон, дегідроепіандростерон, а також інсуліноподібний фактор росту 1.

Акне в постпубертатному періоді спостерігається рідко. Воно може бути пов'язано з синдромом полікістозу яєчника або синдромом Кушинга. У менопаузі акне розвивається через нестачу естрадіолу (acne climacterica).

Проведені дослідження показали, що розвиток і перебіг дерматозу багато в чому залежить від сімейної (генетичної) схильності, а також від типу, кольору шкіри і національних особливостей. Акне це захворювання з високим сімейним накопиченням – близько 50 %. Простежується загальна закономірність: чим частіше і важче спостерігають акне у родичів, тим тяжче перебіг захворювання буде у потомства. Акне рідше і в більш легкій формі відзначається у японців і китайців, в той час як для кавказьких народів характерні висока частота виявлення й більш важкий перебіг дерматозу [3].

Американською академією дерматології запропонована класифікація, згідно з якою виділяють 4 ступеня тяжкості акне:

- 1 ступінь – комедони (відкриті і закриті) і до 10 папул;
- 2 ступінь – комедони, папули і до 5 пустул;
- 3 ступінь – комедони, папули-пустульозний висип, до 5 вузлів;
- 4 ступінь – виражена запальна реакція в глибоких шарах дерми з формуванням множинних болючих вузлів і кіст [4].

Отже, вивчення асортименту лікарських препаратів для терапії дерматологічних захворювань шкіри екстемпорального виготовлення в Україні, а також розробки нових і удосконалення вже існуючих лікарських засобів є актуальною проблемою медицини і фармації.

Мета дослідження. Метою дослідження було вивчення асортименту лікарських препаратів для терапії дерматологічних захворювань шкіри екстемпорального виготовлення.

Методи дослідження. Методами дослідження були бібліосентиматичний, аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування акне екстемпорального виготовлення, а також папірянні та електронні джерела інформації.

Виклад основних результатів. В даний час розроблені алгоритми лікування хворих з акне залежно від ступеня тяжкості захворювання. Лікування тривале і вимагає витримки. Воно спрямоване на усунення себореї. Традиційно застосовують препарати системної дії і місцеві засоби. Важливий комплексний підхід до пацієнтів з різними формами вугрової хвороби, їм потрібна тривала патогенетична терапія на тлі правильно підібраного базового догляду. Правильне поєднання різних препаратів для системної та зовнішньої терапії дозволяє отримати добрі результати у більшості осіб, які страждають на акне.

Лікування акне зводиться до 5 напрямів: нормалізація скидання відмерлих клітин шкіри, знищення Propionibacterium acnes, використання лікарських засобів з протизапальним ефектом, гормональний вплив та поєднання означених попередніх напрямів.

За результатами дослідження асортименту готових лікарських препаратів,

представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку для лікування акне було визначено наступне. В основному, це комбінації кліндаміцину, бензоїлу пероксиду, кислоти азелаїнової, еритроміцину і цинку ацетату в різних лікарських формах – гелях для зовнішнього застосування, розчинах нашкірних, порошках для приготування розчинів для зовнішнього застосування. Однак, більшість з них є іноземного виробництва, а у низки – скінчився термін реєстрації. Важливим є також те, що вони мають високу вартість.

Далі ми провели аналіз лікарських препаратів для застосування в дерматології, що тривало виготовляються екстемпорально в умовах аптеки.

Для зовнішнього лікування акне застосовують кератолітичні засоби: кислоти саліцилову і борну, резорцин – у вигляді спиртових розчинів різних концентрацій (0,5-2 %) і застосовуються 1-2 рази на день після вмивання.

При папуло-пустульозних формах акне призначають суспензії з 5-10 % вмістом сірки, а при індуративних формах – мазі: сірчана (5-10 %), сірчано-резорцинова (5 %), сірчано-дегтярна. Ціі засоби володіють протизапальною, антибактеріальною і комедонолітичною діями і надають тимчасовий ефект [5].

Також тривалий час користуються популярністю препарати з сіркою, стрептоцидом, резорцином, кислотою саліциловою, кислотою борною, левоміцетином, еритроміцином, кліндаміцином, метронідазолом, етанолом, хлороформом та ін. в різних кількостях і комбінаціях.

Висновки. З огляду на актуальність теми, робота по розробці складу і технології рідкого препарату для лікування дерматологічних захворювань шкіри триває.

Література.

1. Байва П. П., Макарова О. Є., Баранова І. І., Мартинюк Т. В. Дослідження асортименту дерматологічних лікарських засобів для лікування інфекційних захворювань шкіри. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації.* 2017. № 4 (52). С. 36–41.
2. Суворова К. Н., Котова Н. В. Юнацьке акне – клініка, патогенез, лікування. *Рос. журн. кожн. і вен. захв*. 1999. № 5. С. 67–72.
3. Пашинян А. Г. Сучасні методи терапії акне / МС. 2010. № 54. С. 72–77.
4. Супрун Е. В., Пімінов О. Ф. Актуальні питання зовнішнього лікування вугрової хвороби. *Щотижневик «Аптека»*. 2013 № 39. С. 14–16.
5. Волкова Є. Н. Сучасні підходи до терапії вугрової хвороби / МС. 2007. № 4. С. 21–29.